



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

**Adicciones a sustancias psicoactivas y adherencia al tratamiento basado en
el Modelo Transteórico en un Hospital de Día de C.A.B.A.**

Alumna:

Mónica Graciela Ferrari



N° Legajo: 23620

Director del TFI.: Lic. Matías Defferrari

Co-Director: Lic. Marcela Isabel Sivila

Junio, 2021

Índice

Resumen	3
Palabras clave	3
Delimitación del objeto de estudio.....	4
Estado del Arte	7
Marco Teórico.....	15
Contextualización	15
Adicción y problemas asociados	16
La psicopatología de las adicciones.....	19
Perspectiva de género y adherencia al tratamiento	21
El valor de la retención	25
Los diferentes modelos y la concepción de cambio	28
Teoría del Modelo Transteórico. Prochaska y DiClemente.....	31
El paso por los diferentes estadios. La recaída o las recaídas.....	36
Objetivos e Hipótesis de Trabajo	39
Método.....	39
Diseño	39
Participantes.....	40
Instrumentos.....	40
Procedimiento.....	41
Resultados.....	41
Discusión	47
Referencias	61
Anexos.....	71

Resumen

Los datos sobre adicción a sustancias psicoactivas a nivel mundial son preocupantes y la demanda del grupo que inicia tratamiento es reducido. De los que asisten, sólo un porcentaje escaso alcanza la adherencia. Por ello, se planteó como objetivo analizar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento, basados en el Modelo Transteórico en el Hospital de Día de Rehabilitación de Adicciones Alas de Libertad Asociación Civil. Se realizó una investigación de tipo cuantitativa de diseño no experimental, de corte transversal y de subtipo descriptivo. Se utilizó como instrumento de recolección de datos el Cuestionario autoadministrable URICA. Entre los principales resultados se evidenció que el 85% de los participantes refirieron policonsumo simultáneo, y la sustancia psicoactiva más consumida es cocaína (92%). Se encontró que más de la mitad de los casos se agrupan en el estadio de Cambio Contemplación (55%), y ninguno en la etapa Precontemplación; en tanto que el 33% se halla en la fase Acción y sólo el 12% en Mantenimiento. El 45% de los sujetos presenta disposición para el cambio mostrando adherencia al tratamiento. Asimismo, el 55% de los participantes presentaron diferencias significativas vinculadas al bajo nivel de cumplimiento y participación en el tratamiento. Se observó que el 29% de la muestra comparten simultáneamente dos estadios para el cambio, que podría dar cuenta del tránsito entre las Etapas de Cambio, sea hacia un estadio superior, como inferior. Este estudio es relevante dada la necesidad de indagar con mayor profundidad los posibles causales del abandono de los tratamientos de quienes padecen esta patología, para concretar programas de prevención e intervención que atiendan las demandas de los sujetos con mayor eficacia, evitando los bajos niveles de adherencia que constituyen el principal obstáculo que deben superar los centros de rehabilitación y los equipos de profesionales ligados a esta problemática.

PALABRAS CLAVE: Adherencia al tratamiento. Adicciones. Sustancias psicoactivas. Modelo Transteórico de Cambio. Rehabilitación.

Delimitación del objeto de estudio

El problema del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial es alarmante. La Oficina contra la Droga y el Delito [UNODC], en su informe mundial sobre las drogas 2020, señala que alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo durante el año 2018, lo cual supone un aumento del 30% con respecto a 2009, mientras que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas.

Adicionalmente, la Oficina contra la Droga y el Delito [UNODC] en su Informe mundial sobre las drogas 2019, indica que de los 35 millones de personas en todo el mundo que padecen trastornos por consumo de drogas, solo 1 de cada 7 individuos recibe tratamiento cada año; y a su vez, revela que la prevención y el tratamiento siguen siendo insuficientes.

En tanto que la organización Mundial de la Salud (2003), asegura que la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los tratamientos podrían proporcionar, se debe al incumplimiento o abandono por parte de los pacientes. Asimismo, los determinantes que inciden en la adherencia a los tratamientos, son múltiples y se relacionan tanto con el paciente como con sus individualidades, y también con las peculiaridades de la enfermedad, con los tratamientos posibles, con los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios (OMS, 2004).

El abandono prematuro del tratamiento y los bajos niveles de adherencia constituyen el principal obstáculo que deben superar los centros de rehabilitación y los equipos de profesionales ligados a esta problemática. Por lo tanto, dar cuenta de las peculiaridades que faciliten la adherencia al tratamiento repercutirá en una mayor permanencia de los pacientes que consultan dentro de los dispositivos. Según datos de investigaciones, sólo entre el 25% y el 35% de los consumidores se plantean iniciar un programa para cambiar su estilo de vida; y de los que se proponen un cambio e inician un tratamiento, hay que tener en cuenta que los seis primeros meses son claves, ya que es el tiempo en el que más abandonos se producen. Por tales motivos, el problema que encuentran los profesionales es cómo trabajar desde el primer momento con una persona que no reconoce ni tiene conciencia de su problema, o bien se muestra ambivalente ante

un cambio, o a quien le cuesta dar los primeros pasos. Y si a esto se le anexa cierto deterioro cognitivo-neurológico, la asistencia se dificulta. Por lo tanto, la adicción a sustancias psicoactivas es un problema de salud pública de gran impacto, y por otro lado, una de las principales dificultades para los tratamientos es la falta de adherencia que originan una notable tasa de abandono precoz (Morales Moreno, 2020; Plasencia Yasuda, 2017; Calvo García et al., 2016; Ibañez y Álvarez, 2010).

Este tema, ha sido objeto de muchas investigaciones, motivadas por el extremadamente bajo porcentaje de personas que finalizan su tratamiento y logran mantener la abstinencia en el tiempo. En este sentido, Poliansky et al. (2018) sostienen que muchos han sido los esfuerzos de los autores en resolver las formas para evaluar los aspectos que precipitan las recaídas, con el consecuente abandono. Sin embargo, es notorio que a pesar de los importantes aportes científicos, aún no se logre superar la barrera que impide detectar de manera precoz aquellas personas con tendencia al abandono e intentar, de este modo, evitar una de las principales causas del fracaso terapéutico y uno de los mayores problemas con el que se enfrentan los profesionales en el ámbito de las drogodependencias, a saber, el abandono prematuro del tratamiento.

En la presente investigación, se intentará identificar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento, tomando como base el problema en las fases del proceso de recuperación en pacientes drogodependientes, desde la concepción de la teoría del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente de las Etapas de Cambio, resultado de la investigación empírica realizada por los autores en referencia a las fases en que los individuos transitan para cambiar comportamientos adictivos (Prochaska y DiClemente, 1982). Cabe recordar que Prochaska y DiClemente, pusieron de manifiesto que el grado de éxito alcanzado al finalizar un tratamiento por adicciones se relacionaba directamente con el estadio de cambio en el que se encontraba el paciente (Prochaska y DiClemente, 1993). Varias décadas después, este modelo sigue siendo referencia principal a la hora de dar cuenta de los procesos de cambio que siguen las personas que deciden iniciar un

programa para rehabilitarse de su adicción a las drogas y la relación con el abandono del mismo.

A través de esta teoría se logró superar la concepción tradicional de carácter dicotómico que afirmaba que el cambio se daba en un solo paso - del consumo adictivo a la abstinencia - y se avanzó hacia una visión más procesual dividida en cinco etapas. Si en la actualidad este modelo mantiene su vigencia no es sólo gracias a sus valiosos aportes a la comprensión de un fenómeno tan complejo, sino además al mayor soporte empírico en el que se basa para describir, explicar y predecir la modificación de conductas adictivas. Los autores plantearon que el cambio de consumir sustancias a la abstinencia se produce en una sucesión de etapas. Siendo cada estadio predecible y definible, en un determinado período de tiempo. Asimismo, los estadios son superados a partir de la retroalimentación de su entorno o del trabajo psicoterapéutico y psicoeducativo. El Modelo Transteórico, supone un modelo prometedor en cuanto a la comprensión y el cambio de conducta relacionado con la adquisición de hábitos de vida saludables, en tanto que ha demostrado eficacia en procesos de cambio de la conducta problema de la adicción (Prochaska y DiClemente, 1982).

El habitual abandono prematuro y la incidencia de las etapas de cambio en el que se encuentra el paciente frente a la adherencia al tratamiento justifican la realización del presente proyecto. Esta investigación de tipo cuantitativa de diseño no experimental, de corte transversal y de subtipo descriptivo, pretenderá como objetivo principal analizar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento, basados en el Modelo Transteórico en el Hospital de Día de Rehabilitación de Adicciones Alas de Libertad Asociación Civil. Asimismo, las hipótesis de investigación planteadas en el presente estudio, son Hipótesis causales (Hernández Sampieri et al., 2006), a saber, el estadio de cambio en el que se encuentre el paciente con adicción a sustancias psicoactivas es un factor de incidencia para la adherencia al tratamiento; y, los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas

que se encuentren en los estadios de Precontemplación y Contemplación constituyen un factor de riesgo para el abandono prematuro del tratamiento.

A partir de los datos recabados, este estudio permitirá establecer si al superar diferentes estadios de cambio, los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas podrían adquirir mayor adherencia al tratamiento, lo que facilitaría el abordaje terapéutico para prevenir abandonos prematuros. Si bien existen numerosos avances realizados sobre las adicciones a sustancias psicoactivas, aún es esencial mejorar la calidad asistencial para los afectados por esta problemática. En este sentido, es evidente el daño o perjuicio que suponen las adicciones a sustancias psicoactivas para el individuo que las padece, la familia y la sociedad en general; por tal motivo, será necesario indagar con mayor profundidad en los posibles causales del abandono de los tratamientos de quienes padecen esta patología, para concretar programas de prevención e intervención que atiendan las demandas de los sujetos con mayor eficacia, evitando los bajos niveles de adherencia que constituyen el principal obstáculo que deben superar los centros de rehabilitación y los equipos de profesionales ligados a esta problemática.

De este modo, la pregunta a la que se pretenderá dar respuesta con el presente estudio de acuerdo al Modelo Transteórico, es ¿En qué medida el estadio de cambio en el que se encuentra un paciente con adicción a sustancias psicoactivas se relaciona con la adherencia al tratamiento en el Hospital de Día de Rehabilitación de Adicciones Alas de Libertad Asociación Civil?

Estado del Arte

En Argentina resultan escasas las investigaciones acerca de la adherencia a los tratamientos ambulatorios para adicciones de sustancias psicoactivas. El resto de las investigaciones de referencia proceden en su mayoría de España y Latinoamérica. La organización Mundial de la Salud asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los tratamientos pueden proporcionar a los pacientes (OMS, 2003).

Entre las investigaciones halladas, Sánchez Jimenez (2018) elaboró un estudio descriptivo, correlacional y de diseño no experimental transversal, cuya muestra estuvo constituida por 33 usuarios masculinos y femeninos entre 18 a 65 años que presentan adicción de distintos tipos de droga de un Programa Ambulatorio Intensivo, en Chile. El instrumento aplicado fue el cuestionario URICA para la clasificación de las diversas etapas de cambio del Método Transteórico (Prochaska y Diclemente). La autora se propuso diferentes objetivos, entre ellos identificar la etapa de cambio en que se encuentra cada paciente según el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente y la relación existente entre la autoeficacia percibida y los Estadios Motivacionales y las Fases del Cambio de Prochaska y Diclemente. La distribución del estudio arrojó 58% de hombres y 41 % de mujeres, la edad de los participantes presenta un valor promedio de 37 años; la edad de inicio del consumo presenta una media de 19 años. La variable Meses presenta un promedio de 6 meses de concurrencia al Programa. Entre los resultados arrojados, el 71% de los participantes se encontraban en el estadio Acción y el 29% en Contemplación; asimismo es significativo que no se halló ningún caso en la etapa Precontemplación y Mantenimiento. De acuerdo a dichos datos, se evidenció que la mayoría de los sujetos (71%) se encuentran involucrados en el tratamiento con compromiso y adherencia por encontrarse en el estadio Acción.

Adicionalmente, otro estudio de diseño no experimental, descriptivo y transversal realizado en Quito, Perú por Cevallos Pérez (2018), se plantea como objetivo identificar la relación existente entre las fases del proceso de recuperación de adicciones y tipo de reactancia psicológica en pacientes drogodependientes; participaron 150 pacientes en proceso de rehabilitación. Los resultados demuestran que mientras mayores son los niveles de reactancia en un paciente, menor será la disposición al cambio. Asimismo, la investigación permitió clasificar las distintas fases de proceso que atravesaban los pacientes; la autora considera que los indicadores de la causa del bajo porcentaje de retención de tratamientos, está dado por los estadios en la que se hallan los pacientes dado que el 40,1% se encontraba en etapa Precontemplativa y Contemplativa, con alta

probabilidad de abandono. En tanto que el 34,2% se encontraban en la fase Acción y 24,3% en fase de Mantenimiento, siendo 58,5% los pacientes con mayor probabilidad de continuidad de tratamiento.

Asimismo, en un estudio descriptivo observacional llevado a cabo por Fernández González et al. (2017) en España, se propusieron describir los estadios del cambio de los pacientes al inicio de un tratamiento de desintoxicación hospitalaria e identificar a los pacientes con mayor predisposición al cambio. La muestra estuvo integrada por 65 pacientes ingresados en UDH entre enero 2016 y junio 2016. Se aplicó la Escala URICA al ingreso del paciente. La muestra arrojó que un 24,6% de los participantes eran mujeres y un 75,4% hombres, con una media de edad es de 43,5 años. Por otro lado, la media de días de estancia en la UDH fue de 12,69 días, con 21 días de estancia máxima. Asimismo, el Alcohol fue el tóxico más consumido (29,8%). Los resultados obtenidos revelaron un porcentaje elevado de pacientes que se encontraban en el estadio de Contemplación, y un porcentaje muy bajo en el de Mantenimiento. Entre los que habían ingresados previamente se observó que se hallaban en estadio de Contemplación, con incidencia de abandono del programa terapéutico y poca motivación para planes terapéuticos en los dispositivos. Por último, evidenciaron que los sujetos que inician el programa en la etapa de Acción son los que más posibilidades tienen de continuarla hasta el final.

En Barranquilla, Colombia, un estudio de carácter cuasi experimental, con un diseño pre - post programa psicoeducativo con grupo cuasi control llevado a cabo por Gutiérrez et al. (2015), evaluaron los efectos de un programa de intervención psicoeducativa en los procesos y estadios de cambio en pacientes farmacodependientes. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes de sexo masculino, policonsumidores, mayores de 18 años, que ingresaron a tratamiento, y que habían recibido un diagnóstico dual (farmacodependencia conjuntamente con alguna otra forma de trastorno mental), conformados no probabilísticamente. Se utilizó el Inventario de Procesos de Cambio, desarrollado con base en el Modelo Transteórico que tiene por objetivo identificar los estadios y procesos de cambio. La muestra arrojó que en promedio la edad de inicio de

consumo es a los 12 años. Asimismo, el 23 % de la población consumidora, presenta policonsumo. Los resultados sugieren que la intervención psicoeducativa implementada, pudo tener un efecto deseable, significativamente superior a la no intervención, lo cual se evidenció al comparar las evaluaciones pre y post tratamiento de ambos grupos.

En la misma línea, en una investigación mixta, de diseño cuasi experimental, pre prueba - post prueba, se analizaron las variables estadio de cambio y la participación en el taller “El cambio en mi adicción”, realizada por Ramos Rivera (2016); el objetivo de la autora fue evaluar el efecto del taller en el proceso de cambio del adicto a sustancias psicoactivas, internados en una clínica de rehabilitación de adicciones, y determinar el estadio de cambio en el que ingresan y egresan los pacientes. La muestra estuvo conformada por 3 pacientes internados durante los meses de enero y febrero de 2015. Los resultados obtenidos, arrojaron modificaciones significativas en el proceso de cambio de todos los participantes. Aunque sólo en un paciente se pudo observar un avance significativo en el proceso, los otros 2 pacientes prevalecieron con un buen nivel en la escala de Acción, lo cual indica que están motivados para el cambio y con buena disposición y energía de continuar su proceso de rehabilitación.

Con una mirada similar, en otro reciente estudio en Almería, España, Miras et al. (2020), realizaron una propuesta de intervención psicoeducativa basada en el Modelo Transteórico dirigida a un estudio de caso con Patología Dual, con adicción al cannabis y Trastorno Límite de la personalidad, que consta de 15 sesiones distribuidas a lo largo de los diferentes estadios del cambio. El objetivo planteado por los autores, fue trabajar la concienciación de la existencia de dos patologías y la necesidad de intervención para reducir el malestar provocado por la sintomatología. Además, dotar de habilidades sociales, emocionales y de resolución de problemas para reducir el consumo y mantener la abstinencia, y poder desenvolverse en su vida cotidiana, logrando tener una mayor autonomía, reduciendo así los problemas interpersonales, laborales, económicos y familiares. Los instrumentos utilizados fueron una entrevista semiestructurada de Addiction Severity Index, y el cuestionario del Inventario Multiaxial de Millon. La propuesta de

intervención realizada, tenía la finalidad de llevarse a cabo en el centro Proyecto Hombre en una adolescente con TLP y adicción al cannabis. Sin embargo, esto no ha sido posible por la situación de crisis provocada por el COVID-19. No obstante, los autores concluyen que se han observado distintos tipos de terapias e intervenciones psicoeducativas con pacientes con TLP por un lado, y con pacientes con adicción al cannabis u otro tipo de sustancia por otro, pero no han encontrado intervenciones que trabajen ambas patologías de manera multidisciplinar e integral. Por tal motivo es necesario realizar evaluaciones específicas a pacientes con problemas de adicción, que pueden estar presentando otro trastorno mental y a pacientes con psicopatologías que puedan presentar problemas por el uso de sustancias psicoactivas, además de programas de tratamiento integrales y planes de intervención individualizados, teniendo en cuenta las características biopsicosociales y las necesidades que presenta cada paciente.

Asimismo, Morales Moreno (2020) en su investigación realizada en Alicante, España, de diseño correlacional y transversal, se propuso como objetivo investigar si existen diferencias significativas entre el grupo que abandona y el grupo que se mantiene en tratamiento, en variables sociodemográficas, de consumo y de cambio. Para ello, evaluó a 30 pacientes en tratamiento, de los cuales 18 pertenecían al grupo que abandona y 12 al grupo que se mantenían en tratamiento. Los instrumentos empleados fueron una entrevista semiestructurada de elaboración propia con preguntas confeccionadas ad hoc para variables sociodemográficas, el Drug Use History Questionnaire DUHQ, la regla de motivación al cambio, Cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ), e Inventario de habilidades de afrontamiento (CBI). La muestra estuvo compuesta en su mayoría por varones (83,3%) y 16,7% mujeres, con una media de edad de 33,7 años; la edad promedio de inicio de consumo fue a los 21,4 años. Asimismo, la autora observó en la muestra el patrón de conducta de policonsumo y la sustancia principal consumida fue la cocaína (58,3%). Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre los grupos, si bien sí se encuentran variables predictoras para el mantenimiento del tratamiento, se evidenció que una alta proporción de los casos de abandono se debían a

una evaluación positiva por parte del paciente, que consideraba que había alcanzado sus objetivos, experimentado una mejoría y por tanto no necesitaba más tratamiento (29%). Sólo el 22,6% de los abandonos se debían a una inadecuación del programa, encontrando que la causa mayor de abandono era la incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio (32,3%).

En la misma línea, en Perú, Plasencia Yasuda (2017), realizó un estudio retrospectivo en la población conformada por las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas entre los años 2010 a 2014, su diseño fue realizado bajo la forma de casos (pacientes con baja adherencia) y controles (adherencia adecuada). La muestra estuvo conformada por un total de 228 pacientes, de los cuales 114 pertenecían al grupo de casos y 130 al grupo de controles. El autor plantea como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a una baja adherencia al tratamiento de personas con dependencia a sustancias psicoactivas. El instrumento utilizado fueron las historias clínicas de las que se extrajeron las variables; luego se volcaron a un formulario de registro y a posteriori a una base de datos. La muestra arrojó que la mayoría de los consumidores en los servicios de tratamiento estuvo constituido por varones, y la sustancia más consumida fue el alcohol (43,4%). Los resultados arrojaron que los factores de riesgo asociados a la baja adherencia al tratamiento fueron por un lado el género, los varones presentan menor adherencia, en tanto que las mujeres presentan mejor adherencia; asimismo, los sujetos que iniciaron por primera vez un tratamiento, es un factor de abandono temprano porque se encontraban en la etapa Precontemplativa; por último, la ingesta de medicación estuvo asociada a la mayor adherencia en relación de aquellos que no cumplían con el plan farmacológico.

Al respecto, Poliansky et al. (2018), en C.A.B.A., Argentina, llevaron a cabo una investigación de carácter exploratorio-descriptivo en la que utilizaron metodología cuali-cuantitativa para la recolección y análisis de la evidencia. El objetivo central de la investigación fue indagar la adherencia, en tanto determinante fundamental para el tratamiento, en una población que consulta por problemas derivados del consumo de

sustancias psicoactivas. Se tomó una muestra de 64 pacientes, hombres y mujeres, que realizan tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas. El relevamiento de la información fue realizado a través del seguimiento de la evolución de pacientes dentro de la institución, datos de la ficha de admisión e historias clínicas; a su vez, se aplicaron entrevistas semidirigidas. La muestra estuvo compuesta por un 65.6% de hombres y un 34.4% de mujeres, con una media de edad de 36,3 años. Asimismo, evidencian que el 84,1% de los participantes consume otras sustancias psicoactivas (policonsumidores), y la sustancia de uso más problemática es la cocaína (57.8%). De acuerdo a los resultados arribados, se encontró correlación positiva entre la red de contención afectiva y el nivel de asistencia; a su vez, se advierte correlación positiva con significación marginal entre el número de tratamientos anteriores y el nivel de asistente. Por último, se encontró asociación significativa entre en nivel de asistencia y la percepción del efecto de participar en las decisiones del tratamiento.

En el mismo sentido, en Madrid, España, Sirvent et al. (2015) realizaron un estudio mixto que formó parte de una línea de investigación más amplia que comprendió varios frentes de trabajo complementarios entre sí. El primero consistió en un estudio retrospectivo de 2 años sobre causas precoces y tardías de abandono del tratamiento en adicciones; para el cuál confeccionaron un instrumento de evaluación de los factores de abandono y/o adherencia al tratamiento (Inventario VPA-60) que correlacionó el tiempo de estancia y causa de abandono. Se aplicó el instrumento (comparativa caso-control) durante 18 meses. El objetivo planteado fue la obtención estructurada, razonada, jerárquicamente ordenada y vigente de los principales factores de abandono y de adherencia a los tratamientos tanto generales como específicos según edad y género diagnosticados de trastorno por uso de sustancias. La muestra estuvo conformada por 87 pacientes de ambos sexos, de los cuales 45 lo constituían el denominado grupo control adherente y 42 el denominado grupo abandono. La muestra de este estudio arrojó que el 79,3% eran varones y el 20,6% mujeres, con una media de edad de 36,7 años. Asimismo, presentaron policonsumo el 5,66% de la población, y el alcohol como la principal droga consumida

(37,74%) seguida de la cocaína (32,08%). Entre los principales hallazgos se destaca los siguientes factores predictores de abandono del tratamiento de primer orden: 1º) la inestabilidad anímico afectiva y el estado de disconfort como indicadores de sentimientos adversos; 2º) los deseos de consumo mantenidos (craving inmediato); 3º) un bajo nivel de insight; 4º) el permanecer en el programa solo por presión externa; 5º) la desmotivación para el tratamiento; 6º) La autosuficiencia o “euforia terapéutica” (indicador de abandono tardío). Los predictores de segundo orden son la atracción por el ambiente, las discrepancias con el programa, los problemas con el equipo, y los antecedentes de fracasos anteriores.

Adicionalmente, en Puente Alto, Chile, Ramirez et al. (2018) realizaron un estudio de enfoque cualitativo. El objetivo planteado por los autores fue explorar las percepciones que tienen los propios usuarios sobre diferentes aspectos de la atención otorgada y sobre las variables que relacionan con permanecer o abandonar el proceso de tratamiento. El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada, construida para la investigación. La población forma parte de un Programa Ambulatorio proveniente de modalidades intensivas. Los resultados arrojados rescatan la importancia de considerar la opinión de los usuarios en la evaluación de los programas de tratamiento, que permite que el sujeto sea parte de la co-construcción de su propio proceso de recuperación; así como de su percepción en relación con las intervenciones recibidas y el vínculo establecido con el equipo terapéutico, según los autores, son las variables importantes a tener en cuenta.

Por último, en Andalucía, España, Marín Torres y Quijada (2017) realizaron una investigación cuantitativa de tipo transversal, cuyo objetivo fue comparar los patrones de inicio del consumo de alcohol, tabaco y cannabis, desagregando los datos por sexo entre hombres y mujeres. Como instrumento utilizaron un cuestionario con 26 preguntas estructuradas, anónimo y autoadministrado, diseñado para el estudio. La muestra estuvo formada por 30 personas, 15 hombres y 15 mujeres. Dentro de los resultados arrojados, el 90 % de los participantes han consumido alguna vez una de las tres drogas. A su vez, el alcohol fue la sustancia más consumida 86,7%, el 63,3% tabaco y el 60% cannabis. Existe

un mayor porcentaje de mujeres que han consumido estas tres drogas, sin embargo, los hombres al principio consumen más cantidad y consideran que tienen más excesos y adicciones que las mujeres.

Marco Teórico

Contextualización

En la actual sociedad de Argentina, la adicción a sustancias psicoactivas, se ha instalado como uno de los principales propósitos dentro del área de la salud mental, dado por el significado de su dimensión, como por su incidencia en los diferentes niveles sociales. En este sentido el informe del Observatorio Argentino de Drogas (2017), en sus últimos estudios, refiere que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el país; entre 2010 y 2017, el consumo creció en todos los grupos de edad, tanto en varones como en mujeres. En cuanto a la cocaína se ha incrementado en un cien por ciento respecto al estudio del año 2010. Por otro lado, los consumidores de alcohol representan el 56,3% de la población total. Las personas con problemas de consumo de alcohol perjudicial y de riesgo representan el 13% (1.344.317 personas) del total de usuarios de alcohol durante el año 2017.

Otros informes revisados, demuestran la misma tendencia. De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2017) la prevalencia del consumo de cocaína en nuestro país pasó de 0,73% en 2011 a 1,67% en 2017, equivalente a un aumento del 129% que ubica a la Argentina en primer lugar a nivel de América Latina. En tanto que la prevalencia en el consumo de marihuana entre la población aumentó de 3,2% a 8,13% (254%) durante el mismo período. En tanto que a nivel mundial, según los datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), más de 450.000 muertes por año pueden atribuirse al consumo de sustancias psicoactivas; se calcula que el uso de drogas inyectables es responsable de un 30% de las nuevas infecciones por el HIV y que contribuye significativamente a las epidemias de hepatitis B y hepatitis C en todas las regiones.

De acuerdo a los datos expresados, se considera a los trastornos adictivos como una de las consecuencias que generan mayores costos en las personas, dado que abarca las áreas personal, familiar, social y de salud, reconociéndose como enfermedad común (Sánchez-Hervás, 2004). Como puede observarse es altamente significativa en la sociedad actual la envergadura de la adicción de sustancias psicoactivas, no sólo desde la perspectiva del sujeto consumidor, sino también por la transformación otorgada a la misma sociedad (Han, 2017). Todo lo cual trae aparejado un descenso en la calidad de vida de las comunidades que se relaciona con el aumento de otras problemáticas de la salud mental, ya que en adicciones se producen daños irreparables a nivel psico-neuro-inmuno-endocrino (Sánchez, 2018), sumados a delitos, accidentes de tránsito, violencia, daño en los vínculos interpersonales, como así también altos costos para el sistema de salud que se encuentran desbordados por la demanda concomitante con las adicciones (Gonzalez, 2020; Gutierrez et al., 2015; Casete y Climent, 2008).

Adicción y problemáticas asociadas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), la adicción, es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Una persona puede hacerse adicto a cualquier sustancia psicoactiva, sea legal o ilegal, y/o a algún objeto externo como internet, trabajo, sexo, comida, etc.; el causal, es un enmarañado de interacciones de factores psicológicos, neurobiológicos e individuales (Ramos Rivera, 2016). Y en referencia específica a la drogodependencia, según Becoña (2010), es la dependencia fisiológica y psicológica a alguna sustancia psicoactiva, legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

En el Manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales, DSM IV-TR (APA, 2002), se establece el diagnóstico de Abuso o Dependencia a sustancias y el paciente debe cumplir tres o más de los siguientes criterios, en un periodo mínimo de 12 meses:

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia.

- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

En la más reciente edición del mismo manual DSM 5 (APA, 2013), existen algunas modificaciones en la clasificación de los trastornos de adicción:

1. Se elimina el abuso y dependencia y solo queda como Trastorno relacionado con sustancias en una suma de los criterios del DSM IV.
2. Se incluye un nivel de severidad bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más).
3. Los Trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros).
4. Aparecen trastornos de adicción conductual.

Asimismo, se explica las características de las conductas adictivas como:

- Tolerancia. Necesidad de aumentar la dosis de la sustancia progresivamente, para conseguir el efecto deseado.
- Abstinencia. El síndrome de abstinencia es un cuadro de síntomas que se presentan como consecuencia de la suspensión del consumo, y se caracteriza por presentar el efecto contrario al de la sustancia, cuando el efecto de ésta en el organismo disminuye.
- Compulsión por consumir (craving). Se identifica como una pérdida de control para frenar el consumo y un deseo intempestivo por consumir.

Del mismo modo, es necesario distinguir y definir tres conceptos básicos, a saber, uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, dado que es el proceso para que se consolide la enfermedad de la adicción. Inicia con un uso recreativo que generalmente es para experimentar y habitualmente no causa consecuencias negativas, o bien, el sujeto no

las acepta. A posteriori aparece el abuso, cuando hay un uso continuado de la sustancia, a pesar de las consecuencias negativas. Finalmente, la dependencia sucede con el abuso por un largo período de tiempo, con un aumento de las conductas adictivas y un mayor deterioro en todos los aspectos de la vida del consumidor; así la dependencia constituye un Trastorno crónico y recidivante (Ramos Rivera, 2016; Gutierrez et al., 2015; American Psychiatric Association [APA], 2014; Becoña, 2010). En este sentido, Gutierrez et al. (2015) señalan que el perfil de policonsumo y la comorbilidad en las adicciones a sustancias (diagnóstico dual), son factores determinantes en la cronicidad del trastorno en la medida que se relacionan con mayores recaídas.

Al respecto, sostiene Ramos Rivera (2016), que la adicción se explica por una serie de múltiples factores de riesgo necesarios para que se produzca esta enfermedad, entre ellos biológicos, psicológicos y sociales, que condicionan la dependencia interaccionando con los factores genéticos. Y a su vez, las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones, que tienen efectos en el organismo, modificando la conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Estos efectos son los predisponentes a la dependencia física o psíquica. Cada clase de sustancia psicoactiva se caracteriza por tener un mecanismo de acción y diversos efectos en la conducta. Asimismo, los factores genéticos y culturales también influyen sobre una persona adicta (OMS, 2005). Por ende, uno de los problemas que enfrentan los países en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales por un amplio sector de la población (Miras et al., 2020).

Los pacientes con problemas de adicción suelen presentar baja autoestima, dificultad de autocontrol, elevada impulsividad, baja tolerancia a la frustración, falta de iniciativa y de hábitos higiénicos, mentira psicológica, bajo umbral de demora en el intervalo compensación-esfuerzo, negación de necesidades de afecto y comunicación, irresponsabilidad, pérdida de autoconfianza y carencia de aspiraciones y motivaciones sociales. También el consumo de estas sustancias psicoactivas produce el síndrome

amotivacional, que genera estados de apatía, pasividad e indiferencia, con disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales (Álvarez et al., 2012; Bobes et al., 2011).

Desde el punto de vista de la salud mental individual, el consumo problemático de diversas sustancias psicoactivas o policonsumo, es considerado el problema psiquiátrico más común en la actualidad (Medina-Pérez y Rubio, 2012). La dependencia a distintas drogas, constituyen un trastorno crónico y recidivante, caracterizado por un consumo abusivo y continuo de estas sustancias a pesar de sus consecuencias negativas para la vida de la persona (American Psychiatric Association [APA], 2014). A su vez, el perfil de policonsumo y la comorbilidad en las adicciones a sustancias (diagnóstico dual), son factores categóricos en la cronicidad del trastorno dado que se relacionan con mayores recaídas. En consecuencia, el policonsumo y sus problemáticas asociadas demandan mayor atención, lo que resulta las más de las veces, deficiente por diferentes razones, entre otras, por restricciones en los recursos económicos disponibles. De allí la necesidad de desarrollar e implementar políticas, prácticas e intervenciones eficientes y eficaces para el abordaje de los tratamientos de rehabilitación de adicciones que se orienten a factores de mantenimiento y superación de estas patologías (Gutierrez et al., 2015; Medina-Pérez y Rubio, 2012). En esta línea, señalan Ibañez y Álvarez (2010) deben tenerse en cuenta otros factores como la reducción de la edad de inicio del consumo, y fundamentalmente no perder de vista que la percepción del riesgo, la conciencia del problema o la demanda para hacer un tratamiento de deshabitación no van paralelos a la gravedad de la problemática.

La psicopatología de las adicciones

En este contexto de complejidad progresiva, ha ido demandando a la psicología, desde el punto de vista teórico como práctico, respuestas terapéuticas efectivas, eficientes e integrales. Por tales motivos, ha surgido la necesidad de definir principios teóricos cada vez más sistematizados para dar cuenta de una práctica y un rol del psicólogo/a que se desarrolle en esta problemática; es decir, una praxis que logre entender, comprender y actuar en este campo específico de complejidad de la psicopatología de las adicciones. Así

se inició un camino de investigación teórica y práctica sobre adicciones, con la implementación de diferentes tipos de dispositivos y la permanente discusión sobre alcances y límites de formulaciones realizadas durante este constante proceso (Gonzalez, 2020).

Es de suma importancia a su vez, comprender también que durante el desarrollo de la patología de la adicción a sustancias psicoactivas, se ven perturbados otros campos como las áreas vinculares que se sostienen tanto a partir de las redes primarias, la familia, como así también, secundarias, los grupos sociales. Estos procesos de padecimiento de la adicción, aíslan y contra-socializan al sujeto, que tal vez solo sea equiparable a los procesos de enfermedad mental (González, 2020; González y Alasia, 2018). Con lo cual, todo proceso de adicción es un sondeo sobre la locura. Incluso los niveles de sutileza entre locura y adicción a veces son tan insignificantes que se convierte imposible discernir entre uno y otro (Gonzalez, 2020).

Adicionalmente, frente a tal compleja problemática, sólo entre un 25% y un 35% de los consumidores se plantean iniciar un programa para cambiar su estilo de vida. Y de los que se proponen un cambio, e inician un tratamiento, hay que tener en cuenta que los primeros meses son claves, ya que es el tiempo en el que más abandonos se producen, acentuándose aún más este riesgo en las primeras semanas, durante el periodo en el que se evalúa al adicto. Por tales motivos, el problema que encuentran los profesionales es cómo trabajar desde este primer momento con una persona que no reconoce ni tiene conciencia de su problema, o bien se muestra ambivalente ante un cambio, o a quien le cuesta dar los primeros pasos. Y si a esto se le anexa cierto deterioro cognitivo-neurológico, la asistencia se dificulta (Ibañez y Álvarez, 2010). En este sentido Calvo García et al., (2016) y Plasencia Yasuda (2017) plantean que la dependencia a sustancias psicoactivas es un problema de salud pública de gran impacto, y una de las principales dificultades para los tratamientos es la falta de adherencia que originan una notable tasa de abandono precoz.

Al respecto, Morales Moreno (2020) indica que a pesar de los cambios en los tratamientos para favorecer la adherencia, la alta tasa de abandono en los programas de las drogodependencias sigue siendo un problema frecuente; es por ello, que la asistencia intenta evolucionar, brindando actualmente mayor multiplicidad de tratamientos, con trabajo multidisciplinario, nuevos fármacos y programas terapéuticos proporcionando una atención más individualizada. Si bien, de este modo, se debería esperar resultados exitosos con finalización de tratamiento, lamentablemente, la realidad es contraria a la supuesta, encontrando que el inicio al tratamiento se considera un acto relativamente habitual, en tanto que el mantenimiento y la adhesión es el mayor desafío a alcanzar en la actualidad. La alta tasa de abandono, es por tanto un problema en el ámbito de la drogodependencia, en la que es preciso identificar factores predictivos que ayuden a conseguir el éxito. De forma similar y dentro del mismo marco, Poliansky et al. (2018) denotan que en la práctica clínica con personas con adicción a sustancias psicoactivas, uno de los principales retos sin resolver es la continuidad del tratamiento.

Perspectiva de género y adherencia al tratamiento

De acuerdo con el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018), la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años es significativamente superior en los hombres que en las mujeres en todas las drogas analizadas (tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/speed, cocaína, alucinógenos, heroína e inhalables), con la única excepción de los hipnosedantes con o sin receta, donde la prevalencia es superior en las mujeres. Los hombres siguen siendo quienes más problemas tienen con el consumo abusivo de drogas y, de hecho, según el mismo informe, el 80,6% de las personas que murieron en España por reacción aguda tras el consumo de drogas fueron hombres y el 83,9% de las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales son varones.

De acuerdo a Farapi (2009), existen nuevos patrones de consumo en relación a las mujeres que se explican por los cambios que se han producido en la sociedad y por los nuevos modelos de consumo. Con el ingreso de las mujeres en espacios y actividades que

fueran anteriormente limitadas a los varones, se han adaptado a espacios y valores característicos de modelos y pautas masculinas. Sin embargo, con las mujeres continúan las estigmatizaciones sociales por dichos comportamientos, y pagan un alto precio a su feminidad, por ejemplo, se considera socialmente que una mujer que bebe está menoscabando su femineidad. Por ello la mujer, se encuentran en situaciones paradójicas, tienen que imitar a los varones pero preservando su feminidad; así aquellas que beben o consumen sustancias crean cierto rechazo tanto por varones como por mujeres, estigmatizando de este modo a las personas femeninas que consumen.

En cuanto al consumo de drogas, las mujeres lo realizan de manera diferente a los varones, tomando formas femeninas como ser, ciertas sustancias, contextos de consumo, cantidades; en tanto que se extrema el consumo en los varones para diferenciarse de las femeninas. La mujer que consume alcohol y drogas es percibida socialmente desviada de su rol y por ende estigmatizada como promiscua, proclive a relaciones sexuales, por lo que queda vulnerable a ser víctima de abusos sexuales y/o maltrato; esto quita la responsabilidad al hombre y lo justifica a la hora de valorar sus actos de abuso (Farapi, 2009). En tanto socialmente, según el autor, en los varones su estado de intoxicación justifica sus actos, y responsabiliza a la sustancia ingerida y no a su comportamiento.

En la misma línea, Rekalde y Plaza (2005) describen que en general los hombres drogodependientes en comparación con las mujeres realizan más mezclas, toman dosis mayores, con mayor frecuencia, padecen menor control social y familiar, son más agresivos, tienen menor percepción del riesgo, son menos prudentes, utilizan más drogas ilegales y alardean de su estado. Por lo tanto, no se trata sólo de una cuestión numérica, sino también de las formas y consecuencias de los consumos en los hombres que suelen ser más problemáticas y con mayor nivel de mortalidad que en las mujeres.

Por otra parte, los estudios sobre drogodependencias realizados han seguido las características propias de un varón, y nunca coincidentes con las de la mujer. Si bien en la actualidad se cuenta con bibliografía sobre drogadicción y tratamiento en las mujeres, aun no es suficiente. Al respecto, una de las posibles razones es que la drogadicción afecta

cuantitativamente más a los varones por lo que han sido el centro de atención; sin embargo, no justifica que no se haya tenido en cuenta, a la mujer (Farapi, 2009).

Asimismo, Zamora et al. (2005), expresan que el predominio de hombres en los centros de atención de adicciones, implica que estén mejor adaptados a sus necesidades, en detrimento del tratamiento hacia las mujeres, quienes han llegado a sentirse expulsadas porque el espacio terapéutico estaba diseñado para varones; quedando, de este modo postergadas. A ello se suma que el colectivo masculino adicto casi quintuplica al femenino. Si bien es cierto que la adicción en ambos sexos cuenta con algunas semejanzas, también se hallan diferencias; la mujer adicta tiene menguada su autoestima y su autoconfianza, pudiendo sentirse impotente. Por otro lado, se evidencia que muchas mujeres no buscan tratamiento porque tienen miedo de no poder cuidar a sus hijos, de las represalias de sus parejas o del castigo de las autoridades, dado que varias de ellas se iniciaron en esta práctica por sus compañeros drogodependientes. Además, en caso de iniciar tratamiento, presentan dificultades para mantenerlo, sea porque su compañero facilita el uso de drogas, sea porque debe cuidar a sus hijos, sea por cuestiones de índole económica, entre las principales. Por lo tanto, aunque en principio la adicción no tiene género, el género influye en la adicción y la adicción influye en el género.

En este sentido también señalan Farapi (2009) que los comportamientos masculinos están más implicados que las mujeres en actividades delictivas, violentas, peligrosas, agresivas, que llevan a una mayor visualización en la sociedad. En tanto que los comportamientos femeninos se consideran desviados al no responder a lo que se espera de ellas, siendo magnificados. Del mismo modo se percibe como más problemático el consumo en las mujeres que en los varones, una familia estará más preocupada por el consumo de su hija que de su hijo; respondiendo así a las expectativas sociales del género femenino y del masculino. En el varón es esperable y en las mujeres supone un desvío de su rol.

Los aspectos necesarios a tener en cuenta en la asistencia de tratamientos hacia las mujeres, entre otros, son que el adicto varón suele estar más socializado, en tanto que

la mujer drogodependiente es probable que tenga una vida más solitaria, con consumos privados y tormentosos, es decir que el colectivo adicto femenino padece más la soledad. Asimismo, la mujer presenta mayores índices de maltrato, sometimiento y abusos sexuales, donde la violación es un hecho frecuente hacia ellas. De esta forma, el índice de mujeres que solicita tratamiento es inferior al de hombres, al mismo tiempo que el fracaso terapéutico es superior en la mujer. Cuando la mujer presenta antecedentes de maltratos, depresión, sentimiento de soledad y daño a su autoestima, la presencia de varones podría dificultar el abordaje del tratamiento (Zamora et al, 2005).

Respecto al tratamiento de rehabilitación de las mujeres, Ramírez López (2019) manifiesta que deben tenerse en cuenta ciertas características para que sea eficaz. Por un lado, la relación con los profesionales debe ser empática, con aceptación y cuidado de la persona, así ese vínculo reforzará la relación generando una continuidad de la mujer en el tratamiento. Por otro lado, existen técnicas utilizadas con los varones drogodependientes que no son eficaces con las mujeres, como ser la confrontación, dado que la coloca en una posición subordinada, teniendo como consecuencia el abandono anticipado del centro. A su vez, otra características que favorecen los resultados del tratamiento en las intervenciones son las ideas preconcebidas sobre el género que poseen los profesionales, con esto se puede evitar hechos negativos que impidan que la mujer genere adherencia, evitando juicios de valor. Sin caer en el error de generar estereotipos de género que hagan sentir a la mujer más vulnerable y, como consecuencia que abandone el tratamiento.

Al respecto, los factores influyentes en la recaída de las mujeres y la consecuente falta de motivación para iniciar tratamiento y/o adherencia al mismo pueden ser la soledad, sentimientos ansioso-depresivos vinculados con la abstinencia, sentimientos de culpa, aumento de peso tras abandonar el consumo, autoexigencia de avanzar rápidamente, sentimientos de situaciones traumáticas vividas o tener o haber tenido una pareja consumidora o dificultades de distanciamiento con ella. Asimismo, la sobrecarga familiar que tiene el colectivo femenino, condiciona el inicio del tratamiento, por lo que los programas de intervención deberían llevar a cabo apoyos educativos y terapéuticos que

enseñen también modelos adecuados de cuidado de hijos/as, ya que si la mujer tiene vínculos positivos con ellos, estos favorecen el mantenimiento en el centro. Por lo tanto, el inicio de deshabitación o abandono del tratamiento se encuentra sesgado por presión familiar, miedo a perder a los hijos y a la pareja (Ramírez López, 2019).

El valor de la retención

La psicoterapia en adicciones a sustancias psicoactivas ha exigido a los profesionales de la salud mental y en especial a la psicología, a establecer varios dispositivos de rehabilitación para hacer frente a los diversos niveles y tipos de intoxicación de los sujetos (Mastandrea, 2016). En este sentido, el trabajo en adicciones es un tema que obliga a los trabajadores de la salud mental a ponderar los alcances teóricos, analíticos y creativos para afrontar una problemática que se ha convertido en la principal pandemia social en términos de sanidad mental a nivel mundial, y queda confirmado con los incrementos estadísticos en materia de consumo de sustancias (Gonzalez, 2020). Es por ello que el abordaje de esta problemática requiere además de las intervenciones de la salud pública, el correcto abordaje desde la consulta para generar cambios de comportamiento, evaluando tratamientos eficaces para el trastorno de consumo de sustancias en clínicas claramente especificadas (Quillas Benites et al., 2017; Sánchez-Hervas et al., 2004).

Según Cevallos Pérez (2018) y Guerra y Martínez (2017), la falta de adherencia al tratamiento puede influir en el proceso de no mejora de la enfermedad o empeoramiento de esta. El estudio de la adherencia al tratamiento con respecto a enfermedades crónicas revierte sumo interés, ya que actualmente se cree que las cifras de la falta de adherencia están cerca del 50%. Además este porcentaje baja al 20% cuando se trata de enfermedades agudas (aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración) y se eleva al 45% en enfermedades crónicas (afecciones de larga duración y que progresan de manera lenta).

Al respecto, De las Cuevas et al., (2014) comprobaron que existe una congruencia entre lo que los pacientes prefieren y sus experiencias con el nivel de participación de los

tratamientos en las decisiones que se toman con respecto al mismo, que correlaciona con la adherencia al mismo. La falta de adherencia al medicamento prescrito hace que se obstaculice de manera significativa el éxito del tratamiento. El término *concordancia*, es utilizado para que el médico y el paciente acuerden y den su punto de vista antes y durante el tratamiento para que, con total confianza, se llegue al encuentro de la adherencia en ambas direcciones. De ese modo se tiene en cuenta los valores y preferencias de los pacientes antes de comenzar el tratamiento para que el individuo pueda entenderlo y así mejorar la adherencia (De las Cuevas y Sanz, 2016). En el mismo sentido, Guerra y Martínez (2017) manifiestan que los pacientes que siguen las recomendaciones terapéuticas poseen mejores resultados de salud y hacen menor uso de servicios de atención de urgencia y de hospitalización, en comparación con pacientes con condiciones médicas similares que no cumplen las prescripciones médicas.

De acuerdo a lo formulado por Ibañez y Álvarez (2010), la retención, es una de las principales causas de fracaso terapéutico y uno de los mayores problemas con el que se enfrentan todos los profesionales en el ámbito de las drogodependencias; y una de sus formas más comprometidas es el abandono precoz. En el tratamiento de adicciones a sustancias psicoactivas, la tasa de abandonos es muy elevada, siendo casi un pre requisito de la vuelta al consumo. Por tal motivo se debe conceder especial atención a este grave problema. La eficacia de los tratamientos para la drogadicción está altamente correlacionada con la retención, ya que el abandono prematuro se relaciona con una mayor probabilidad de recaída, mientras que el mantenimiento, con un mejor pronóstico.

Siguiendo la misma línea, Calvo Garcia et al. (2016) manifiestan que en los tratamientos de conductas adictivas, la retención o permanencia del paciente en los programas de intervención está altamente correlacionada con su eficacia y conforma uno de los mayores predictores de resultados terapéuticos favorables y de mejor evolución a mediano y largo plazo. En este sentido, la alta tasa de abandonos es una de las principales preocupaciones de los dispositivos de atención a las drogodependencias, ya sean residenciales o ambulatorios. Si bien en los primeros meses, los dispositivos residenciales

presentan una tasa de retención mayor que los ambulatorios, no se observan diferencias significativas entre ellos a los doce meses de seguimiento.

En el campo de intervención terapéutica sobre las adicciones a sustancias psicoactivas, recientes estudios revelan que el porcentaje de abandonos oscila entre el 23% y el 50% de los pacientes tratados en dispositivos ambulatorios y del 17% al 57% en dispositivos residenciales (McHugh, et al., 2013; Santonja-Gomez et al., 2010).

En la literatura científica se han utilizado diferentes términos en relación a este fenómeno. Así, Adherencia Terapéutica, Adhesión, Continuidad o Cumplimiento refieren a pacientes que siguen de forma adecuada el tratamiento prescrito, mientras que Abandono, No cumplimiento, Terminación Prematura, Interrupción o Discontinuidad se refieren al hecho de incumplir con las indicaciones terapéuticas que el profesional proporciona (Calvo Garcia et al., 2016). De todos los aspectos a los que debe adherirse un paciente, el más complejo y difícil de llevar a cabo es, sin dudas, el cambio por un periodo prolongado en el tiempo en su estilo o hábitos de vida (Evans y Haynes, 1990). De esta manera, los pacientes cumplidores, son aquellos que completan su tratamiento, lo finalizan de mutuo acuerdo con los terapeutas, y alcanzan los objetivos del mismo (Calvo Garcia et al., 2016).

Por otro lado, el paciente que no cumple con el tratamiento se diferencian en tres tipos de abandonos, a saber, en primer lugar, el rechazo al tratamiento, es aquel en el que el paciente no quiere iniciarlo y rechaza indicaciones o ayuda por parte del profesional; en segundo lugar, la discontinuidad, es decir la terminación prematura, que consiste en la interrupción del tratamiento sin acordarlo con el profesional o institución responsable, donde el procedimiento habitual es no acudir a las citas o no volviendo a contactar con el centro en el que se lleva a cabo; y en tercer lugar, las irregularidades en el tratamiento, donde el paciente no cumple con las indicaciones clínicas tal y como han sido prescritas (Calvo Garcia et al., 2016).

Desde esta perspectiva, la importancia en los tratamientos para drogodependientes sobre la adherencia es indiscutible, dado que la terminación prematura es un factor de mal pronóstico en la evolución del paciente, y por lo tanto motivo del

fracaso terapéutico; por otro lado, la retención está altamente correlacionada con su eficacia. Por lo tanto, identificar los factores que mejoren la adherencia, se convierte, en un objetivo terapéutico en sí mismo, cuyo nivel de importancia se encuentra en el mismo nivel con otros factores como, el proceso diagnóstico o la misma intervención terapéutica. En la mayoría de los casos, la intervención fracasa con el abandono del paciente y conocer el motivo de la falta de adherencia, puede permitir mejorar el desarrollo del tratamiento en cualquiera de sus procesos de cambio del sujeto, de sus fases y ámbitos de intervención (Calvo Garcia et al., 2016, Lopez-Goñi et al., 2012; Simpson et al., 2002).

Los diferentes modelos y la concepción de cambio

La generación de cambios de comportamiento del individuo, requiere el conocimiento por parte del profesional, del estadio hacia el cambio en el que se encuentra cada paciente; de ahí la importancia de conocer qué sucede en la persona para que decida iniciar un cambio y mantenerse en él, por ello se han desarrollado diferentes modelos teóricos que buscan explicar las razones de dichos cambios y comportamientos (Quillas Benites et al., 2017).

Según expresan varios autores, los modelos del cambio de las conductas adictivas son formulaciones teóricas que pretenden explicar el modo en que las personas modifican estas conductas. Tradicionalmente se ha definido que el cambio de la conducta adictiva a la abstinencia, suponía que se daba en un solo paso, es decir, de una situación de consumo a otra de no consumo; desestimando así, los procesos que hacen posible esa transición en la que no se considera la modificación paulatina de la conducta a través de etapas, con avances y retrocesos. Desde la concepción tradicional, se han realizado evaluaciones centradas exclusivamente en la dicotomía consumo - no consumo de drogas, asumiendo que el sujeto que demanda tratamiento, o simplemente manifiesta querer cambiar, está preparado para hacerlo (Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005; Casas y Gossop, 1993).

Sin embargo, de acuerdo a Becoña y Cortes (2010), la realidad clínica de las drogodependencias es diferente, como se demuestra que gran parte de los pacientes que

concurrer a centros asistenciales no manifiestan cierta predisposición que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva. Con el tiempo, describen Casas y Gossop (1993) se han ido desarrollando diferentes acercamientos conceptuales; así, se pasó a describir el cambio como un continuo en el que se pueden perfilar y distinguir una serie de etapas. En este sentido, el primer modelo de este tipo fue formulado en 1976, por Daniel Horn en relación con el consumo de tabaco. A partir de esa fecha se desarrollaron modelos similares en relación con otras conductas adictivas en las que identificaron un número variable de etapas que daban cuenta del proceso seguido por las personas, desde la situación en que el consumo no se percibía como un problema, hasta el momento en que se había abandonado y persistido en la abstinencia por más de cinco años (Casas y Gossop, 1993).

Si bien, como se mencionó, existen varios modelos, se hará una breve descripción de algunos de ellos, que han demostrado ser útiles para explicar y predecir el éxito de la adherencia o no a un cambio de hábito, pero en este estudio, se hará especial énfasis en la teoría del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente. Este, según argumentan Quillas Benites et al. (2017), es uno de los modelos más empleados, dado que de acuerdo a la evidencia científica, ha quedado demostrado su capacidad de acelerar la velocidad de los cambios comportamentales en las poblaciones intervenidas de sujetos adictos desde sus variables explicativas; y es hoy reconocido y considerado por diversos autores como un importante factor en la redefinición de la base teórica en las intervenciones del área de la drogodependencia en los últimos años.

Teoría de la Autosuficiencia. Bandura

Esta teoría hace referencia a un factor personal para lograr un cambio comportamental, mediado por un mecanismo cognitivo que es la autoeficacia. Siendo esta, el conjunto de creencias personales para poder responder a las demandas situacionales. Tanto el comportamiento, como el funcionamiento humano son determinados por la interrelación de los estados psicológicos, comportamentales, cognitivos y ambientales individuales. A su vez, la autoeficacia apunta al rol del auto referente, que a través de la

misma, las personas controlan sus propias motivaciones y comportamiento. En la medida que una persona siente que cuenta con las capacidades físicas, mentales y personales, estará dispuesta a un cambio; en tanto, si considera que no las posee es muy probable que se cierre a esta posibilidad. Por otro lado, cuando los sujetos inician un cambio, y ven los resultados, su autoeficacia mejora porque se demuestran a ellos mismos objetivos que no pensaban poder cumplir, por lo que cada vez, se sentirán más capaces de comprometerse con nuevos retos personales (Quillas Benites et al., 2017; Gurber, 2015; Sánchez Hervás et al., 2004).

Teoría del Comportamiento Planificado. Ajzen y Madden

Este modelo subraya la intención del cambio pero también resalta la importancia del control del comportamiento. Dicho control está determinado en que los factores no voluntarios, ya sean sea internos o externos, interfieren con la intención de la persona de realizar el cambio. Por lo tanto, los comportamientos se mueven en un continuo que puede ir desde el control total hasta la completa ausencia de control. Para este modelo es importante tener en cuenta las barreras, reales o percibidas, que posiblemente afecten el control percibido del comportamiento. Asimismo, entiende por control percibido, a las percepciones que tiene el sujeto de realizar un comportamiento; por ende, cuanto más recursos y oportunidades el individuo suponga tener, menos obstáculos encontrará con el consecuente mayor control (Quillas Benites et al., 2017).

Teoría de la Autodeterminación (TAD)

La TAD plantea que existen tres necesidades psicológicas fundamentales y universales: autonomía, competencia y relacionamiento. Depende del hecho de que sean satisfechas o no, para poder predecir y potencialmente promover la autorregulación de conductas adaptativas de los sujetos. Esta teoría es también denominada teoría de la motivación y la divide en dos tipos, a saber, motivación intrínseca y motivación extrínseca. En el primer caso, el individuo se moviliza a actuar por el placer de hacerlo; en cuanto a la segunda, el sujeto impulsa a realizar una acción instrumental para obtener un resultado diferente respecto a la propia actividad. La TAD propone un continuo de internalización por

lo tanto existen distintos grados de motivación, partiendo desde una motivación más externa hasta un grado mayor de internalización. Cuanto más interna es la motivación, más autónoma y autodeterminada es, por lo que genera mayores niveles de bienestar. A su vez, la contribución principal de la TAD en el tratamiento de adicciones radica en la posibilidad de realizar intervenciones que permitan a las personas avanzar hacia las formas más autónomas de motivación, que son las que han reportado mayores niveles de recuperación (Guber, 2015).

Teoría del Modelo Transteórico. Prochaska y DiClemente

Desde la literatura científica, de los modelos desarrollados desde la perspectiva del cambio como proceso, el que más apoyo ha tenido ha sido el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente, en el que los niveles de cambio ponen de manifiesto hasta qué profundidad es necesario trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, o lo que es lo mismo qué cambios necesita la persona para abandonar o reducir la conducta adictiva (Prochaska y DiClemente, 1982).

Sobre la base de estos modelos referidos a adicciones, y de otras investigaciones en el mismo campo, los psicólogos e investigadores norteamericanos James Prochaska y Carlo DiClemente, formularon el primer modelo global del cambio de las conductas adictivas (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], 2004). Según Samaniego (2005), el carácter global del modelo radica en su pretensión de ser aplicable a las diversas conductas adictivas y de dar cuenta de los procesos de cambio que siguen las personas con ayuda de un tratamiento como las que lo hacen sin él. Asimismo, la denominación de Transteórico alude al hecho de que recoge e integra una gran variedad de principios teóricos provenientes de distintos enfoques y disciplinas. Por lo tanto, se trata de un modelo dinámico y en constante revisión.

En el año 1983, Prochaska y DiClemente estudiaron a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento de adicciones y dejaron de usar sustancias psicoactivas; así, plantearon que el cambio de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas. Como ya se ha señalado, el Modelo Transteórico de Cambio, toma conceptos de

distintos marcos teóricos de la Psicología; y el diseño proviene de investigaciones empíricas realizadas por Prochaska y su equipo de trabajo.

Según Samaniego (2005), las diferentes teorías abordan el proceso de cambio de distintas formas. Para el Psicoanálisis, implica una concientización de la activación emocional. De acuerdo a la Gestalt, sucede con la auto-reevaluación y la activación emocional. En tanto que el Conductismo, lo aborda desde el contra-condicionamiento, la recompensa y el control de estímulos. Asimismo, desde el Existencialismo, el cambio depende de las oportunidades ambientales, del compromiso y de las relaciones de ayuda. Adicionalmente, el Cognitivismo, considera que el cambio sucede desde el contra-condicionamiento y la reevaluación.

Prochaska y DiClemente (1993), al observar que las diferentes escuelas describen numerosas teorías, desarrollaron una mayor diversidad de técnicas para analizar en profundidad cómo dichas técnicas actúan para promover el cambio. De este modo, los autores describen procesos de cambio diferentes, y proponen que todo terapeuta que se entrene en el manejo de esos procesos se hallará en condiciones de manejar innumerables situaciones de cambio. En este sentido, Cisneros (2017) argumenta que el hombre siempre ha buscado aquello que debe ser cambiado para resolver un problema. En el campo de la psicoterapia, las diferentes escuelas, intentan explicar dónde está el problema, qué es lo que no está funcionando, y así poder actuar en ese nivel. En distintos estudios se pudo observar que las personas discriminaron categorías diferentes como causa de sus problemas personales. Así, el Modelo Transteórico propone que desde la psicología se intenta abordar algunas de esas categorías o niveles, que se organizan jerárquicamente, para luego focalizar dónde realizar las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Dicha jerarquía se ha organizado desde lo que se considera más superficial hacia lo más profundo.

El Modelo Transteórico es un modelo tridimensional que proporciona una visión global y al mismo tiempo diferenciada del cambio a partir de la integración que realiza de estadios, procesos y niveles de cambio. Los estadios de cambio identifican los diferentes

niveles de predisposición al mismo que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. El situar a la persona en el estadio más representativo de los cinco que se proponen, permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas. Los procesos de cambio permiten comprender cómo suceden, y cómo va incrementándose el nivel de predisposición al cambio. Estos procesos incluyen el conjunto de actividades encubiertas o manifiestas que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional (Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005).

Finalmente, los niveles de cambio ponen de manifiesto hasta qué profundidad es necesario trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, o lo que es lo mismo qué cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva. Organizados jerárquicamente en cinco niveles interrelacionados, basados en los principales focos de intervención de las distintas corrientes psicoterapéuticas (Cisneros, 2017; Samaniego, 2005).

De acuerdo a la temática planteada en esta investigación, sólo nos abocaremos al desarrollo amplio de la primera dimensión, a saber, los Estadios de Cambio.

Prochaska y DiClemente (1983), refieren que los cinco estadios de cambio por los que toda persona transita son, Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Por lo que es pertinente decir que en todo proceso de cambio las personas transitan por cada uno de estos estadios. Por lo tanto, estos cinco estadios son las etapas a través de las que evolucionan los drogodependientes desde el momento en el que se plantean un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir. En cada uno de los estadios se efectúan intervenciones específicas que apuntan a generar el proceso que permitirá que la persona avance en las etapas. El avance no es lineal y el regreso a etapas anteriores es siempre posible (Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010).

En el estadio de Precontemplación, el drogodependiente que se encuentra en esta fase no se cuestiona su situación, ni siquiera ve el problema, por lo que invierte muy poco tiempo en plantear un posible cambio de su conducta. No es consciente de las

consecuencias que tiene, para sí ni para quienes lo rodean, y experimenta menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de su problema que en fases posteriores, porque la gratificación del consumo de drogas tiene más peso que los aspectos negativos. Acuden a tratamiento presionados, de modo que si lo inician, su único objetivo es reducir la presión bajo la que se encuentran; la persona se muestra a la defensiva ante cualquier presión externa hacia el cambio, por lo tanto, al no tener intención de cambiar, habitualmente es evaluado para los próximos 6 meses. Asimismo, tienden a evitar leer, escuchar o hablar acerca de sus hábitos no saludables. Estas personas no están realmente listas para sumarse a tratamientos. En esta etapa es importante que los terapeutas sepan manejar la resistencia del paciente, siendo una buena técnica para ello la entrevista motivacional (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005).

En el estadio de Contemplación, los drogodependientes son más conscientes de los problemas de su conducta adictiva, lo que les permite reevaluarse a nivel cognitivo y afectivo, y están más abiertos a recibir feedback sobre su consumo de drogas; pueden valorar la posibilidad de dejar de consumir, aunque no han elaborado un compromiso firme de cambio. El mismo se plantea a nivel intencional, pero no existen conductas que manifiesten esa intención cognitiva. Sin embargo, comienzan a evaluar las consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas y, por lo tanto, a plantearse dejar de consumir, aunque mantienen su ambivalencia; la persona en esta etapa, tiene la intención de cambiar a mediano plazo, es decir en los próximos 6 meses. A su vez, tienen necesidad de hablar sobre su problema, tratando de comprender su adicción, sus causas, consecuencias y posible tratamiento. Estos pacientes pueden ser ayudados a lograr su motivación por el cambio intentando una alianza terapéutica, ya que están dispuestas a actuar en los próximos 6 meses, y son conscientes de los beneficios del cambio, pero también son conscientes que los cambios tienen sus costos. Los contempladores crónicos tienden a "pensar" en lugar de "actuar"; y las trampas que no lo dejan avanzar, son entre otras, la búsqueda de la certeza absoluta; esperar por el momento mágico y la acción en

este momento, sería prematura. El drogodependiente puede permanecer por años en esta etapa (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005).

En el estadio de Preparación para la Acción, es el momento en que el drogodependiente toma la decisión (intención) y realiza pequeños cambios en su conducta adictiva (conducta manifiesta), destinados a abandonar el consumo de drogas. Entre los cambios que realiza se destaca, por ejemplo, el disminuir la cantidad y la frecuencia que consume. Tiene la intención de cambiar a corto plazo, en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinentes de consumir en el año previo; adicionalmente, toman acciones específicas que le indican, por ejemplo, consultar en pedido de ayuda; por lo tanto, las intervenciones terapéuticas surten un mayor efecto cuando se realizan en este estadio porque hacen del cambio una prioridad, se preparan el propio plan de acción, hacen público el compromiso y suelen establecer el Gran Día. (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005).

En el estadio de Acción, se produce un cambio importante en su conducta problema. El drogodependiente deja de consumir drogas; requiere por parte de la persona un compromiso que le exigirá gran esfuerzo y tiempo. Como consecuencia de la abstinencia, que es la conducta manifiesta más llamativa para el entorno, la persona obtiene apoyo y refuerzo social, lo que refuerza todos los cambios que está realizando. El estadio de Acción hace referencia a los 6 primeros meses de cambio. Involucra una modificación evidente del comportamiento; siendo Acción, la fase donde la gente trabaja más duro, aplicando los mayores procesos de cambio más frecuentemente. Las personas tienen que trabajar muy duro alrededor de 6 meses antes de disminuir sus esfuerzos, siendo un problema de esta etapa, que la persona espera que lo peor pase en pocas semanas o en pocos meses y así disminuyen sus esfuerzo rápidamente; esta creencia es una de las razones por las cuales suelen recaer en consumo en este estadio (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005).

Por último, en el estadio de Mantenimiento, la persona intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir una recaída. Esta etapa se inicia a los 6 meses de comenzado el cambio; pudiendo tener miedo no solo a la recaída, sino también al cambio en sí mismo, porque puede creer que puede llevarlo a una recaída. Probablemente en esta etapa lo más importante para el paciente es su sensación de que se está convirtiendo en el tipo de persona que quiere ser. La persona lleva al menos 6 meses sin consumir sustancia. El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas; en la fase de Mantenimiento los riesgos más comunes para la recaída están asociados a situaciones emocionales como ira, ansiedad, depresión, estrés. El tiempo de duración de esta etapa, para algunos autores, será durante gran parte de su vida; en cambio otras personas pueden terminar totalmente con sus hábitos no saludables y no experimentar tentación a través de situaciones de riesgo, con una absoluta confianza que no volverán a la adicción. (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005).

El paso por los diferentes estadios. La recaída o las recaídas

Según Becoña y Cortes (2010), una de las aportaciones más significativas del modelo está relacionada con el modo en que se avanza dentro del proceso de cambio. Los drogodependientes no avanzan por las distintas fases de forma lineal, sino que suelen pasar varias veces por la misma fase hasta que consiguen mantenerse abstinentes. Esto viene a reflejar que los pacientes recaen, en la mayoría de las ocasiones, varias veces hasta que consiguen dejar de consumir drogas definitivamente. Al respecto, Cisneros (2017) señala que en cada uno de los estadios se deben efectuar intervenciones específicas que apunten a generar el proceso de cambio que permitirá que la persona avance en las etapas. El avance no es lineal, sino en espiral, y el regreso a etapas anteriores es siempre posible.

En referencia a la o las recaídas, ha sido considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como

hipertensión arterial, diabetes, etc. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien se intenta evitar las recaídas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta. El paciente puede recaer, entendiendo la recaída como el regreso a un estadio motivacional inferior. Por ejemplo, si la persona se encuentra en el estadio de Acción regresaría al de Preparación, Contemplación o Precontemplación (Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010).

Los autores, también señalan que la recaída ocurre cuando las estrategias que emplea la persona para mantener su estado de abstinencia del consumo de drogas fallan. Generalmente, en esta fase presentan sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, lo que suele afectar negativamente a su autoeficacia. Se sabe que las recaídas en el consumo de drogas son una parte del proceso de cambio antes de lograr el abandono definitivo del consumo de drogas. Sin embargo, la recaída no siempre lleva a los pacientes a abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en una fase que les permite continuar reciclándose y preparándose para continuar nuevamente el cambio iniciado (Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005). En tanto que para Cisneros (2017), son pocos los pacientes que regresan al estadio de Precontemplación. Para trabajar las recaídas, deben proporcionarse las mejores condiciones en la relación terapéutica, de modo que paciente y terapeuta desarrollen su trabajo coordinadamente y de acuerdo con objetivos ajustados a la fase en que se encuentra el paciente.

De acuerdo a Becoña y Cortes (2010), en el Modelo Transteórico, los profesionales de la salud mental, deben tratar de provocar una buena disposición al cambio en los pacientes, e incrementar la motivación a través de una serie de técnicas dependiendo de la fase en la que se encuentre. Así, los pacientes deberán sentir que parte de la responsabilidad del cambio está en ellos, debiendo ser conscientes de que tienen una capacidad inherente con potencial para cambiar. DiClemente et al. (2013) analizan cómo determinadas técnicas terapéuticas pueden ayudar a los pacientes a progresar a lo largo de los estadios de cambio. Las mismas, los ayudan a entender y participar en estos

procesos y de esta manera progresar a lo largo de las etapas de cambio. Entre las técnicas terapéuticas empleadas, una de las más aplicadas es la psicoeducación; que incrementa el proceso de cambio de toma de conciencia, control de estímulos y liberación social, y proporciona información con respecto al uso de sustancias y sus potenciales efectos. En esta línea, Gutierrez et al. (2015), consideran que las intervenciones breves y prácticas de carácter psicoeducativo destinadas a los pacientes farmacodependientes, son herramientas necesarias para cambiar actitudes básicas y manejar problemas subyacentes, las cuales difieren de la terapia a largo plazo, dado que el foco se sitúa en el presente y están orientadas al cambio de comportamientos específicos. En general, las sesiones psicoeducativas se han identificado como un componente necesario para provocar modificaciones en la vida de un paciente o para prevenir recaídas. Si bien, la psicoeducación sola como intervención es insuficiente, su real valor es colaborar con otro tipo de intervenciones.

Como afirman Prochaska y DiClemente, el grado de éxito alcanzado al finalizar un tratamiento se relaciona directamente con el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente, por lo que es de vital importancia intervenir para avanzar en los estadios, logrando así la retención en los tratamientos. Los autores plantearon que el cambio de consumir sustancias a la abstinencia se produce en una sucesión de etapas. Siendo cada estadio predecible y definible, en un determinado periodo de tiempo. Asimismo, los estadios son superados a partir de la retroalimentación de su entorno o del trabajo psicoterapéutico o psicoeducativo. El Modelo Transteórico, supone un modelo prometedor en cuanto a la comprensión y el cambio de conducta relacionado con la adquisición de hábitos de vida saludables (Prochaska y DiClemente, 1982).

A pesar del indiscutible avance en el conocimiento científico y en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar causas y desarrollo del trastorno, como para alcanzar la mayor eficacia en el mismo. Las tasas de retención y abstinencia siguen siendo un foco nodal de interés y superación para aquellas personas que acuden, recaen o abandonan los tratamientos. El

abandono de los programas se da principalmente en los primeros seis meses, y mayor aún en las semanas iniciales (Ibañez y Álvarez, 2010).

Objetivos e Hipótesis del Trabajo

Objetivo general

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento, basados en el Modelo Transteórico en el Hospital de Día de Rehabilitación de Adicciones Alas de Libertad Asociación Civil, ubicado en la C.A.B.A.

Objetivos específicos

- a. Identificar los estadios de cambio en los que se ubican los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas que se encuentran en tratamiento a partir de la escala de evaluación del cambio (URICA).
- b. Explorar el grado de adherencia al tratamiento de acuerdo a la disposición para el cambio de los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas.

Hipótesis

Hip1: el estadio de cambio en el que se encuentre el paciente con adicción a sustancias psicoactivas es un factor de incidencia para la adherencia al tratamiento.

Hip2: los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas que se encuentren en los estadios de Precontemplación y Contemplación constituyen un factor de riesgo para el abandono prematuro del tratamiento.

Método

Diseño

Se llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativa, siendo el diseño de investigación no experimental, que son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández Sampieri et al., 2010). Asimismo, es de corte transversal, ya que son estudios que recolectan datos en un solo momento (Hernández Sampieri et al., 2010); y de los subtipos transversales, este trabajo es descriptivo, dado

que se miden y evalúan diversos aspectos del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri et al., 2003).

Participantes

La muestra total estuvo compuesta por 52 participantes, varones y mujeres de entre 20 a 53 años de edad. La selección del conjunto de varones y mujeres con adicción a sustancias psicoactivas en tratamiento en Alas de Libertad Asociación Civil de la C.A.B.A., Argentina, se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia (Hernández Sampieri et al., 2006).

Criterios de inclusión: pacientes mayores de edad que se encuentren en tratamiento en Alas de Libertad Asociación Civil de la C.A.B.A. en la Modalidad Hospital de Día.

Instrumentos

Todos los participantes tuvieron acceso a un consentimiento informado el cual debieron aceptar antes de tener acceso a los instrumentos de investigación (Anexo I).

Asimismo, se preguntaron datos relevantes para analizar los resultados, referidos a las variables independientes del encuestado, que son los datos sociodemográficos.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos la aplicación del Cuestionario autoadministrable URICA University of Rhode Island Change Assessment Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983), adaptado al español (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003); el objetivo del cuestionario es evaluar el nivel de predisposición al cambio o estadio motivacional en el que se encuentra un paciente. El mismo está compuesto por 32 ítems con respuesta likert de 5 anclajes. Puede aplicarse ante cualquier conducta problema, incluyendo las conductas adictivas en pacientes que inician o se encuentran en tratamiento por consumo anómalo de drogas. Evalúa cuatro de los cinco estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento; cada estadio incluye un total de 8 ítems, los que describen cómo podría sentirse una persona cuando empieza o se encuentra en tratamiento o aborda algún problema en su vida. La

fiabilidad y sensibilidad, de acuerdo a los estudios realizados confirman la estructura factorial de URICA y muestran una elevada consistencia interna –el coeficiente alpha para las cuatro escalas se sitúa entre 0,88 y 0,89 (Carney y Kivlahan, 1992; Martín et al., 1992; DiClemente y Hughes, 1990) (Anexo II).

La finalidad del instrumento es la de identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente, y conocer por tanto en qué estadio de cambio se encuentra. De esta forma el terapeuta puede conocer qué estrategias puede utilizar con el paciente, para que éste desarrolle los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio, en definitiva hacia el mantenimiento de la abstinencia (Tejero y Trujols, 1994).

Procedimiento

El procedimiento de la información se llevó a cabo en Alas de Libertad Asociación Civil. El acceso al Centro fue inmediato dado que Presido la Institución; por ende no fue necesaria la autorización. Sin embargo, el procedimiento fue supervisado por el Director Médico Psiquiatra y por el Director del Programa Terapéutico, Licenciado en Psicología; ambos autorizados y reconocidos en la Habilitación del Ministerio de Salud de la Nación de la Institución N° 1482 y en el Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud: N° 1507/15 con inscripción en la Inspección General de Justicia: N° 0000915.

Los datos se tomaron entre el 15/02/2021 y el 22/02/2021. En primera instancia se entregó el consentimiento para ser firmado a quienes aceptaron completar el cuestionario, luego de ser explicados los objetivos de la investigación.

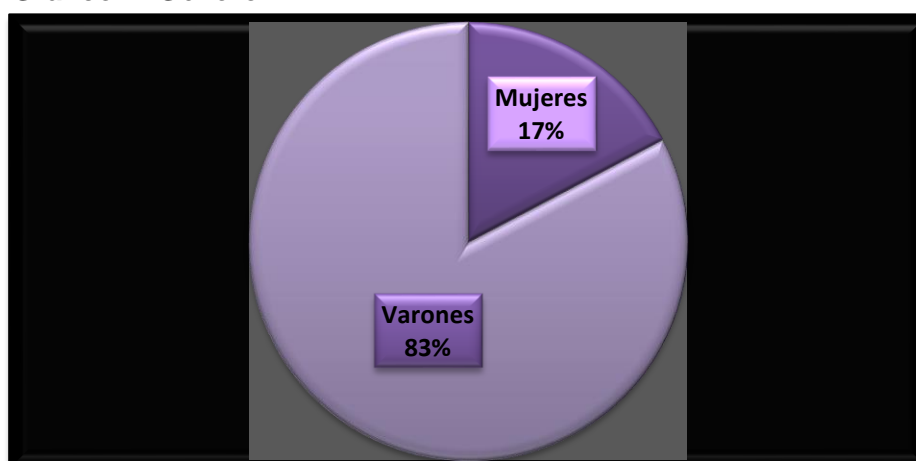
A continuación, a los pacientes se les entregó en forma anónima el cuestionario, que luego de una semana, colocaron en sobre cerrado y lo depositaron en una caja para mantener la absoluta confidencialidad.

Resultados

Las encuestas han sido analizadas por la autora manualmente, los datos han sido expuestos en porcentajes para poder compararlos posteriormente y así arribar a las conclusiones pertinentes.

De acuerdo a los objetivos planteados, en primer lugar se tomaron los datos sociodemográficos de los participantes. Del análisis de los mismos, surge que del total de la muestra de los pacientes en tratamiento, el 17% pertenece al género femenino, en tanto que el 83% al género masculino; no se encontró ningún caso que perteneciera a otro género (gráfico 1).

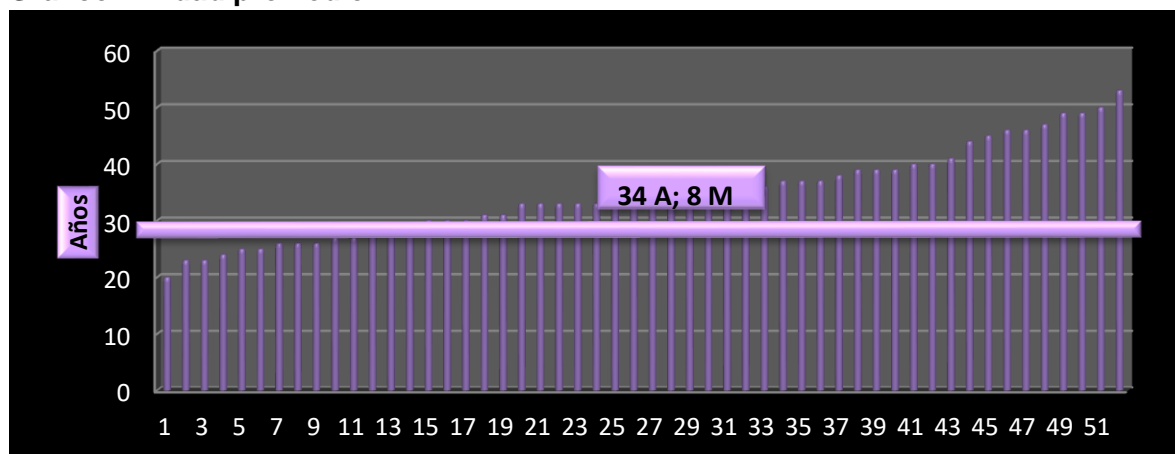
Gráfico 1: Género



Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

En segundo término, se analizó la edad promedio de los participantes, cuyo rango oscila entre 20 y 53 años, siendo el promedio de edad de la muestra de 34 años y 8 meses (gráfico 2).

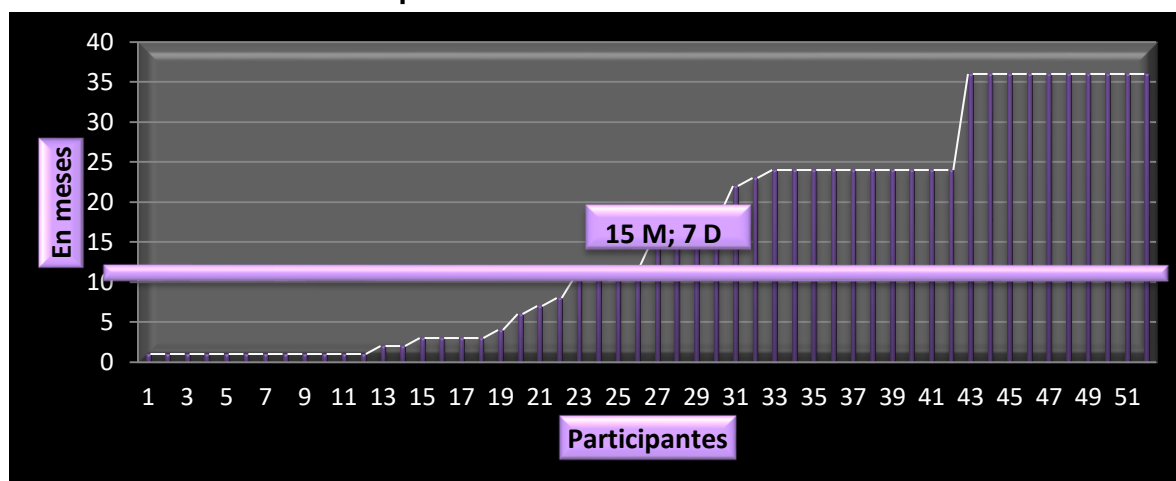
Gráfico 2: Edad promedio



Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

Asimismo, siguiendo con el análisis de los datos obtenidos, se observó que el promedio de tiempo que los participantes se encuentran en tratamiento dentro de la Institución es de 15 meses y 7 días, dentro de un rango de tiempo que fluctúa desde un mes o menos donde se incluyó sujetos que asisten desde 5 a 30 días, hasta 3 años o más donde se incluyó pacientes que asisten desde 36 a 40 meses, siendo esta última franja en su mayoría pacientes duales (gráfico 3).

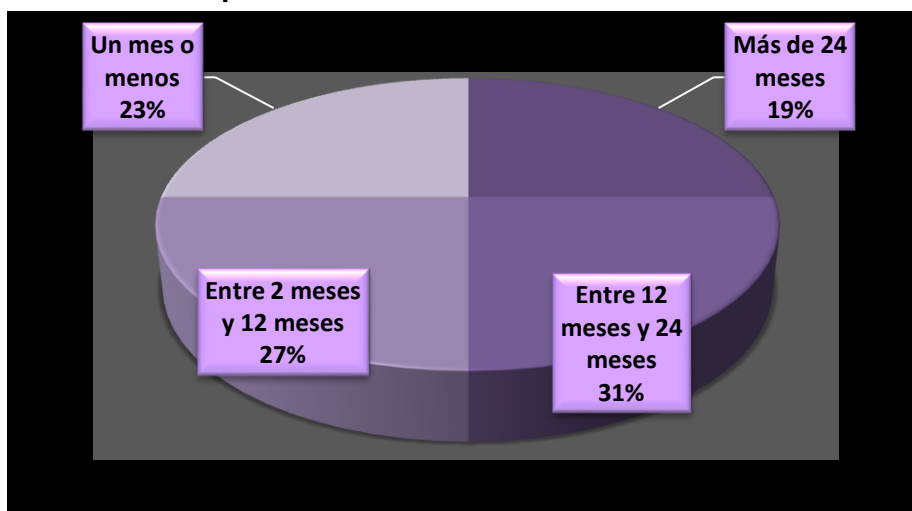
Gráfico 3: Promedio de tiempo en tratamiento



Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

De acuerdo al tiempo en tratamiento, se halló que el 23% se encuentran desde hace un mes o menos; el 27% entre 2 y 12 meses; el 31% entre 12 y 24 meses y el 19% 24 meses o más (gráfico 4).

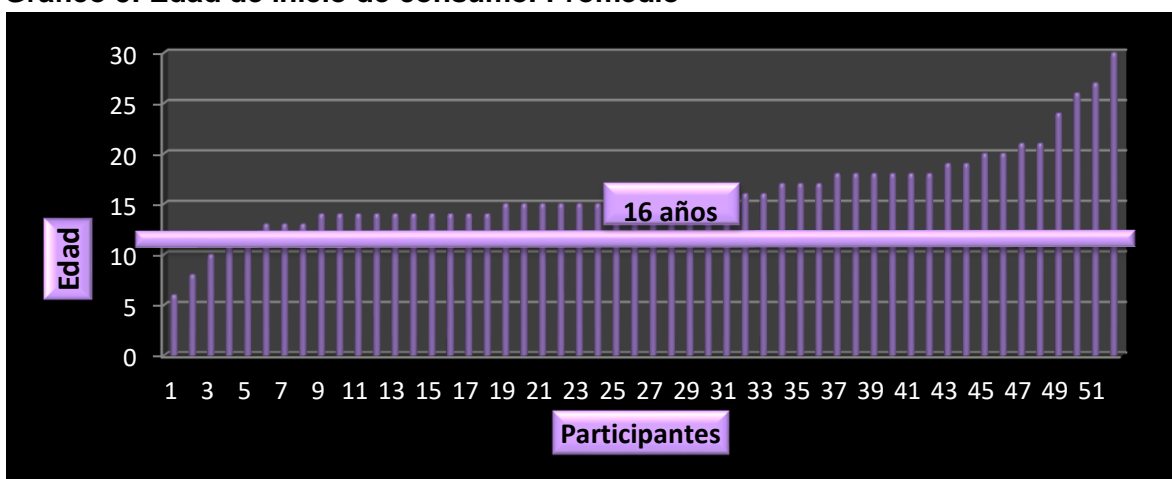
Gráfico 4: Tiempo en tratamiento



Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

Se observó en la muestra que el promedio de edad de inicio de consumo problemático de sustancias psicoactivas es de 16 años; en un rango que oscila entre 6 y 30 años de edad (gráfico 5).

Gráfico 5: Edad de inicio de consumo. Promedio



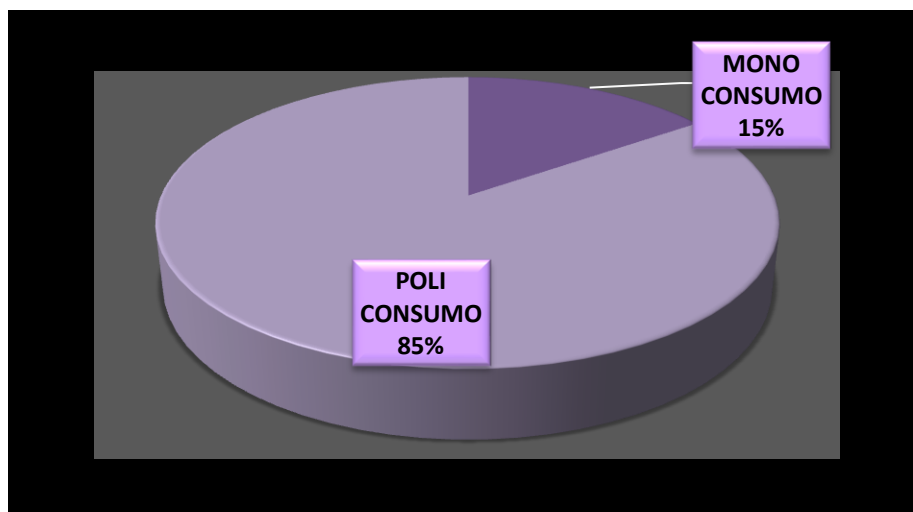
Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

En cuanto al patrón de consumo, el 85% de los participantes refirieron policonsumo simultáneo, en tanto que el 15% describe un patrón de monoconsumo (gráfico 6).

Asimismo, se encontró que la sustancia psicoactiva más consumida es cocaína (92% de

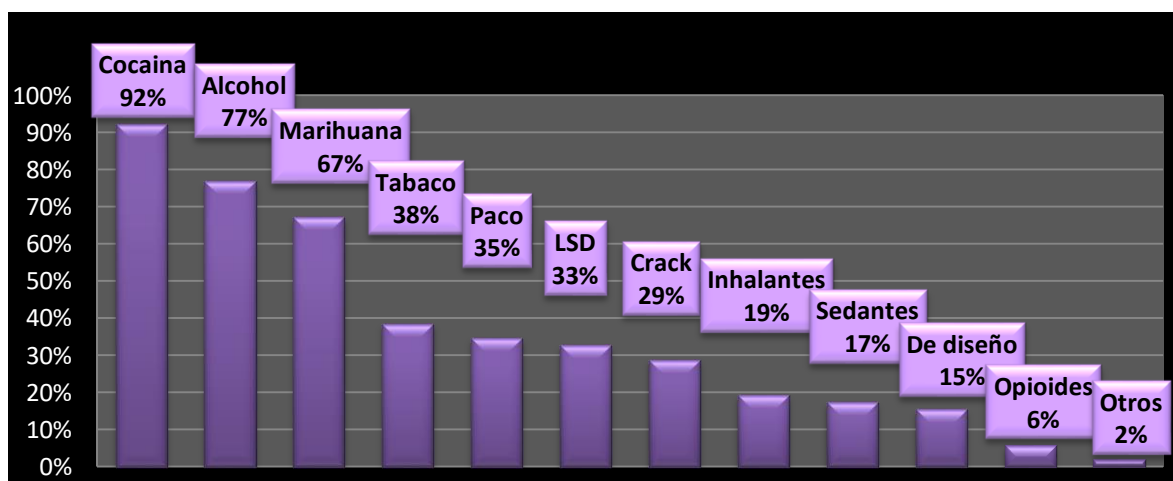
los participantes), luego alcohol (77%), marihuana (67%), tabaco 38%, paco 35%, LSD 33%, crack 29%, inhalantes 19%, sedantes 17%, drogas de diseño 15% y por último opioides en el 6% de la muestra (gráfico 7).

Gráfico 6: Patrón de consumo



Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

Gráfico 7: Drogas de consumo

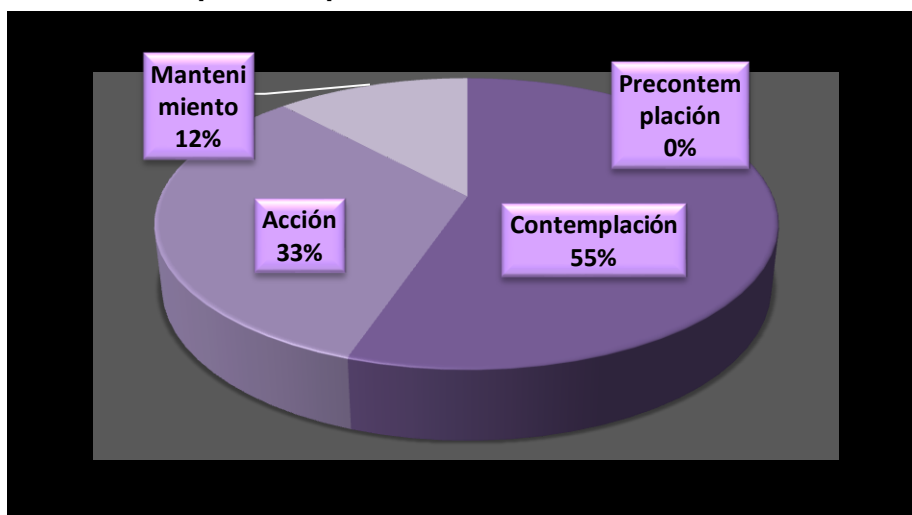


Fuente: datos socio-demográficos consultado a la muestra.

Para abordar el objetivo general de esta investigación, fue necesario analizar en primer lugar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento, basados en el

Modelo Transteórico de Cambio, se encontraron diferencias significativas vinculadas a la etapa en la que se agrupan más de la mitad de los participantes, ya que el 55% de los casos se ubican en el estadio de Cambio Contemplación; en tanto que ninguno se encuentra en la etapa Precontemplación (gráfico 8).

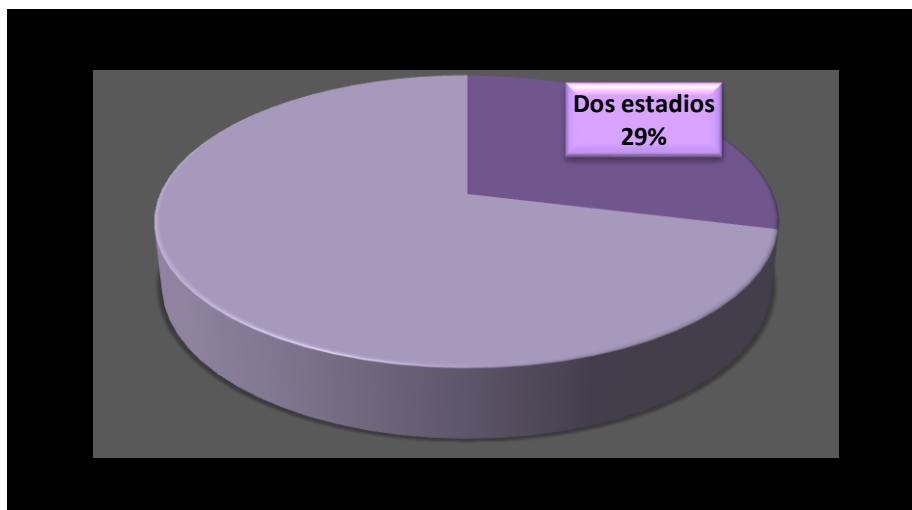
Gráfico 8: Disposición para el Cambio



Fuente: respuestas a las 4 sub-escalas del cuestionario University of Rhode Island Change Assessment (URICA) consultado a la muestra.

En cuanto al primer objetivo específico, identificar los estadios de cambio en los que se ubican los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas que se encuentran en tratamiento a partir de la escala de evaluación del cambio (URICA), se agrupó a los participantes dentro de cada una de las cuatro etapas. Ningún participante se encuentra en la etapa Precontemplación; el 55% están en el estadio Contemplación; el 33% en Acción y el 12% en la etapa Mantenimiento (gráfico 8). Asimismo, se observó que el 29% de la muestra se hallan simultáneamente compartiendo dos estadios (gráfico 9).

Gráfico 9: Participantes que comparten dos estadios simultáneos



Fuente: respuestas a las 4 sub-escalas del cuestionario University of Rhode Island Change Assessment (URICA) consultado a la muestra.

Por último, conforme al segundo objetivo específico, explorar el grado de participación y cumplimiento del tratamiento de acuerdo a la disposición para el cambio de los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas, se encontraron diferencias significativas vinculados al nivel de participación del tratamiento, dado que más de la mitad de los sujetos (55%), no presentan disposición para el cambio, puesto que se hallan en la etapa Contemplación; mientras que menos de la mitad de la muestra (45%) presentan disposición para el cambio, encontrándose en las etapas Acción (33%) y Mantenimiento (12%) (Gráfico 8).

Discusión

De acuerdo a los objetivos planteados, en primer lugar se tomaron los datos sociodemográficos de los participantes en el Hospital de Día Alas de Libertad A. C. en C.A.B.A. Del análisis de los mismos, surge que del total de la muestra en tratamiento, el 17% pertenece al género femenino, en tanto que el 83% al género masculino; no se encontró ningún caso que perteneciera a otro género; los resultados encontrados muestran que la mayoría de los participantes que se encuentran en tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas corresponden al género masculino. De lo anterior se puede arribar

a diferentes conclusiones, por un lado, que la adicción a sustancias psicoactivas es más predominante entre los varones, o bien, que las mujeres poseen mayor resistencia a iniciar tratamiento, o que los centros de rehabilitación no están aún adaptados para realizar tratamientos con mujeres. Se podría interpretar que la adicción a sustancias psicoactivas en los varones en general, los afecta más cuantitativamente en comparación con las mujeres, dado que el colectivo masculino adicto casi quintuplica al femenino (Farapi, 2009; Zamora et al., 2005). Asimismo, los hombres realizan más mezclas, toman dosis mayores, con mayor frecuencia, padecen menor control social y familiar, son más agresivos y menos prudentes, y tienen menor percepción del riesgo. Por lo tanto, no se trata sólo de una cuestión numérica, sino también de las formas y consecuencias de los consumos de sustancias en los hombres que suelen ser más problemáticos y con mayor nivel de mortalidad que en las mujeres (Rekalde y Plaza, 2005). A su vez, por el predominio de hombres en los centros de atención de adicciones, implica que los mismos se encuentren mejor adaptados a sus necesidades, en detrimento del tratamiento hacia las mujeres, quienes han llegado a sentirse expulsadas porque el espacio terapéutico estaba diseñado para varones; quedando, de este modo, postergadas (Zamora et al., 2005). La mujer adicta a sustancias psicoactivas, además de tener menguada su autoestima y su autoconfianza, no suelen buscar tratamiento o presentan dificultades para mantenerlo, por diferentes motivos, porque tienen miedo de no poder cuidar a sus hijos, de las represalias de sus parejas, porque su compañero facilita el uso de drogas o por cuestiones de índole económica. De esta forma, el índice de mujeres que solicita tratamiento es inferior al de hombres (Ramírez López, 2019; Zamora et al., 2005). El hallazgo de estos resultados se hallan en concordancia con varias investigaciones; la desarrollada por Morales Moreno (2020) indica que los hombres conformaron el 83,3%; adicionalmente, los datos arrojados por Fernandez Gonzalez et al. (2017) muestran un 75,4% de varones en tratamiento. Asimismo, en el estudio de Plasencia Yasuda (2017) la mayoría de los consumidores en los servicios estuvo constituido por varones; conforme a Poliansky et al. (2018), encontraron que la muestra estaba compuesta por un 65.6% de hombres, al igual que para

los autores Sirvent et al. (2015) con un 79,3% de varones. Por último, el porcentaje del género masculino en tratamiento (83%) en este estudio también coincide con la investigación efectuada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018), que informaron que el 83,9% de los pacientes admitidos a tratamiento por adicción a drogas ilegales eran varones. Sin embargo, los resultados estarían en discordancia con el estudio de Sanchez Jimenez (2018), que arrojó porcentajes próximos entre varones y mujeres representado por el 58% y 41 % respectivamente. Ninguna investigación arrojó resultados referidos a otro género en tratamiento, coincidentemente con el presente estudio.

Siguiendo con el análisis de los datos demográficos, la presente investigación arrojó que la edad promedio de los participantes de la muestra es de 34 años y 8 meses, cuyo rango oscila entre 20 y 53 años. Y respecto del promedio de edad de inicio de consumo problemático de sustancias psicoactivas, se observó en la muestra que es de 16 años, en un rango que oscila entre 6 y 30 años de edad; estos resultados muestran que tal diferencia de edad entre el inicio de consumo hasta la decisión de comenzar un tratamiento, se debería a que generalmente, en un principio el consumo sería para uso recreativo y experimental que habitualmente no les causa consecuencias negativas; de este modo, si continúan, llegan a posteriori a la dependencia, provocando un mayor deterioro en todos los aspectos de sus vidas (Ramos Rivera, 2016; Gutierrez et al., 2015; American Psychiatric Association [APA], 2014; Becoña, 2010). De lo planteado se puede concluir que la edad promedio de personas en tratamiento es avanzada porque la persona no reconoce ni tiene conciencia de su problema, o bien se muestra ambivalente ante un cambio, o le cuesta dar los primeros pasos; si a esto se le anexa cierto deterioro cognitivo-neurológico, la asistencia a centros de rehabilitación, se dificulta, lo que se demuestra con datos de investigaciones previas, donde sólo entre el 25% y el 35% de los consumidores se plantean iniciar un programa para cambiar su estilo de vida (Morales Moreno, 2020; Plasencia Yasuda, 2017; Calvo García et al., 2016; Ibañez y Álvarez, 2010). Adicionalmente, estos datos se confirman con los resultados arrojados por la Oficina contra

la Droga y el Delito [UNODC] (2019), que indica que de los 35 millones de personas en todo el mundo que padecen trastornos por consumo de drogas, solo 1 de cada 7 individuos recibe tratamiento cada año. En este sentido, autores como Morales Moreno (2020), Poliansky et al. (2018), Sanchez Jimenez (2018) y Sirvent et al. (2015) evidenciaron en sus estudios edades promedios similares (33,7; 36,3; 37 y 36,7 años, respectivamente), sustentando de este modo los resultados arrojados en este estudio. Sin embargo, la media de edad hallada por Fernandez Gonzalez et al. (2017), fue de 43,5 años, observándose un aumento promedio significativamente mayor a los resultados evidenciados en la presente investigación. En cuanto a la edad de inicio de consumo (16 años), se hallan diferencias significativas que refutan los presentes resultados; en los estudios de Sanchez Jimenez (2018) y Morales Moreno (2020) informaron un promedio superior siendo de 19 y 21,4 años. Mientras que autores como Gutierrez et al. (2015), encontraron una media de inicio de consumo inferior (12 años).

En virtud a lo observado en los datos obtenidos, se advirtió que el promedio de tiempo de los participantes en tratamiento dentro del Hospital de Día es de 15 meses y 7 días. Donde el 23% se encuentran desde hace un mes o menos; el 27% entre 2 y 12 meses; el 31% entre 12 y 24 meses y el 19% 24 meses o más. Los resultados arrojados muestran que más de la mitad de la muestra se encuentran en tratamiento por un tiempo de duración de entre 12 y 24 meses. Se podría concluir que la asistencia institucional a personas con adicción a sustancias psicoactivas, conllevaría un elevado período de tiempo, lo que podría suponer una dificultad tanto para el inicio como para la adherencia y retención en el tratamiento. De lo anterior, se podría interpretar que los trastornos adictivos a sustancias psicoactivas, entre sus consecuencias, no solo generan mayores costos en las personas, dado que abarca las áreas personal, familiar, social y de salud (Sánchez-Hervás, 2004), sino también altos costos para el sistema de salud que se encuentran desbordados por la demanda concomitante con las adicciones (Gonzalez, 2020; Han, 2017; Gutierrez et al., 2015; Casete y Climent, 2008). El hallazgo de estos resultados, refutarían los argumentos de autores como Sanchez Jimenez (2018) y Fernandez

Gonzalez et al. (2017) quienes sustentaron una media de permanencia de entre 6 meses y 12,69 días; es menester considerar en referencia a esta última investigación, que se realizó en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, que no representa una Institución de Rehabilitación de Adicciones de sustancias psicoactivas.

En cuanto al patrón de consumo, el 85% de los participantes refirieron policonsumo simultáneo, en tanto que el 15% describe un patrón de monoconsumo. Asimismo, se encontró que la sustancia psicoactiva más consumida es cocaína (92% de los participantes), luego alcohol (77%), seguido por marihuana (67%), y el menos consumido fueron los opioides (6%). A partir del análisis de estos resultados, se observa la preeminencia del uso de diversas sustancias psicoactivas simultáneamente en la mayoría de los participantes de la muestra. De lo anterior se puede arribar que el consumo problemático de diversas sustancias psicoactivas o policonsumo, pareciera ser el problema de salud mental más común en la actualidad (Medina-Pérez y Rubio, 2012); constituyendo la dependencia a distintas drogas, un trastorno crónico y recidivante, a pesar de sus consecuencias negativas para la persona (American Psychiatric Association [APA], 2014). En este sentido, se puede concluir que el policonsumo y la comorbilidad son factores determinantes en la cronicidad de este trastorno dado que se relacionan con mayores recaídas. En consecuencia, el policonsumo y sus problemáticas asociadas demandan mayor atención, por lo que implica la implementación de políticas, prácticas e intervenciones más eficientes y eficaces, y con mayores recursos económicos para la superación de estas patologías (Gutierrez et al., 2015; Medina-Pérez y Rubio, 2012). Autores tales como Morales Moreno (2020) y Poliansky et al. (2018) muestran que en la mayoría de la muestra existe la conducta de policonsumo, sustentando de este modo con sus investigaciones los resultados arrojados, quedando demostrado de este modo el mismo patrón de consumo. Sin embargo, otros autores refutan estos resultados, tal es el caso del estudio de Gutierrez et al. (2015) en el que menos de la mitad de la población consumidora (23%), presenta policonsumo; en tanto que Sirvent et al. (2015), observaron que este patrón se encontró sólo el 5,66% de la población estudiada. A su vez, conforme a

la sustancia tóxica más consumida, los resultados de este estudio se sostienen en el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2017) que señala que la prevalencia del consumo de cocaína en Argentina pasó de 0,73% en 2011 a 1,67% en 2017, equivalente a un aumento del 129% que ubica a nuestro país en primer lugar a nivel de América Latina. Asimismo, existe concordancia con las investigaciones de Morales Moreno (2020) y Poliansky et al. (2018) en las que se observaron que la cocaína es la sustancia de uso más problemática. Mientras que en los estudios de Fernandez Gonzalez et al. (2017), Plasencia Yasuda (2017) y Sirvent et al. (2015), el tóxico más consumido es el alcohol. Se observa así, que estas últimas investigaciones rebaten las conclusiones arribadas; sin embargo, se evidenció que el alcohol se ubica como segunda sustancia más consumida (77%).

Para abordar el objetivo general de esta investigación, fue necesario analizar en primer lugar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento, basados en el Modelo Transteórico de Cambio en el Hospital de Día de Rehabilitación de Adicciones Alas de Libertad Asociación Civil, ubicado en la C.A.B.A. Se encontraron diferencias significativas vinculadas a la etapa en la que se agrupan más de la mitad de los participantes, ya que el 55% de los casos se ubican en el estadio de Cambio Contemplación; en tanto que ninguno se encuentra en la etapa Precontemplación. De lo anterior se puede concluir que más de la mitad de los participantes presentan escasa disposición para el cambio, lo que repercutiría en limitada adherencia al tratamiento; en tanto que no se hallaron participantes en el estadio Precontemplación porque no acceden a un tratamiento de rehabilitación. Se podría interpretar que la conciencia del problema es uno de los parámetros de mayor valor predictivo, pues quien no posee una mínima motivación presenta menores posibilidades de iniciar o bien, de abandonar el tratamiento, lo que se confirma en la presente investigación, dado que en el estadio de Precontemplación, el drogodependiente no se cuestiona su situación, ni ve el problema, y no es consciente de las consecuencias que tiene, por lo tanto no acuden a tratamiento, o si

lo inician, su único objetivo es reducir la presión socio familiar a la que se hallan sometidos (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Sirvent et al., 2015; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005). Asimismo, conforme al 55% de la muestra que se encuentran en el estadio de Cambio Contemplación, podría interpretarse que a pesar de hallarse dentro de un contexto terapéutico no da cuenta de la continuidad o no del tratamiento, constituyendo esto un marco crítico en función de la adherencia. En este orden de ideas, diferentes autores describen que si bien en este estadio los drogodependientes son más conscientes de sus problemáticas y pueden dejar de consumir, aún mantienen su ambivalencia, pudiendo permanecer por años en esta etapa o bien abandonar precozmente el tratamiento (Sanchez Jimenez, 2018; Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005; Prochaska y DiClemente, 1982, 1983). Los resultados arrojados en el presente estudio se hallan sustentados en investigaciones previas; la autora Sánchez Jimenez (2018) encontró que significativamente no se halló ningún caso en la etapa Precontemplación; en tanto que los datos de Cevallos Pérez (2018) evidenciaron que el 40,1% de la muestra se encontraba en etapa Precontemplativa y Contemplativa, con alta probabilidad de abandono. De igual modo, Fernández González et al. (2017) revelaron que tanto el 45% de pacientes que se encontraban en el estadio de Contemplación, y el 2% en Precontemplación, presentaban incidencia de abandono del programa terapéutico; a su vez, Ramos Rivera (2016) también observó que el 33,33% de la muestra que se encontraba en el estadio Contemplación no demostró ningún avance significativo en el proceso de cambio al finalizar el taller, continuando en la misma etapa. Finalmente, en el estudio de Plasencia Yasuda (2017), los resultados arrojaron que los factores de riesgo de pacientes asociados a la baja adherencia al tratamiento, se encontraban en la etapa precontemplativa. Sin embargo, en la investigación desarrollada por Sánchez Jimenez (2018), menos de la mitad de los participantes se hallaban en el estadio Contemplación (29%), contradiciendo los resultados de este estudio que demuestran que más de la mitad de la muestra se encuentra con menguada adherencia al tratamiento.

Respecto al primer objetivo específico, identificar los estadios de cambio en los que se ubican los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas que se encuentran en tratamiento a partir de la escala de evaluación del cambio (URICA), se agrupó a los participantes dentro de cada una de las cuatro etapas. Ningún participante se encuentra en la etapa Precontemplación; el 55% están en el estadio Contemplación; el 33% en Acción y el 12% en la etapa Mantenimiento. Asimismo, se observó que el 29% de la muestra se hallan simultáneamente compartiendo dos estadios. Dichos datos demuestran que los procesos de cambio permiten comprender el nivel de predisposición al cambio. A sabiendas, que el avance no es lineal y el regreso a etapas anteriores es siempre posible; y que el grado de éxito alcanzado al finalizar un tratamiento por adicciones a sustancias psicoactivas se relaciona directamente con el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente (Morales Moreno, 2020; Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005; Prochaska y DiClemente, 1993; Casas y Gossop, 1993). A partir de lo planteado se puede concluir que la generación de cambios de comportamiento del individuo revierte suma importancia para el profesional, dado que dicho conocimiento implica que la persona que decide iniciar un tratamiento, logre mantenerse en él (Quillas Benites et al., 2017). El hallazgo de estos resultados se observan en concordancia con diferentes investigaciones; Cevallos Pérez (2018) a partir de la escala URICA, encontró que los participantes se ubicaron en primer lugar en la fase de Precontemplación (36,8%), luego en la fase Acción (34,2%), en tercer lugar en la fase de Mantenimiento (24,3%), y por último en la fase de Contemplación (3,3 %). En tanto que los autores Fernández González et al. (2017) revelaron que el 45% se encontraban en el estadio de Contemplación, 35% en Acción, 9% en Mantenimiento y sólo el 2% en Precontemplación. Asimismo, el estudio de Sánchez Jimenez (2018), arrojó que el 71% de los participantes se encontraban en el estadio Acción y 29% en Contemplación, siendo significativo que no halló ningún caso en la etapa Precontemplación y Mantenimiento. Adicionalmente, de acuerdo al resultado observado en la muestra, el 29% de los sujetos se hallan simultáneamente compartiendo dos estadios; este dato constituye un hallazgo relevante y significativo. Concluyendo de manera

coincidente con los autores Cisneros (2017) y Becoña y Cortes (2010) que una de las aportaciones más valiosas del Modelo Transteórico de Cambio está relacionada con el modo en que se avanza dentro del proceso. Los drogodependientes no avanzan por las distintas fases de forma lineal, sino que suelen pasar por la misma fase hasta que consiguen mantenerse abstinentes. Esto viene a reflejar que los pacientes podrían recaer varias veces hasta que consiguen dejar de consumir drogas definitivamente; donde el regreso a estadios anteriores es siempre posible; por lo que las recaídas deberían considerarse como una etapa más del proceso. Así, la recaída no siempre lleva a los pacientes a abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en una fase que les permite seguir preparándose para continuar nuevamente el cambio iniciado (Cisneros, 2017; Becoña y Cortes, 2010; Samaniego, 2005). A partir de lo antedicho, podría interpretarse que el resultado arrojado en esta investigación respecto al porcentaje de participantes que comparten simultáneamente dos estadios, podría considerarse un hallazgo revelador en virtud a pacientes que se encuentren transitando una etapa de cambio hacia otra, sea tanto hacia un estadio superior, como inferior.

Por último, conforme al segundo objetivo específico, explorar el grado de participación y cumplimiento del tratamiento de acuerdo a la disposición para el cambio de los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas, se encontraron diferencias significativas, dado que más de la mitad de los sujetos (55%), no presentan disposición para el cambio, puesto que se hallan en la etapa Contemplación; mientras que menos de la mitad de la muestra (45%) presentan disposición para el cambio, encontrándose en las etapas Acción (33%) y Mantenimiento (12%). Estos datos explicarían que más de la mitad de los participantes no muestran un alto grado de participación y cumplimiento de su tratamiento debido a la falta de predisposición para realizar un cambio saludable en sus vidas. Se observa que estos resultados coinciden con datos indicados por diferentes autores a nivel mundial, dado que de los consumidores que se plantean iniciar un tratamiento, se producen en más de la mitad de los pacientes abandonos durante dicho período (Ibañez y Álvarez, 2010). Según Cevallos Pérez (2018) y Guerra y Martínez

(2017), el estudio de la adherencia al tratamiento revierte sumo interés, ya que actualmente se cree que las cifras de la falta de adherencia están cerca del 50%. En esta misma línea, autores como McHugh, et al. (2013) y Santonja-Gomez et al. (2010) plantean que recientes estudios revelan que el porcentaje de abandonos oscila entre el 23% y el 50% de los pacientes tratados en dispositivos ambulatorios. De esta manera, los pacientes cumplidores, son los que logran completar su tratamiento, y alcanzar los objetivos del mismo (Calvo Garcia et al., 2016). Así, de acuerdo a los datos arribados en este estudio, se puede concluir que más de la mitad de la muestra se encuentra en alto riesgo de abandono del tratamiento por encontrarse en el estadio Contemplación, etapa indicadora de falta de cumplimiento y participación con la consecuente falta de adherencia y dificultad para su retención. En cambio, se podría interpretar que el 45% de la muestra presenta mayor adherencia con alta probabilidad en la continuidad del tratamiento. Los hallazgos del presente estudio se sustentan en otras investigaciones realizadas. Por un lado, Fernández González et al. (2017) revelaron un porcentaje elevado de pacientes que se encontraban en el estadio de Contemplación, con incidencia de abandono y poca motivación para el programa terapéutico; y un porcentaje muy bajo en el de Mantenimiento con mayor adherencia. Asimismo, los resultados arrojados en el estudio de Plasencia Yasuda (2017), los factores de riesgo asociados a la baja adherencia fueron los sujetos hallados en la etapa precontemplativa; el estudio de Sánchez Jimenez (2018) evidenció que la mayoría de los sujetos (71%) se encuentran involucrados en el tratamiento con compromiso y adherencia por encontrarse en el estadio Acción. Del mismo modo, el estudio de Cevallos Pérez (2018), arrojó que quienes estaban en las etapas Precontemplativa y Contemplativa (40,1%) presentaban alta probabilidad de abandono, en tanto que más de la mitad de los pacientes (58,5%) mostraron mayor probabilidad de continuidad de tratamiento, por encontrarse en la fase Acción y Mantenimiento. En la misma línea, los resultados de Ramos Rivera (2016), arrojaron que más de la mitad de los pacientes prevalecieron con un buen nivel en la escala de Acción, lo cual indica que están motivados para el cambio y con buena disposición y adherencia para continuar su proceso de rehabilitación.

De acuerdo a todo lo expuesto, con la presente investigación se intentó analizar la relación entre la disposición para el cambio en que se ubican los sujetos con adicción a sustancias psicoactivas y la adherencia al tratamiento en el Hospital de Día de Rehabilitación de Adicciones Alas de Libertad Asociación Civil, ubicado en la C.A.B.A., tomando como base el problema en las fases del proceso de recuperación en pacientes drogodependientes, desde la concepción de la teoría del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente de las Etapas de Cambio. Los hallazgos de este estudio, en línea general, han sido consistentes con lo reportado por otras investigaciones, lo que ha permitido dar cuenta que los participantes que poseen mayor adherencia al tratamiento están determinados por las etapas de cambio en que se ubiquen, siendo las más seguras para la retención, el estadio de Acción y Mantenimiento. De este modo, se ha comprobado las Hipótesis causales planteadas en este estudio, a saber, por un lado, que el estadio de cambio en el que se encuentre el paciente con adicción a sustancias psicoactivas es un factor de incidencia para la adherencia al tratamiento; y, por otro lado, los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas que se encuentren en los estadios de Precontemplación y Contemplación constituyen un factor de riesgo para el abandono prematuro del tratamiento. Asimismo, se observó que la prueba URICA arrojó resultados específicos de los estadios de cambio de los participantes, que facilitarían el análisis y comprensión de conductas y cogniciones de los pacientes a través de su rehabilitación.

Por otra parte, este estudio, ha arrojado un valioso hallazgo, representando un aporte relevante en cuanto a que casi una tercera parte de los participantes coincidieron de forma significativa respecto a compartir simultáneamente dos estadios al momento de la aplicación de la prueba URICA; siendo este una importante contribución acerca de esta temática, ya que daría cuenta que dichos sujetos podrían encontrarse transitando una etapa de cambio hacia otra, sea tanto hacia un estadio superior, como inferior.

De acuerdo a los resultados arribados, se podría concluir que la predisposición para el cambio es vital para el establecimiento de un programa adecuado de tratamiento, donde es fundamental detectar en los dispositivos institucionales en que estadio se encuentra el

paciente con adicción a sustancias psicoactivas, y así aplicar estrategias que permitan que los sujetos evolucionen hacia estadios superiores, lo que representaría mayor seguridad de adherencia al tratamiento; incidiendo de este modo en cambios saludables del estilo de vida, manteniendo y mejorando la integración familiar, social y laboral de la persona con adicción a sustancias psicoactivas y dotándola de las capacidades y habilidades necesarias para prevenir posibles recaídas.

Adicionalmente, se pretende a futuro, brindar aportes al terapeuta para que pueda conocer a partir de la escala de evaluación del cambio (URICA), identificar los estadios de cambio en los que se ubican los pacientes que se encuentran en tratamiento, para que desarrolle los Procesos de Cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio, es decir, que los sujetos evolucionen hacia los estadios de Acción y Mantenimiento, evitando los bajos niveles de adherencia que constituyen el principal obstáculo que deben superar los centros de rehabilitación y los equipos de profesionales ligados a esta problemática.

Lo positivo que ha tenido la elaboración de esta investigación ha sido por un lado, el aprendizaje sobre el avance que existe en cuanto a investigaciones sobre adicciones a sustancias psicoactivas y causas posibles de adherencia a los tratamientos; y por otro, la ruptura del prejuicio instalado tanto en los profesionales de la salud mental como en la sociedad, acerca de que todas las personas que inician un tratamiento de rehabilitación, necesariamente adhieren al mismo y finalizan con alta institucional. La mirada del psicólogo/a resulta esencial para detectar pacientes que se encuentren en riesgo de abandono debido a la falta de predisposición para el cambio; desde su rol y con capacitación en adicciones, el profesional psicólogo/a podría ser una piedra fundamental para acompañar a estos pacientes y sus familias, pudiendo quizás evitar ese cruel final referido a la vuelta al consumo problemático, con la consecuente disminución en la curva de personas adictas a sustancias psicoactivas; que a su vez les permitan la construcción de un proyecto de vida. Asimismo, es menester destacar el amplio campo de desarrollo profesional de la psicología, habiendo quedado demostrado en esta investigación que la profesión trasciende los espacios de terapia individual, educativa y laboral, ya que la

realidad socio familiar actual conlleva a la necesidad de psicólogos/as especializados en diferentes áreas, entre ellas en adicciones de sustancias psicoactivas para que de modo interdisciplinario se realicen tareas en beneficio del bienestar de las personas de hoy con adicción a sustancias psicoactivas, que serán los adultos íntegros del mañana.

No obstante, como limitaciones de este estudio, una de las principales estuvo constituida, por la baja representatividad debido al tamaño reducido de la muestra, que impide hacer generalizaciones confiables; asimismo, se observan limitaciones metodológicas, particularmente, las insuficiencias en la construcción de las muestras, como el ser no probabilística, y la no incorporación de características de la población diana, por lo que posibles variables intervinientes no fueron controladas. Adicionalmente, otra limitación se refiere al instrumento utilizado para evaluar el estadio de cambio en que se encuentra el sujeto, Cuestionario autoadministrable URICA, dado que si bien se encuentra traducido al español, al estar conformada la muestra por varios participantes con deterioro cognitivo, sea por la cantidad de años de consumo y/o policunsumo, sea por patología dual, sea por el nivel educativo alcanzado, en algunos casos se dificultó la interpretación de los ítems considerada una barrera de acceso lingüístico o cultural. Por último, es conveniente destacar que los reportes de los participantes pueden no condecir o diferir con observables objetivos, ya que al ser estos datos auto administrados podrían contener información sesgada.

Complementariamente, se destacan como posibles recomendaciones que el muestreo debería lograr mayor representatividad a partir de un elevado tamaño muestral. Asimismo, se deberían aplicar más instrumentos que evalúen otras características para acceder a una mayor profundidad referida a la relación entre adicción a sustancias psicoactivas y adherencia al tratamiento. Por otro lado, se debió haber medido de modo específico y con mayor detalle variables como edad de inicio de consumo y la fase crítica de dependencia a sustancias psicoactivas; como así también cuestionarios de entrevistas en profundidad para obtener información más relevante y arribar a resultados más contundentes.

Finalmente, se destaca la importancia de realizar posibles nuevos estudios o bien, llevar a cabo otras líneas de investigaciones relacionadas con otras variables posibles de adherencia al tratamiento, que permitan asimismo, desarrollar esta temática con mayor exhaustividad, ya que si bien existen numerosos avances realizados, aún es esencial mejorar la detección, prevención y calidad asistencial para los afectados por esta patología y sus familiares, y lograr concretar así programas terapéuticos que atiendan las demandas de los sujetos con mayor eficacia.

Referencias

- Álvarez, A., Gutiérrez, L., Peón, S., Pérez, T. y Real, A. (2012). Adicción al cannabis y trastornos psicopatológicos asociados. *Psicología de las Adicciones*, 1, 18-24.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-V)*. Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Eds.) (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Socidrogalcohol.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos*. Enfoque Editorial S. C. Clayton, R.
- Calvo García, F., Costa, J. y Valero Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista española de drogodependencias*, (1), 41-55.
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias, recaída y prevención de recaídas*. Ediciones en Neurociencias.

Casete, L. y Climent, B. (2008). Guía clínica sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica: cocaína. *Sociodrogalcohol*.

Cevallos Pérez, D. A. (2018). Fases del proceso de recuperación de adicciones y tipo de reactancia psicológica en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, en el año 2018 (Bachelor's thesis, Universidad Tecnológica Indoamerica).

Cisneros, A. R. (2017). Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska. *Revista Oratores*, (1).

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). Uso de drogas en estudiantes de educación superior.

De la Salud, A. M. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: informe de la Secretaría* (No. A57/9). Organización Mundial de la Salud.

De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M. & de Rivera, L. (2014). Psychological reactance in psychiatric patients: Examining the dimensionality and correlates of the Hong Psychological Reactance Scale in a large clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 70, 85-91.

De las Cuevas, C. y Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de psicología y salud*, 7(1), 25-30.

Ejecutivo, C. (2017). La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas: informe de la Secretaría (No. EB140/29). Organización Mundial de la Salud.

- Evans, C. E. & Haynes, R. B. (1990). Patient compliance. In RE Rakel, R. (Ed.). *Textbook of Family Practice*, 371-379, USA WB Saunders Company.
- Farapi, S. L. (2009). Drogas y género. *Berdingune*, 1-31
- Fernández González C. y Monserrat M (2017). Motivación para el cambio en pacientes con trastorno por uso de sustancias. XVIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA INTERPSIQUIS.
- Flores, M. V., Faccio, C. O., & Luque, W. C. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de RHODE ISLAND (URICA): Validez y confiabilidad en drogadependientes. *Revista de psicología/Journal of Psychology*, 9(1), 52-59.
- González, M. A. (2020). Psicointeracción, herramientas y definiciones para el estudio de las adicciones¹. *Revista Científica de UCES*, 25(2).
- González, M. y Alasia, L. (2018). *Psicoterapia en Adicciones*. Ed. Moglia.
- Guber, V. (2015). Construcción y mantenimiento de la motivación para el cambio de las conductas adictivas con foco en el alcohol y otras drogas (AOD). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*.
- Guerra Jiménez, D. y Martínez Duque, B. (2017). La implicación de la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento.
- Gutiérrez, O. G., Martínez, I. P. y de la Torre Peña, G. (2015). Efecto de un Programa de intervención psicoeducativa en los procesos y estadios de cambio en pacientes policonsumidores. *PRESIDENTA SALA GENERAL*, 243.

- Han, B. C. (2017). *La sociedad del cansancio: Segunda edición ampliada*. Herder Editorial.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (No. 303 Sa475m Ej. 3 020330). McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mc. Graw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª edición. Mc. Graw-Hill.
- Ibáñez, E. L. y Álvarez, J. A. (2010). Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína. In *Comunicación presentada al 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*.
- Informe mundial sobre las drogas (2020). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Publicación de las Naciones Unidas, N° S.20.XI.6.
- Lopez-Goñi, J.J.; Fernández-Montalvo, J & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients characteristics. *The American Journal of Addictions*, 21, (1), 78-85.
- Marín Torres, J. y Quijada Caro, C. (2017). Drogas y género: una comparación del inicio del consumo de alcohol, tabaco y cannabis entre hombres y mujeres jóvenes en Andalucía. *ReiDoCrea, Monográfico 2017*, 44-53.
- Mastandrea, E. (2016). "¿De qué hablamos cuando hablamos de adicciones?". Artículo científico, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

- McHugh R. K.; Murray H W.; Hearon B.A.; Pratt E.M.; Pollack M.H. & Safren S.A. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *The American journal on Addictions/ American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 22, (1), 18–22.
- Medina-Pérez, Ó. y Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561.
- Miras, Y. F., Góngora, J. R. & Rodríguez, J. A. R. (2020). Modelo transteórico de cambio: Propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3), 21-28.
- Morales Moreno, A. (2020). Factores predictivos de la adherencia al tratamiento ambulatorio de conductas adictivas.
- Nations, U. (2019). World drug report 2018. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. *United Nations publication*.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2018). Informe 2017: *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. (Publicación ISBN 92 75 32579 0). OPS.

Plasencia Yasuda, R. R. (2017). Factores asociados a la baja adherencia al tratamiento en pacientes con dependencia de sustancias psicoactivas atendidos en el CADES HRDT en los años 2010 a 2014.

Poliansky, N., Gemini, D. & Gorlero, C. (2018). Determinantes de adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Terapia transteórica: hacia un modelo de cambio más integrador. *Psicoterapia: teoría, investigación y práctica*, 19 (3), 276.

Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1993). *Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. Recaída y prevención. Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Ediciones de Neurociencias.

Quillas Benites, R. K., Vásquez Valencia, C. y Cuba Fuentes, M. S. (2017). Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 126-131.

Ramírez, P., Álvarez, M., Cabello, D., Riquelme, A. & Guerra, M. (2018). Vínculo terapéutico, expectativas, impacto y adherencia al tratamiento según la percepción de los usuarios del Cosam puente alto en tratamiento por adicciones. *Rev GPU*, 14(2), 193-201.

Ramírez López, A. (2019). Aplicación de la perspectiva de género al tratamiento de la drogodependencia.

Ramos Rivera, C. I. (2016). El cambio en mi adicción. Tesis Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia (Universidad Iberoamericana Puebla).

Rekalde, A., & Plaza, C. V. (2005). *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAPV*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Salud, O. M. (2015). Organización Mundial de la Salud. *Obtenido de la Organización Mundial de la Salud*.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es.

Samaniego, C. (2005). El modelo Transteórico de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco. Congreso Virtual de Cardiología. Federación Argentina de Cardiología.

Sánchez, M. M. (2018). Alteraciones Provocadas por Sustancias Adictivas en el Sistema Nervioso Central en Humanos. Trabajo presentado en las *XII Jornadas Complutenses, XI*.

Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T. y Gallús, E. M. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159-166.

Sánchez Jimenez J. (2018). Auto-eficacia percibida en función del Estadio de Cambio en tratamiento ambulatorio de adicciones del COSAM Pedro Aguirre Cerda. Tesis de Grado en Psicología (Universidad Miguel de Cervantes Chile).

Santonja-Gómez F.J.; Sánchez-Hervás E.; Secades-Villa R.; Zacarés-Romaguera F.; García-Rodríguez O. & García-Fernández G. (2010). Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 9, (2), 93–98.

SEDRONAR, Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas, (2017). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Informe de Resultados N°1. Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional.

SEDRONAR, Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (2017). Resumen de los Resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas SEDRONAR.

Simpson D. D.; Joe, G. W. & Brooke K. M. (2002). A national 5 year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, (6), 538-544.

Sirvent, C., Moral, M. V. & Blanco, P. (2015). Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones.

<https://www.researchgate.net/publication/282606518>.

Sobre las Drogas, I. M. (2016). Organización Mundial de la Salud (OMS).

Zamora, P. B., Ruiz, C. S., y Ajuria, L. P. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.

Recursos bibliográficos extraídos de Internet

Observatorio Argentino de Drogas OAD. SEDRONAR (2009). *El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo.*

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EIConsumoZdeZDrogasZCo moZConsumoZCultural.ZAoZ2009.pdf>.

Observatorio Argentino de Drogas OAD (2010). *Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años. Argentina 2004-2010.*

http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/TendenciaZenZelZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZenZArgentinaZ2004-2010Z-ZPoblacinZdeZ16ZaZ65ZAosZ-ZAoZ2011_1.pdf.

Observatorio Argentino de Drogas OAD. SEDRONAR (2014). *Sexto Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2014.* Boletín N° 1: Patrones y magnitud de consumo: diagnostico a nivel país.

http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/AS_14337909681.pdf.

Observatorio Argentino de Drogas OAD. SEDRONAR (2016) *Manual de epidemiología*

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ManualZEPIDEMIOLOGA.pdf>.

Observatorio Argentino de Drogas OAD. SEDRONAR (2016). *Imaginario y discursos sociales en torno a las razones de no consumo/ no consumo de marihuana en jóvenes escolarizados no consumidores residentes de AMBA.*

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/imaginariosZcorreccionZ28Zdiembre.pdf>.

Observatorio Argentino de Drogas OAD. SEDRONAR (2017). *Análisis de los contextos individuales y sociofamiliares en jóvenes escolarizados y su relación con el consumo de alcohol y marihuana.*

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/AnlisisZdeZlosZcontextos.pdf>.

Observatorio Argentino de Drogas OAD (2017). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas.*

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2.pdf>.

UNODC. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017, Resumen, conclusiones y consecuencias en materias de políticas.*

https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf.

ANEXOS

Anexo I

Formulario de consentimiento informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad Psicología de UFLO Universidad, desean conocer la adherencia al tratamiento en adicciones basado en el Modelo Transteórico de Proschaska y Di Clemente. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre los estadios de cambio de los pacientes que se encuentran en tratamiento por adicciones en Alas de Libertad Asociación Civil, Hospital de Día. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto. Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento. Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar o a monica.g.ferrari@gmail.com

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:



Aclaración:

Aclaración: Mónica Ferrari

DNI:

DNI: 16055344

Fecha:

Protocolo N°:

Anexo II

URICA:ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO. UNIVERSIDAD DE RHODE ISLANDEdad:Tiempo que estás en tratamiento: Fecha: -----/-----/-----Edad inicio de consumo: Sexo:

F	M	Otro
---	---	------

Drogas de consumo:

Alcohol	Marihuana	Cocaína	Crack	Paco	LSD
Inhalantes	Sedantes	De diseño	Opioides	Tabaco	
Otros:					

Instrucciones: Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona durante un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con drogas.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Que yo sepa, no tengo problemas que necesite cambiar	1	2	3	4	5
2. Creo que podría estar preparado para mejorar algo en mí	1	2	3	4	5
3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome	1	2	3	4	5
4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
5. No tengo ningún problema. No tiene sentido que yo esté aquí.	1	2	3	4	5
6. Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, de modo que estoy aquí para buscar ayuda.	1	2	3	4	5
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.	1	2	3	4	5
9. He tenido éxito en el trabajo con mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo.	1	2	3	4	5
10 A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.	1	2	3	4	5
11. Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene nada que ver conmigo.	1	2	3	4	5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor.	1	2	3	4	5
13. Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.	1	2	3	4	5
14. Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar.	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y realmente pienso que debiera darle una solución.	1	2	3	4	5
16. No he perseverado como yo creía en lo que ya había cambiado, y estoy aquí para prevenir una recaída del problema.	1	2	3	4	5
17. Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema.	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez que resolviera mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por él.	1	2	3	4	5
19. Me gustaría tener más ideas respecto a cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5
20. He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda.	1	2	3	4	5
21. Quizá en este lugar puedan ayudarme.	1	2	3	4	5
22. Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado.	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así.	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien de aquí me pueda entregar buenos consejos.	1	2	3	4	5
25. Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo para cambiar.	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué las personas simplemente no olvidan sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad que yo pueda recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que pudiera tener una reaparición del problema que pensaba que ya había resuelto.	1	2	3	4	5
29. Tengo tantos problemas como cualquier persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos?	1	2	3	4	5

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.	1	2	3	4	5
31. Me gustaría asumir mis defectos, más que intentar cambiarlos.	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa.	1	2	3	4	5