

UFLO
UNIVERSIDAD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Facilitadores y barreras de la adherencia al tratamiento por consumo problemático de sustancias, desde la perspectiva de los profesionales tratantes

Estudiante: Sánchez Garayalde, Camila Desirée

Legajo: 25964

Director/es: Lic. Nahmod, Gustavo

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha 07/06/2024

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Neuquén 07/06/2024

Firma y aclaración del autor:

Camila Desirée Sánchez Garayalde 43114388



Índice

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
2.1 Delimitación del Objeto de Estudio.....	5
2.2 Objetivos.....	7
3. Estado del Arte.....	8
4. Marco Teórico.....	12
4.1 Consumo problemático de sustancias: Definición.....	12
4.2 Adherencia al tratamiento.....	13
4.3 Tratamientos y modelos de abordaje.....	15
4.3.a Psicoanálisis.....	16
4.3.b Terapia cognitivo conductual.....	18
4.3.c Modelo Transteórico.....	18
4.3.d Tratamiento comunitario.....	19
4.3.e Farmacológico.....	19
4.4 Modalidades asistenciales.....	19
4.5 Rehabilitación.....	21
5. Método.....	23
5.1 Diseño de Estudio.....	23
5.2 Muestra.....	23
5.3 Instrumento de recolección de datos.....	23
5.4 Procedimiento.....	25
6. Resultados.....	27
7. Discusión.....	39
8. Aportes y contribuciones de la Investigación.....	43
9. Limitaciones de la Investigación.....	44
10. Propuesta de Intervención.....	45
Referencias.....	47
Anexo.....	54

1. Resumen

Título: *Facilitadores y barreras de la adherencia al tratamiento por consumo problemático de sustancias, desde la perspectiva de los profesionales tratantes.*

Por las altas tasas de abandono que presentan pacientes de tratamientos por consumo problemático de sustancias, es que se pone en manifiesto la importancia de prestar atención al concepto de adherencia al tratamiento, debido a que, como sostiene la OMS (2003) el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los tratamientos pueden proporcionar a los pacientes, por lo que la adherencia al tratamiento se establece como un problema de salud pública. Esta investigación tuvo como objetivo relevar las características de la adherencia al tratamiento que se evidencia en pacientes que asisten a instituciones/centros de rehabilitación por consumo problemático de sustancias, desde la perspectiva de los profesionales tratantes. Se trató de una investigación de tipo cualitativa, no experimental, descriptiva y transversal en la cual no se manipularon las variables, se observaron y se describieron los fenómenos en su entorno natural, en un momento dado para posteriormente analizarlos. Se llevaron a cabo 14 entrevistas semiestructuradas a profesionales del campo de la salud mental. Los resultados encontrados arrojaron que la adherencia depende de muchos factores. A su vez se observó que existe una fuerte tendencia por parte de la mayoría de los profesionales tratantes a enumerar barreras que tienen relación directa con los pacientes, y que la perspectiva de los profesionales respecto a la abstinencia como objetivo del tratamiento, puede actuar como una barrera más a la adherencia.

Palabras claves: Adherencia al Tratamiento. Consumo Problemático de Sustancias.. Recuperación. Rehabilitación.

2. Introducción

2.1 Delimitación del Objeto de Estudio

Según el Informe Mundial sobre Drogas (2023), más de 296 millones de personas consumieron drogas en el año 2021. A su vez, el número de personas que padecen trastornos por consumo de drogas se ha disparado hasta los 39.5 millones, lo que supone un aumento de 45% en 10 años.

El uso de sustancias implica riesgo de sufrir consecuencias, tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo, el daño se presenta en distintos órganos y sistemas, a su vez incrementa el riesgo de sufrir accidentes o agresiones y de llevar a cabo conductas sexuales en condiciones inseguras. A largo plazo, el consumo favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, así como se presenta una pérdida de la capacidad de controlar su consumo, al mismo tiempo que afecta el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral y/o legal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

En esta misma línea, el National Institute On Drug Abuse (2020), detalla efectos por el consumo tales como, enfermedades pulmonares o cardíacas, cáncer y/o problemas de salud mental. Alerta además, sobre posibles problemas en la salud en quienes rodean al consumidor, por ejemplo, durante el embarazo o la lactancia provocando el Síndrome de Abstinencia Neonatal o por el humo de los cigarrillos o marihuana dando como resultado enfermedades como el cáncer de pulmón.

En Latinoamérica, según la OPS (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020) 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres sufren trastornos causados por el uso de drogas en algún momento de su vida. En Argentina, casi 1 millón y medio de personas presentan dependencia al alcohol u otra droga ilícita, presentando problemas de comportamiento, cognitivos y/o fisiológicos desarrollados luego del consumo repetido y prolongado de alguna sustancia psicoactiva (Global Burden of Disease Collaborative Network [GBDN], 2020).

Sumado a esto, el Censo Nacional de Centros de Tratamiento en Argentina (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas y de la Nación Argentina [Sedronar], 2018) plantea que del total de las personas que ingresaron en tratamiento durante el 2017, el 27% abandonó el tratamiento antes de finalizarlo y sólo un 9% pudo ser dado de alta. En relación a esto, 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). Los determinantes que inciden en la adherencia son múltiples y se relacionan no sólo con el paciente y sus particularidades sino también con las características 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 en los momentos iniciales conforman un obstáculo primordial (Poliansky, Gemini y Gorlero, 2018).

Esto expone que, la cantidad de personas que consumen a nivel mundial, continental y nacional es considerablemente alto, y que las consecuencias a nivel físico, mental y social por el consumo problemático de sustancias es grave. En este mismo sentido, de quienes realizan un tratamiento para abordar esta problemática, sólo un 9% logra ser dado de alta, y esto parece tener relación con la baja adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Por lo tanto, en razón a lo expuesto cabe preguntarse: ¿Cuáles son los facilitadores y las barreras de la adherencia al tratamiento por consumo problemático de sustancias, desde la perspectiva de los profesionales?

2.2 Objetivos

Objetivo General:

- Releva las características de la adherencia al tratamiento que se evidencia en pacientes que asisten a instituciones/centros de rehabilitación por consumo problemático de sustancias, desde la perspectiva de los profesionales tratantes.

Objetivos Específicos:

- Analizar cuáles son los facilitadores de adherencia al tratamiento en consumo problemático de sustancias.

- Identificar cuáles son los factores que actúan como barreras de la adherencia al tratamiento.

3. Estado del Arte

A continuación se expondrán una serie de antecedentes en los que se evidencia información sobre el estado actual del conocimiento respecto a la temática adherencia al tratamiento en pacientes de consumo problemático de sustancias. Se les otorgó, en su desarrollo, un orden cronológico, comenzando con la investigación más antigua y terminando con la más actual, se priorizaron aquellos estudios que tuvieran no más de cinco años de antigüedad y que fueran de tipo cualitativo. Predominan investigaciones realizadas en Latino América y que contemplan únicamente la experiencia y perspectiva de los pacientes.

En primer lugar, la investigación realizada por Sotomonte (2018) tuvo como objetivo identificar los factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de pacientes con trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias psicoactivas en una clínica psiquiátrica, en Colombia. Se realizó para ello, una investigación descriptiva de corte transversal. Se diseñó un instrumento de revisión de historias clínicas, de 54 pacientes, el cual incluyó diferentes dimensiones de adherencia al tratamiento. Los resultados reflejaron que pacientes con diagnóstico de patología dual, con múltiples problemas psicosociales, antecedentes legales, policonsumo, mayor tiempo de evolución de la enfermedad mental, antecedentes de habitabilidad en calle, maltrato intrafamiliar y antecedentes de consumo de sustancias en la familia indican mayor riesgo de no adherencia al tratamiento.

Por su parte, Setien (2018) realizó una investigación con el objetivo de analizar las prácticas y trayectorias de consumo de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas y su vínculo con el servicio de salud mental, retomando la perspectiva de género para comprender las dificultades que atraviesan estas mujeres en el acceso y la permanencia en tratamientos terapéuticos. El estudio tuvo un enfoque cualitativo con un diseño exploratorio descriptivo y comparativo, se utilizaron entrevistas semi-estructuradas a mujeres usuarias y profesionales del campo de la salud mental de un hospital de La Plata, Argentina. Como resultados, en relación a las barreras para la adherencia terapéutica, las usuarias manifestaron que existen demoras en los turnos para la admisión lo que hace que aparezcan recaídas, la carga horaria del dispositivo impide realizar las responsabilidades cotidianas, y la incomodidad que aparece en las terapias grupales. Por otro lado, los profesionales resaltan que, las mujeres tienen un mayor grado de adherencia al comienzo del tratamiento respecto a los hombres, ya que la maternidad y los roles tradicionales de género aparecen como un motivo para sostener el tratamiento.

Por otro lado, Ramírez et al (2018) se propusieron investigar sobre las percepciones que tienen los propios usuarios sobre diferentes aspectos de la atención y sobre las variables que ellos relacionan con permanecer o abandonar el tratamiento. Para esto se llevó a cabo una investigación de enfoque cualitativo. Se realizó una entrevista semiestructurada a residentes, mayores de 20 años, del centro COSAM, en Chile. Los principales resultados encontrados en cuanto a la percepción sobre las variables asociadas a la deserción fueron, la baja tolerancia a la crítica, la motivación extrínseca, la baja motivación al cambio de vida y hábitos, la respuesta reactiva del terapeuta ante actitudes negativas del usuario, y dificultades económicas. Por otro lado, los resultados respecto a la percepción sobre variables asociadas a la adherencia arrojaron que, para permanecer en el tratamiento es necesaria la motivación intrínseca, una disposición favorable a la interacción social, contar con apoyo familiar, el compañerismo y, el vínculo con los terapeutas.

A su vez, Calvo et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de definir los factores de riesgo asociados al cese temprano en un centro ambulatorio de España. El diseño fue transversal y observacional, se compararon las variables clínicas y sociodemográficas de la historia clínica entre los participantes con y sin adherencia. La muestra estuvo compuesta por 264 participantes, y el 34,8% de los participantes abandonó el proceso antes de 2 meses después de iniciar la terapia. Los resultados indicaron que, acudir a las citas sin compañía, ser mujer, presentar problemas con la cocaína y ser más joven son los factores que incrementan el riesgo de abandono temprano, mientras que acudir al servicio derivado de un centro básico de salud lo reduce.

Tiempo después, Giacinti et al (2019) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la adherencia terapéutica y los factores implicados, en pacientes con consumo problemático de sustancias, desde la caracterización de los usuarios y los profesionales. Para esto llevaron a cabo un estudio exploratorio/descriptivo con diseño mixto, utilizando dos cuestionarios ad hoc, historias clínicas y una grilla de observación. Participaron 31 usuarios y 6 profesionales (psicólogos y psiquiatras) de una institución psiquiátrica privada de Córdoba, Argentina. En cuanto a los resultados, detallaron que, la mayoría de los usuarios adhirieron al tratamiento, especialmente aquellos de sexo masculino, de 41 a 50 años, solteros y con secundario completo. Estos tuvieron apoyo social, recursos económicos, situación laboral activa y su creencia popular sobre el consumo no afectó al tratamiento. A su vez, contaban con

antecedentes de tratamientos anteriores y presentaron comorbilidad psiquiátrica. Esto concuerda con lo expresado por médicos psiquiatras, de sexo masculino, con edad entre 36 a 40 años.

En otra investigación, Jones y Cunial (2020) tuvieron el objetivo de analizar los roles de la dimensión afectiva en las experiencias terapéuticas que le asignan tanto las propias personas en tratamiento como quienes las atienden. Para ello, se entrevistaron 31 personas en tratamiento por consumo y 25 referentes terapéuticos de 25 instituciones que incorporan alguna dimensión religiosa en su propuesta terapéutica, en Buenos Aires, Argentina. El principal hallazgo de este artículo es que los tratamientos farmacológicos o psicológicos resultan insuficientes para brindar respuestas terapéuticas adecuadas. Y que las personas que los inician y logran seguirlos están atravesadas por una red de relaciones afectivas que funciona como motivación y soporte fundamentales. Así, llegaron a la conclusión de que, la adherencia supone una trayectoria dinámica y compleja en la que se acumulan saberes, y se apela a vínculos atravesados por la afectividad que colaboren a mantenerse en tratamiento y, sobre todo, a garantizar una buena calidad de vida.

De forma similar, Chacón Serrano (2020) tuvo como principal objetivo describir los factores que influyen en la adherencia del tratamiento, en los servicios de tratamiento ambulatorio que ofrece el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, en Costa Rica. Esta investigación tuvo un alcance descriptivo con metodología cualitativa. Para la recolección de los datos, se realizó una entrevista por medio de un cuestionario administrado a los usuarios. De los datos que se obtuvieron se evidenció que, uno de los principales factores de riesgo es el tiempo que ha tenido en ese consumo perjudicial. La periodicidad entre una cita y la otra resulta ser determinante para incentivar la permanencia en el tratamiento. Además, es importante mencionar que los pacientes alegaron que, una de las metas cuando ingresan a tratamiento es mantenerse en abstinencia total por lo que al presentarse la recaída abandonan el proceso terapéutico.

Durante el mismo año, Valenzuela Araujo (2020) tuvo como objetivo investigar sobre las características asociadas al abandono del tratamiento en pacientes farmacodependientes en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, Perú. Para ello, se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se obtuvieron datos de 94 pacientes hospitalizados, registrados en sus historias clínicas. Se elaboró una ficha de recolección de datos con variables sociodemográficas y características de importancia como abandono de tratamiento, tiempo de consumo, días de tratamiento recibidos, números de ingresos, tipo de sustancia, diagnóstico

psiquiátrico, entre otros. Como resultado principal, en relación al abandono al tratamiento, se encontró que del total de pacientes entrevistados, el 61% abandonó el tratamiento, lo cual se asoció a la cantidad de días de tratamiento recibidos y el número de ingresos al programa de tratamiento, es decir que, a más días de tratamiento recibidos hay mayores posibilidades de que el paciente no abandone.

Por otra parte, Ramirez Correa (2020) llevó a cabo una investigación en la se buscó identificar los principales factores asociados a la deserción de los residentes de un centro de rehabilitación de drogodependientes de Colombia, con entrevistas telefónicas a los desertores y presenciales a los directivos. Dicho estudio, tuvo un diseño fenomenológico a través de una metodología cualitativa. Como instrumentos se utilizaron entrevistas semiestructuradas, test proyectivos y actividades grupales. Como resultado se encontró que, el 43% de los desertores del 2018 abandonaron el tratamiento por poseer una creencia errónea de su bienestar mental. En cuanto a las razones para abandonar el tratamiento se encontraron los siguientes motivos: sensación de bienestar, relaciones personales e inconformidades con la institución y sus procedimientos.

Por último, Lucena (2021) realizó una investigación con el objetivo de conocer cómo influye la adherencia terapéutica en el tratamiento de la adicción al alcohol y cómo se relacionan los aspectos del proceso terapéutico para contribuir al éxito. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal. Se utilizaron las historias clínicas de 108 participantes, de un centro de España, diagnosticados con Trastorno por Uso de Alcohol (DSM-V, 2013). Los resultados revelaron que un alto número de usuarios finalizó el tratamiento (26.9%) y que tienen más probabilidad de finalizar el tratamiento aquellas personas que presentan consumo de alcohol, que acuden a todas las revisiones durante los tres primeros meses y no presentan ninguna recaída durante el mismo. Además, se observó que el número de drogas consumidas es otra variable predictora del éxito del tratamiento, es decir, a mayor número de sustancias consumidas por el paciente al inicio del tratamiento, menor probabilidad de finalizarlo tiene. Mientras que, por otro lado, observaron que ninguna de las variables sociodemográficas fueron predictoras de una mejora en la adherencia terapéutica.

4. Marco Teórico

4.1 Consumo problemático de sustancias: Definición

Se entiende por sustancias psicoactivas a aquellos compuestos naturales o sintéticos que generan sobre el sistema nervioso alteraciones, principalmente en las funciones que regulan las emociones y el comportamiento (OPS, 2017). De esta misma forma, Sedronar (2018) sostiene que las sustancias psicoactivas son todas aquellas que tienen acción sobre los seres vivos y que incorporadas al organismo producen un cambio.

Si bien el término “Adicción” sigue siendo utilizado por profesionales y el público general, desde la década de 1960 la OMS recomienda el término “consumo problemático” por sobre el término “adicción” (OMS, 1994, citado por OMS 2017). El cambio terminológico implica un traslado desde la idea de trastorno mental individual de base biológica a una concepción basada en las consecuencias del uso problemático para el individuo y su comunidad (Arteaga et al., 2020).

En relación a esto, el National Institute on Drug Abuse (2020), remarca la importancia que tienen los términos utilizados al hablar sobre esta problemática, y hace hincapié en utilizar palabras que pongan el foco en la enfermedad antes que en la persona que consume, para evitar así la estigmatización que puede llevar a que la persona no busque tratamiento. Propone entonces, utilizar “persona con un trastorno por consumo de sustancias” en vez de “adicto” o “persona en recuperación por consumo problemático” antes que “ex adicto”, de esta manera se busca poner el foco en que la persona tiene una enfermedad y no que, el individuo es la enfermedad.

En la República Argentina, según la ley 26.934 (2014), se considera consumo problemático cualquier conducta que no se puede controlar y que afecta negativamente la salud física, psíquica y/o las relaciones sociales de forma crónica. El consumo problemático se puede manifestar en relación a sustancias como el alcohol, tabaco, las drogas psicotrópicas, o a conductas como el juego, la tecnología, las compras, la alimentación o cualquier otro tipo de consumo que un profesional de la salud diagnostique como compulsivo. Contrariamente, se puede hablar de consumos no problemáticos cuando no afectan significativamente relaciones, actividades, etc. (Sedronar, 2018).

En este sentido, la OMS (2004) establece algunas características que se hacen presente frente al consumo problemático de sustancias, siendo estas: un poderoso deseo de consumir la droga, un deterioro en la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física.

En conclusión, un entendimiento amplio de la dependencia a las sustancias debe tener en cuenta no solo a los efectos farmacológicos que estas producen, sino también a su estrecha relación con determinados estilos de vida y otros factores causales como características genéticas y psicológicas, entornos sociales y experiencias personales (Kornblit y Mendes, 2004).

4.2 Adherencia al tratamiento

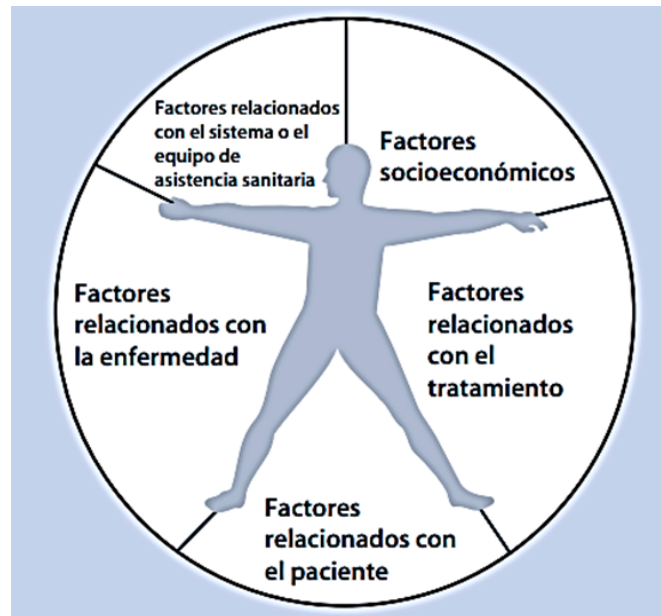
Rand et al. (1993), definieron Adherencia Terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. En esta definición, la adherencia implica la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones, otorgando así al receptor un papel activo. En consonancia con esta perspectiva, la OMS (2004) sostiene que los pacientes deben ser socios activos junto a los profesionales de la salud en su propia atención y, esa buena comunicación entre ambos, es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

En 1989, Sanchez y Brigos expusieron que la adherencia no sigue una secuencia lineal y que el fracaso en el tratamiento es, en muchas ocasiones, un aprendizaje hacia la retención. En este mismo sentido, Haynes y Sacket (1989, citado por Cruz y Galán, 2012) sostienen que la adherencia terapéutica es un fenómeno múltiple y complejo que implica muchas conductas. Según la OMS (2004), la adherencia comprende conductas como la propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, realizar cambios apropiados en el estilo de vida, y evitar conductas contraindicadas.

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras. Tanto Ortega Cerda et al. (2018) como la OMS (2004) sostienen que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional

determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, los cuales se detallan en la siguiente figura.

Figura 1



Nota: el gráfico representa las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica. Tomado de *Relación a la Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo, Pruebas para la Acción* (p. 27) Por la OMS, 2004.

La Adherencia Terapéutica, repercute de manera directa sobre el pronóstico, cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables (Jimenez et al., 2009). De esta manera, la identificación de factores que mejoren la adherencia se convierte en un objetivo terapéutico en sí mismo para mejorar este proceso (Lopez et al. 2016).

Llorente del Pozo y Fernandez (1999) afirman que, aunque hay evidencia que contradice esta idea, todavía se tiende a enfocarse principalmente en los factores del paciente como las causas de los problemas de adherencia terapéutica, mientras se descuidan los aspectos relacionados con el personal sanitario y los determinantes del sistema de salud. Estos últimos elementos, que conforman el entorno de atención sanitaria en el que se atiende a los pacientes, tienen un impacto significativo en la adherencia terapéutica.

Según la OMS (2004) no existe una estrategia de intervención universal que haya demostrado eficacia de manera uniforme para todos los pacientes, condiciones médicas y contextos. Debido a esto, las intervenciones, deben ajustarse a las especificidades relacionadas con la enfermedad. Para ello, los sistemas de salud deben evaluar con precisión no solo la adherencia terapéutica en sí misma, sino también los diversos factores que inciden en ella. Para lograr “medir” la Adherencia Terapéutica, existen diversas posibilidades, todas subjetivas. Sin embargo, no existe factor, es decir rasgo, estable alguno que la prediga de manera fiable.

En este sentido, la OMS (2017) afirma que diversos exámenes han revelado que, en países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes afectados por enfermedades crónicas presenta un promedio del 50%, mientras que en países en desarrollo es aún peor, dado el déficit de recursos sanitarios y las disparidades en el acceso a la atención médica. Conjuntamente, la adherencia terapéutica deficiente impide mejorar la salud de las poblaciones, produce despilfarro y subutilización de los recursos, causa complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad y reduce la calidad de vida de los pacientes.

Dilla et al. (2009), afirma que aumentar la efectividad de las intervenciones que abordan la adherencia puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos. Por todo lo expuesto, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población en todo el mundo ya que pueden ayudar a cerrar la brecha entre la eficacia clínica de las intervenciones y su efectividad cuando se las emplea (OMS, 2004).

4.3 Tratamientos y modelos de abordaje

La Ley N° 26.657 de Salud Mental en Argentina, sancionada en 2010, establece el marco legal para la atención de la salud mental en el país, promoviendo el respeto por los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. En su artículo 4 señala que “las adicciones deben ser consideradas desde una perspectiva integral y como parte de las políticas de salud mental”.

Entre los principales aspectos presentes en la ley están, el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, la atención integral e interdisciplinaria, priorizar los tratamientos ambulatorios fomentando la reinserción social y laboral, brindar la

información adecuada para que los pacientes puedan dar su consentimiento libre e informado, restringe la internación involuntaria y establece garantías y procedimientos específicos para la internación, garantiza el derecho de las personas internadas a comunicarse con sus seres queridos, promueve la desinstitucionalización y la creación de servicios de salud mental comunitarios.

En Argentina, toda intervención terapéutica debe realizarse dentro del marco del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos ([Plan IACOP]), una política pública promovida por Sedronar (2014). Este enfoque terapéutico, esencialmente multidisciplinario, tiene como propósito proporcionar una atención integral a individuos con consumos problemáticos, abordando sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Los objetivos del Plan IACOP son respetar la autonomía individual, evitar la estigmatización, priorizar los tratamientos ambulatorios, involucrar a la familia y al entorno social, y considerar la internación sólo como último recurso, cuando pueda aportar beneficios terapéuticos superiores a otras intervenciones disponibles. Además, este enfoque se rige por el modelo multidimensional y la estrategia de reducción de daños.

Más allá de estas directivas que marcan el camino ético y jurídico para intervenir, toda aproximación terapéutica tiene supuestos teóricos que definen el objeto de estudio, y guían en conjunto, las intervenciones que se llevan a cabo (Valduvico, 1995). Es por ello que se describen a continuación los principales marcos teóricos y su propuesta de intervención, a la hora de hablar de tratamiento para consumo problemático de sustancias.

4.3.a Psicoanálisis

Lutereau y Bellucci (2017) afirman que los trabajos en el campo del Psicoanálisis, enuncian que las adicciones tienen estrecha relación con la época actual. Su consumo masivo puede pensarse como un efecto al discurso capitalista, que supone un empuje a gozar. Aparece hoy, un sujeto lleno de objetos, pero extraviado en el goce. El abuso de sustancias tóxicas nos aproxima a otro tipo de goce, un goce infinito. La toxicomanía entonces, tiene que ver con el modo particular de gozar de cada sujeto, pudiendo así recurrir al uso de una sustancia en un momento de desestabilización fantasmática o en un momento de vacío de respuestas frente a lo que es el deseo y la demanda del Otro.

De esta forma, la droga tendrá una función de sustituto de la represión, y quien consume intentará con ella no pensar y a la vez separarse de aquello que lo angustia (Luongo, 1995, citado

por Lora y Calderón, 2010). En este sentido, Lacan (1975) sostuvo que la droga, es aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el falo, es esa ruptura la que caracteriza al goce en las toxicomanías. En la misma línea, Sotelo (2017) explica que la droga es, para el sujeto, la posibilidad de romper la relación con el goce fálico, y un modo de evitar el encuentro con la castración, con el deseo del Otro. Se trata, en este caso, de una modalidad de goce que pretende prescindir completamente del Otro.

El término “adicto” a modo de clasificación, no dice nada sobre la relación que el sujeto presenta con el objeto droga, de allí la necesidad de descifrar esa demanda que el paciente trae consigo (Sotelo 2007). Así entonces, el foco está puesto, desde este marco teórico, en la singularidad del sujeto, intentando ubicar en la adicción aquello que en un determinado momento se problematizó en la relación con el Otro (Sotelo et al. 2013).

Como sostienen Lora y Calderón (2010) para el psicoanálisis entonces, no hay una “definición” de lo que es una adicción o una toxicomanía, ya que la posición analítica no implica una descripción y clasificación de los síntomas o fenómenos que muestra el sujeto, sino que, el trabajo se realiza en relación a lo que es el sujeto del inconsciente y sus implicancias en relación al Otro. El psicoanálisis, toma en cuenta para el diagnóstico las tres estructuras, neurosis, psicosis y las perversiones, sin hacer de las adicciones, una estructura clínica en particular.

Entonces la importancia para el tratamiento desde el psicoanálisis, radica en la conjetura diagnóstica, así como de hacer una lectura sobre la función que la droga cumple (Lutereau, 2017). Según Staude (1998, citado por Lutereau y Belucci, 2017) luego de que el padre intervenga a modo de interdicción del goce incestuoso, debe darse para el sujeto, un campo de posibles atravesado por el movimiento del deseo. Teniendo en cuenta que el adicto ha fracasado en este punto, como analista, se debe soportar eso que es transferido, lo cual implica aceptar que se parte de un fracaso, y que cualquier movimiento que se produzca es una ganancia. Se trata de un trabajo de construcción, intentado ubicar cuáles son las circunstancias en las que el sujeto recurre al objeto droga y, a qué intenta responder con él.

A su vez, Lopez (2009) plantea que otras intervenciones deben estar dirigidas a crear un nudo de lo imposible de la castración a los posibles de la realidad, para que la restricción vaya acompañada de nuevas posibilidades. Ciertas operaciones involucran la dimensión legal, a modo de restituir la eficacia de la Ley del Padre, en cuanto al encuadre que propone para el tratamiento. Se hace presente, además, la necesidad del trabajo en relación a otros goces posibles a partir de cierta operación de renuncia. En el trabajo así efectuado, no hay que desestimar la

ubicación de las marcas significantes que podrían habilitar el pasaje del campo del goce al del deseo, y que en algunos casos harán posible la producción del síntoma. En resumen, el psicoanalista se pregunta primeramente sobre el uso que el sujeto hace de la droga, antes que sobre los medios para quitársela. Resulta importante, además, sostener el significante “toxicomanía” para referir la función que cada sujeto establece con un objeto droga, donde el cuerpo está colocado como lugar de goce, para sostener a un sujeto siempre responsable de su goce y de contar con la vida.

4.3.b Terapia cognitivo conductual

Según la Terapia Cognitiva Conductual el mantenimiento de la conducta de consumo se debe a la recompensa que recibe la misma, a través de las sensaciones agradables que se perciben al consumir. A su vez, su dependencia, depende de las propiedades químicas de las sustancias consumidas, ya que no todas las sustancias son igual de adictivas (Keegan, 2012).

Con diversas técnicas y estrategias propias de esta corriente, se busca que los pacientes logren, la identificación y modificación de creencias que exacerban el deseo de consumir, que logren mejorar los estados de afecto negativo, como la ira, ansiedad y desesperanza, que aprendan, además, a aplicar habilidades y técnicas útiles, y que puedan realizar cambios en su estilo de vida, más allá de la abstinencia. De esta forma, la meta ideal del tratamiento es la abstinencia completa, pero no se oponen a la filosofía de reducción de daños. Todo progreso en el sentido de la reducción del consumo y el daño asociado es bienvenido, por pequeño que sea (Beck et al. 1999).

4.3.c Modelo Transteórico

Prochaska y DiClemente (1983) crearon un modelo denominado Modelo Transteórico del cambio de comportamiento. Este explica el cambio de comportamiento según cinco variables: etapas y procesos del cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación. Estos autores, sostienen que el cambio implica una progresión a través de seis fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización.

En palabras de Prochaska y DiClemente (1986) la terapia de las conductas adictivas puede progresar de manera adecuada si tanto el cliente como el terapeuta están centrados en el mismo estadio de cambio. Su principal premisa es que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, lo cual permite planear intervenciones

y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural (Cabrera, 2000).

4.3.d Tratamiento comunitario

El tratamiento comunitario se define como un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas en una situación de exclusión social grave, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales viven. Sus principales objetivos son detener las conductas de autodestrucción, mejorar las condiciones de vida, e iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo (Romar y Arroqui, 2021). A diferencia de otros tratamientos, este proceso se lleva a cabo en la comunidad local y junto con la comunidad, en otras palabras, toma en cuenta el contexto en el que se dan las prácticas de consumo y apunta a prevenir los efectos que dichas condiciones pueden ocasionar (Capriati et al. , 2015).

4.3.e Farmacológico

Los fármacos en el tratamiento para adicciones funcionan de diferentes maneras, dependiendo del tipo de droga y la condición específica que se trata. Algunos fármacos pueden ser utilizados para tratar la dependencia física, mientras que otros pueden ayudar a reducir los síntomas de abstinencia y mejorar la función cognitiva. Es importante mencionar que no hay medicamentos disponibles para asistir en el tratamiento de la adicción a las drogas ilícitas, sino que, el tratamiento debe ser personalizado y contemplar las pautas de consumo de cada paciente y sus factores mentales y sociales relacionados con la droga (Nizama-Valladolid, Luna, y Cachay, 2019).

4.4 Modalidades asistenciales

Según Ramirez (2015) en Argentina, hay una variedad de dispositivos disponibles para el tratamiento del consumo problemático de sustancias, incluyendo hospitales, centros de día y grupos de apoyo de ex usuarios o consumidores, como Alcohólicos Anónimos. No obstante, el crecimiento de las comunidades terapéuticas ha sido notable. Estas comunidades tienen como objetivo facilitar la reintegración del usuario de drogas en la sociedad y enseñarles habilidades para la convivencia social.

Estas comunidades operan con una estructura jerárquica, en la que los miembros con más experiencia y los usuarios veteranos proporcionan orientación a los recién llegados, a quienes deben guiar, supervisar, cuidar y explicar las normas de la institución. Con el tiempo que los individuos pasan en la institución, se les asignan mayores responsabilidades y se espera que alcancen la abstinencia total y experimenten un cambio significativo en sus comportamientos.

Gracias a la formación de lazos casi familiares entre los miembros, estos pueden señalar a sus compañeros cualquier acción que les perjudique a ellos o a otros, proceso conocido como confrontación. La respuesta o retroalimentación, a cargo de un compañero o un terapeuta, puede variar según la gravedad de la conducta considerada inapropiada, como dejar platos sucios, levantarse tarde, responder de manera inadecuada, mentir o exagerar, entre otras. Así, esta retroalimentación puede darse en un tono amistoso o generar un ambiente tenso con gritos, acusaciones, humillaciones o insultos entre los miembros. (Ramirez, 2015)

En este enfoque, la comunidad juega un papel central como principal herramienta para promover el cambio social y psicológico en los residentes. En lugar de que un equipo de profesionales de la salud asuma la totalidad de la responsabilidad del tratamiento, en este modelo, tanto los residentes como los profesionales tienen roles equitativos en el proceso terapéutico. Así, cada residente se percibe a sí mismo como responsable no solo de su propio tratamiento sino también del de sus compañeros (Fiestas y Ponce, 2012).

En la misma línea, Franklin y Frances (2000, citado por Goñi, 2005), resaltan que las comunidades terapéuticas apartan al individuo del entorno de las drogas y enfrentan su actitud con el respaldo de sus familiares, haciendo hincapié en la toma de responsabilidad personal. Sin embargo, sólo los pacientes altamente motivados perseveran en el tratamiento, dado que se trata de programas sin sustancias y altamente organizados.

Por otro lado, si el tratamiento es ambulatorio, las condiciones pueden variar considerablemente según el nivel de riesgo en el que esté el individuo. Por lo general, se asigna tratamiento ambulatorio a aquellos con un riesgo potencial pero no inmediato. En función de esto, se establece la frecuencia con la que la persona debe acudir al centro, que puede ser varias veces a la semana, o con intervalos más amplios de hasta dos semanas o más. Este tipo de tratamiento está pensado para personas con problemas de consumo cuya funcionalidad cotidiana no se ve afectada, que han demostrado una mejoría luego de un tratamiento previo, y/o personas adictas con enfermedades mentales controladas (Volkow, 2001).

4.5 Rehabilitación

Durante años, tanto en su uso clínico como en el lenguaje coloquial, la recuperación fue pensada de manera análoga a curación, en el sentido de cese o ausencia de síntomas y discapacidades, para que el sujeto recupere la funcionalidad que existía previamente (Monsalve, 2013). En esta misma línea, Davidson y Gonzales (2017) sostienen que es común que las personas asuman que la recuperación de un trastorno mental tiene el mismo significado que la recuperación de otras condiciones médicas, debido a que la concepción de la recuperación en la investigación en psiquiatría ha seguido este enfoque por años, definiendo la recuperación como la ausencia total de síntomas y déficits.

Por otra parte, para Agrest, Cáceres, y Geffner (2024) la recuperación es considerada la experiencia vivida de la rehabilitación que realizan las personas con trastornos mentales, en este sentido si la rehabilitación corresponde a los servicios provistos para promover la recuperación, la recuperación es la que realizan las personas, en conexión o no de estos servicios. Por ello corresponde en el presente trabajo hablar de rehabilitación.

Actualmente la definición más utilizada, en este sentido, es la de William Anthony (1993, citado por Davidson y Gonzales, 2017). Este autor asegura que la rehabilitación es un proceso profundamente personal y único que implica modificar actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad.

En esta misma línea, este proceso implica asumir roles significativos, encontrando satisfacción en ellos (ya sea como estudiante, amigo, miembro de la familia), gestionar y controlar los síntomas de su malestar, fortalecer la sensación de autoeficacia y autonomía, tomar las riendas de su propia vida y mantener relaciones sociales significativas (Herrero, Hernandez y Smith, 2013).

En cuanto al rol que cumplen los profesionales, desde esta nueva perspectiva, se busca sustituir la relación de experto/paciente por una más cercana, en la cual el profesional adopte la posición de entrenador o compañero en el camino hacia el descubrimiento personal. Además, la familia y sus compañeros juegan un papel crucial en el proceso de recuperación y, por lo tanto, deben ser considerados siempre que sea posible (Davidson y Gonzales, 2017).

Los objetivos de los servicios de salud mental enfocados en la rehabilitación difieren, por ende, de los objetivos tradicionales de dichos servicios. Estos últimos se centran en el alivio de los síntomas y la prevención de recaídas. En el contexto de la rehabilitación, si bien la mejoría de los síntomas sigue siendo un aspecto crucial y puede desempeñar un papel fundamental en la recuperación del individuo, se otorga primordial importancia a la calidad de vida, valorada según la perspectiva del paciente (Shepherd, Boardman y Slade, 2008).

En línea con lo mencionado, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de la atención como el logro de un elevado nivel de excelencia profesional y satisfacción del paciente, minimizar los riesgos y utilizar de manera eficiente los recursos disponibles. La satisfacción se puede entender como el grado en que la atención médica y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del paciente (OPS 1996, citado por Agrelo et al. 2016).

Según Lozano Rojas et al. (2007) la percepción de satisfacción con respecto al tratamiento puede influir en su éxito, ya que es lógico suponer que los pacientes menos satisfechos podrían abandonarlo antes o reaccionar de manera diferente a las expectativas. Varios estudios indican que el nivel de satisfacción de los pacientes desempeña un papel crucial en la retención de aquellos con dependencia de drogas en los programas de tratamiento, los pacientes más satisfechos tienden a permanecer más tiempo en el tratamiento. Además, la duración del tiempo que los pacientes permanecen en el programa está vinculada a los resultados terapéuticos que se logran.

Realizar un tratamiento por consumo de sustancias, contribuye a resultados positivos. Según revisiones, la evidencia indica que no es preciso un tratamiento formal para lograr el cambio. Sin embargo, aunque alcanzar una abstinencia total no sea el desenlace más común, en términos generales, aquellos que han participado en algún tipo de tratamiento suelen reducir su consumo y experimentan mejoras en su calidad de vida. (McCrary, 2008)

5. Método

5.1 Diseño de Estudio

Para esta investigación, se optó por un enfoque cualitativo ya que este ofrece una mayor profundidad en los datos, diversidad, una interpretación rica, una contextualización del entorno, y detalles de experiencias singulares. Además, proporciona una perspectiva genuina, natural e integral de los fenómenos al mismo tiempo que ofrece flexibilidad. (Sampieri, Fernandez y Baptista, 2014)

Se trató de una investigación no experimental, descriptiva y transversal en la cual no se manipularon las variables, se observaron y se describieron los fenómenos en su entorno natural, en un momento dado para posteriormente analizarlos. De esta forma, las entrevistas se realizaron a profesionales tratantes que trabajan en centros de rehabilitación por consumo problemático de sustancias, con el objetivo de indagar sobre su perspectiva acerca de la adherencia al tratamiento.

5.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 14 profesionales tratantes de la salud que trabajan actualmente en diferentes centros o dispositivos que brindan tratamiento para pacientes con consumo problemático de sustancias, en las localidades de Neuquén y Centenario de la República Argentina. Se utilizaron como criterios de inclusión que fueran profesionales del área de salud, que trabajen en instituciones/centros dedicados a la rehabilitación de adicciones y que residan en la zona de alto valle. Fueron excluidas aquellas personas que no tuvieran aún el título habilitante.

5.3 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó como instrumento para la recolección de los datos, la entrevista, esta se caracteriza por ser más íntima, adaptable y abierta. Se describe como un encuentro para dialogar e intercambiar información entre dos individuos: el entrevistador y el entrevistado. Durante la entrevista, mediante las preguntas y respuestas, se establece una comunicación y se construyen

conjuntamente significados relacionados con un tema específico (Janesick, 1998, citado por Sampieri, Fernandez y Baptista, 2014).

Existen tres tipos de entrevistas, las estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. Para esta investigación, se empleó la entrevista semiestructurada, la cual utiliza una guía de temas o preguntas como base, permitiendo al entrevistador añadir preguntas adicionales para aclarar conceptos u obtener más detalles. Teniendo como objetivo, conocer o comprender con mayor precisión a través de la interpretación de las experiencias o fenómenos (Sampieri, 2018).

A continuación se expone la lista de preguntas, asociadas por categorías, a las que los profesionales respondieron:

Preguntas sociodemográficas:

1. ¿Cuál es su profesión?
2. ¿Cuenta usted con formación específica en el área de consumo problemático de sustancias? ¿Cuál?
3. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el área de consumo problemático de sustancias?

Tratamiento:

1. ¿Cuál es su marco teórico a la hora de trabajar con esta población?
2. ¿Qué tipo de tratamiento plantea la institución para la cual trabaja, en relación con el paciente con consumo problemático de sustancias?

Adherencia al tratamiento:

3. Desde su experiencia ¿Qué porcentaje de pacientes logran una adherencia al tratamiento?
4. ¿Cuáles son los factores que a su criterio posibilitan mayor adherencia al tratamiento?
5. ¿Cuáles son los factores que a su criterio obstaculizan la adherencia al tratamiento?

Rehabilitación:

6. ¿Cuáles son las variables que favorecen la rehabilitación de los pacientes?
7. ¿Cuáles son las variables que desfavorecen o impiden la rehabilitación de los pacientes?

Cambios en el tratamiento:

8. ¿Considera usted que debería realizarse alguna modificación en el tratamiento planteado por la institución?
9. Si es así ¿cuáles?

Experiencia personal:

10. ¿Cuál es el mayor desafío que se le presenta a la hora de trabajar con pacientes con consumo problemático de sustancias?
11. ¿Qué es lo más reconfortante de trabajar con esta población?

5.4 Procedimiento

La administración de las entrevistas se llevó a cabo de manera presencial, con una primera entrevista de prueba. En una primera instancia, se contactó a los profesionales tratantes por medio de mensaje privado, consultando si les interesaba participar, explicando junto a esto los objetivos de la investigación y mostrando el consentimiento informado, el cual resalta que la participación es voluntaria, que pueden dar por finalizada la entrevista en cualquier momento, y que los datos son confidenciales, lo cual contribuye al empoderamiento y autonomía del entrevistado (Losada, 2014). Una vez que aceptaron, se pactó fecha y hora.

Se realizó una primera entrevista de prueba, con el objetivo de constatar si las preguntas eran adecuadas según el objetivo de la presente investigación y observar además, si el entrevistado lograba una adecuada comprensión de la misma. Se informó de esto al profesional, presentando además el consentimiento informado correspondiente. Esta entrevista se desarrolló en el consultorio del profesional, en fecha y hora de su conveniencia.

Las entrevistas siguientes, se realizaron en los respectivos centros en los que trabajan los profesionales tratantes, para ello se pidió la autorización correspondiente y se explicó la finalidad de la investigación. Las distintas instituciones dispusieron de un espacio o consultorio para poder desarrollar la entrevista con aquellos profesionales tratantes que aceptaron participar. El tiempo promedio de las entrevistas fue de 30 minutos.

6. Resultados

A continuación se detallan las características de los profesionales participantes, detallando su profesión, si cuenta o no con formación específica en el área de Rehabilitación de Consumo Problemático de Sustancias, el tiempo que lleva trabajando con pacientes con consumo problemático de sustancias y su marco teórico a la hora de trabajar con esta población.

Tabla 1 - Características de la Muestra

Entrevistados	Profesión	Cuenta con formación específica	Experiencia en el área	Marco teórico
Profesional 1	Lic. Psicología	Si	3 años	Cognitivo-conductual
Profesional 2	Psicólogo/a social	Si	30 años	Cognitivo-conductual
Profesional 3	Psicólogo/a social	Si	5 años	Mi experiencia
Profesional 4	Lic. Psicología	Si	1 año	Cognitivo-conductual
Profesional 5	Psicólogo/a	Si	2 años	Psicoanálisis
Profesional 6	Tec. Superior en psicología social	Si	7 años	Cognitivo-conductual
Profesional 7	Lic. Trabajo social	Si	5 años	Biopsicosocial
Profesional 8	Psicólogo/a	Si	1 año y medio	Psicoanálisis
Profesional 9	Médico	No	+ 20 años	Ley Salud Mental
Profesional 10	Psiquiatra	No	1 año	Psicoanálisis
Profesional 11	Psicólogo social	Si	11 años	Ley salud mental

Profesional 12	Psicólogo/a	No	1 año y medio	Psicoanálisis
Profesional 13	Médica	No	2 meses	Modelo médico
Profesional 14	Psiquiatra	Si	6 años	Salud pública

A continuación se exponen las categorías en las cuales se dividieron los resultados encontrados en las entrevistas realizadas.

Categorías	Respuestas
Tratamiento	<p>“El tratamiento es voluntario, de acuerdo a la ley de Salud Mental” (Entrevistado 1). “Es un equipo interdisciplinario” (Entrevistados 1, 7 y 8). La interdisciplina ordenada por ley, te interpela a revisar las prácticas de cada uno también. Compartir todos los días. Es el trabajo con los compañeros, solo no lo haces, te vuelve loco” (Entrevistado 14).</p> <p>“Hay tratamientos de mayor contención o de mayor complejidad y va paulatinamente a los de menor contención y complejidad” (Entrevistado 1). “El tratamiento tiene una estructura súper rígida, está marcado todo lo que tienen que hacer desde que se levantan hasta que se acuestan” (Entrevistado 2). “Es un lugar donde en algún punto están en una burbuja por cuatro o seis meses” (Entrevistado 6).</p> <p>“Es una comunidad terapéutica, el usuario que ingresa a tratamiento permanece internado o en residencia durante un</p>

determinado periodo de tiempo y también está la otra opción, el tratamiento ambulatorio” (Entrevistado 7).

“Los pacientes de adicciones van pasando por diferentes etapas a medida que van mejorando, apenas ingresan hay una etapa de adaptación, después pueden empezar a trabajar en grupo, seguido de la comunidad terapéutica y por último se busca la reinserción social” (Entrevistado 9).

“Todo el primer tiempo es eso de recuperar hábitos, adaptarte a vivir en comunidad con reglas, con límites, comunicarse de otra manera. Luego viene todo un periodo en el que trabajas mucho tu interior, valores, historia de vida, etcétera. En la tercera parte que es donde yo me involucro, en lo grupal, se trabaja la revinculación, con la familia” (Entrevistado 7).

“Se trabaja en grupo porque los pacientes se ven como espejos, pueden elaborar un montón de conocimientos gracias a las diferencias” (Entrevistado 9).

“Desde hace un tiempo atrás venimos con toda la incorporación de la perspectiva de género, las cuestiones de la discapacidad, las nuevas masculinidades, todos esos temas los fuimos trabajando” (Entrevistado 7).

“El tratamiento en sí, lamentablemente no es para todos. Lo puede hacer cualquiera pero no es para todas las personalidades, ni podría haber alguien que tenga alguna discapacidad” (Entrevistado 6).

“No hay una política pensada sobre las adicciones, tampoco sobre la salud mental. Hay una ley de salud mental, pero de ahí a que se pueda decir que el país trabaja bajo cierto paradigma, me parece que no, me parece que eso queda muy sujeto a cada lugar, y en el caso este, a cada profesional”. “Si vos preguntas a cualquiera, ¿cuál es el tratamiento de las adicciones? Nadie lo va a saber

	<p>responder. Porque tampoco hay uno, hay gente que sale a través de la religión, hay gente que sale con una internación prolongada, hay gente que sale yendo al psicoanalista, hay gente que sale tomando medicación”. “Todos los intentos de tratamiento son apuestas que me parece que se van haciendo, bueno, a medida que van fracasando las anteriores”. “No sabemos cuál es el tratamiento en las adicciones, porque cuál sería el éxito del tratamiento ¿que deje de consumir? y no lo sé, depende, porque tal vez con eso la matas a esa persona. Muchos tratamientos son exitosos en tanto se logra que la persona deje de fumar crack y pueda fumar marihuana. O que deje de ser adicto a algún tipo de sustancias de estas ilícitas, como se las llama, y tome benzodiazepina, pero va a ser una adicta a la benzodiazepina”. (Entrevistado 10)</p> <p>“El tratamiento se acomoda, digamos, o tratamos de acomodarlo a la necesidad de cada persona”. “Es una atención específica de adicciones, pero que incluye, digamos, a la persona integral”. (Entrevista 11)</p> <p>“Acá (salud pública) tenemos libertad para armar y desarmar, poder acomodarnos a cada situación, eso a mí me reconforta, porque da la posibilidad de que cada persona pueda sostener el tratamiento” (Entrevistado 11).</p> <p>“Es tanta la necesidad básica que hay, que por ahí lo difícil es tener que resolver eso, antes de pensar cualquier tratamiento” (Entrevistado 13).</p>
<p>Cambios en el tratamiento</p>	<p>“Se fue adaptando a lo largo de los años también porque antes era un tratamiento muy militarizado, hoy por hoy se trata de adaptar lo que más se puede. Pero no acuerdo en que se vaya la esencia de lo que es en sí, la función de ese espacio, ¿a qué voy con esto? de que se flexibilicen ciertas cuestiones porque si no, no</p>

podrían convivir, no podrían, sería una colonia de vacaciones” (Entrevistado 6)

“Hay cosas que son muy viejas y hay cosas que nosotros queremos flexibilizar demasiado y nos vamos al otro extremo, de dejarle pasar todo al paciente” (Entrevistado 2).

“Cambiaría esto del armado de redes cuando la persona, por ejemplo no desea vincularse nuevamente con un contexto disfuncional o con su propia familia, es un arma de doble filo, porque uno por ahí no conoce ese contexto o por ahí van manipulando o moldeando esa red que uno desconoce y que no sabe si realmente son funcionales para la recuperación. Pero bueno es apostar a lo que va trayendo cada paciente también” (Entrevistado 1).

“Me gustaría que el nivel de edad sea más bajo porque el chico consume desde muy temprano ahora y se lo podría rescatar antes” (Entrevistado 3).

“Para mí sería importante que pasen por un periodo de internación primero en vez de elegir el dispositivo y hacer de cuenta, porque hacer de cuenta no es hacer” (Entrevistado 4).

“Salud pública se ocupa de cuestiones que no sé si le competen tanto, se termina ocupando salud porque no hay otras áreas que se ocupen. Por ejemplo, trabajar con una persona en situación de calle con adicciones, porque no tiene ningún tipo de sentido pensar que el problema de esa persona es la adicción. Es una persona que no tiene techo y no tiene comida, y te dicen cosas como "yo no puedo tomar medicación porque si me duermo en la calle me roban todo, me violan" o muchas veces consumen para no pasar frío” (Entrevistado 10).

“Entonces los nuevos problemas sociales y luego el consumo también cambiaron claro implican repensar los nuevos

	<p>consumos de sustancias y los nuevos consumos de todo en esta época implican repensar las intervenciones” (Entrevistado 12).</p>
<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>“Tiene que ver con lo que es la conciencia del consumo problemático. Depende de la problematización que tenga la persona sobre su consumo, su situación y su decisión” (Entrevistado 1). “Es relativo, el que quiere cambiar. Porque muchos están porque los padres los llevan, porque la mujer lo obliga, porque el trabajo le pide que haga un tratamiento” (Entrevistado 3)</p> <p>“Yo considero que es prácticamente nula o que el 10% adhiere y no es real porque en realidad los motivos por los que consultan inicialmente no, no son tan fuertes para buscar el cambio entonces capaz que inician un tratamiento, pero en realidad no buscan el cambio hasta que tienen una recaída fuerte problemas sociales, penales o familiares, entonces ahí recién quieren acceder a una intervención, por ejemplo, en un hospital de mediodía o una internación” (Entrevistado 4)</p> <p>“Los que más se han corrido de su tratamiento en este último tiempo son los de modalidad extremadamente ambulatoria” (Entrevistado 1)</p> <p>“Siempre es muy bajo el porcentaje” (Entrevistado 9). “Son 20 pacientes, y de esos veinte, adherencia es decir que empiezan y terminan, ocho es muy poco” (Entrevistado 6). “Desde mi experiencia un 70%. Pero esto no significa que todos logren el alta” (Entrevistado 5). “Hay una gran deserción al tratamiento. Y entiendo que más o menos un 50% o un poquito más, deja. O van y vuelven, más intermitencia, digamos. No tanto abandono total” (Entrevistado 13). “Está entre el 35 y el 50 por ciento” (Entrevistado 14).</p>

	<p>“No tenemos estadísticas. Yo creo que eso se mide en el tiempo” (Entrevistado 11). “Yo no podría decir como un porcentaje. Es irresponsable darte números porque no los hice” (Entrevistado 12). “Ahí se complica porque me parece que hay que delimitar lo que es la adherencia al tratamiento, nosotros (en salud pública) hacemos como seguimientos muy largos. O sea, la pregunta es, ¿existe el fin del tratamiento en salud pública?” (Entrevistado 12).</p> <p>“Yo no creo en la adherencia al tratamiento, no te lo podría responder porque me parece que hablar de adherencia al tratamiento es poner al paciente como un chivo expiatorio, cada vez que algo no sale como está pensado por el profesional se habla, o sea, el paciente deja de venir y demás, se dice que el paciente no adhiere al tratamiento. Es un eslogan muy médico, ¿No? Porque, bueno, la medicina plantea que, la medicina supuestamente tiene el saber de qué es lo que tiene que hacer alguien para curarse” (Entrevistado 10).</p>
<p>Factores que facilitan la adherencia</p>	<p>“La red de contención, ya sea familiar, amistad, laboral, pero que haya alguien que pueda estar acompañando” (Entrevistado 1). “La red de contención. La red familiar, la red vincular, la red social, sostiene” (Entrevistado 7). “La contención familiar. Que la familia también entre en el tratamiento” (Entrevistado 9). “Otra cosa que funciona son las redes” (Entrevistado 11). “Es mucho la red. Digamos, que tengan una familia que incentiva o acompañe” (Entrevistado 13).</p> <p>“La conciencia del consumo y la tolerancia a la frustración” (Entrevistado 1). “La convicción que uno tiene de querer salir”(Entrevistado 2). “Cuando tocan fondo, te hace hacer un clic y decir bueno basta” (Entrevistado 3). “El interés por cambiar” (Entrevistado 4). “La voluntad del paciente para hacer el</p>

	<p>tratamiento, sin condicionamiento externo” (Entrevistado 5). La predisposición genuina” (Entrevistado 12).</p> <p>“Que se genere la alianza terapéutica para mí es algo fundamental, porque si eso no está y la persona va a tener resistencia” (Entrevistado 1). “La relación terapéutica, que se logre una transferencia positiva con el analista” (Entrevistado 5). “El involucramiento de los profesionales” (Entrevistado 11). “Darle valor a la palabra, reemplazar poco a poco ese lugar que vino a ocupar el objeto de consumo y alojar la angustia” (Entrevistado 8).</p> <p>“Un trabajo pensado en cada situación, en lo singular de la situación” (Entrevistado 10).</p> <p>“También, variables socioeconómicas como techo, alimentación, vestimenta, es decir, las necesidades básicas satisfechas” (Entrevistado 12).</p>
<p>Barreras de la adherencia</p>	<p>Un entorno disfuncional en la persona, por ejemplo, si hace hospital de día y vuelve siempre al mismo contexto es más complejo porque la persona está luchando contra su patología y encontrándose siempre con la misma piedra (Entrevistado 1)</p> <p>Si vuelven al mismo ambiente y no resuelven los problemas de su historicidad, sus problemas interpersonales. A los 15 días están internados de vuelta. (Entrevistado 9)</p> <p>Los familiares, porque para una persona que se encuentra de lunes a viernes internada, que los familiares, por ejemplo, le digan que hay cosas que no pueden mejorar (Entrevistado 2). Si tienen una red de contención que no va encaminada con lo que es el tratamiento obviamente ese paciente va a fracasar si él manipula a la familia y la familia no pone límites. (Entrevistado 3). Muchas veces las familias no colaboran o entorpecen o quieren que les des la solución mágica y no existe una solución mágica (Entrevistado</p>

4). El choque con la familia, que se encontraron con una persona distinta, pero que no le creen (Entrevistado 9). A veces la ausencia de esa red, sumado a la ausencia de un proyecto de vida (Entrevistado 7).

La personalidad del paciente, suelen ser pacientes muy complejos, muy reacios a los cambios, pueden ser agresivos e impulsivos, esas cualidades negativas, obstaculizan muchísimo (Entrevistado 4). Pacientes que por ahí tienen un ideal, vamos a decirlo muy alto, y la realidad es otra (Entrevistado 4). Que no logren transferencia con su analista, eso es fundamental (Entrevistado 5).

Si no fuiste honesto en el transcurso del tratamiento la recaída es inevitable (Entrevistado 6). Cuando su tratamiento inicia por razones externas (Entrevistado 5). Por lo que quieren dejar no es el real motivo, “quiero dejar para lograr estar limpio tres meses, conseguir un trabajo en una empresa y seguir consumiendo” (Entrevistado 4). La no conciencia de enfermedad, y en algunos tampoco hay demanda. Están ahí o por un certificado médico, o porque tienen que cumplir alguna condena, y para no ir presos prefieren estar haciendo un tratamiento, pero no hay adherencia (Entrevistado 6).

Uno de los mayores problemas es querer universalizar modelos de intervención descuidando la particularidad del caso. (Entrevistado 8). No existe la indicación mágica, entonces, el paciente que no se adhiere al tratamiento será porque no le interesará, será porque no se ha dado en la tecla, será porque no hay alguna demanda, será porque lo que él necesita no se le está ofreciendo (Entrevistado 10).

	<p>Desocupación, pobreza, ruptura de lazos familiares, delincuencia, digamos (Entrevistado 12). El acceso tan fácil y rápido que hay a la droga (Entrevistado 13).</p>
<p>Rehabilitación</p>	<p>La rehabilitación sería que el paciente esté en abstinencia completamente, que no consuma hace varios meses. Que más allá de si tiene una recaída, que pueda realmente entender cómo surgió esa recaída (Entrevistado 4). Y tengo la esperanza de que ocurra. Lo pienso como abstinencia (Entrevistado 13). Que puedan insertarse socialmente, familiarmente, que puedan mantener un trabajo y que encima puedan tener una vida un poco más ordenada con un control o regulación emocional y conductual, ya con eso estamos teniendo una ganancia importante, no obstante, esta enfermedad, por decirlo de un modo, es para toda la vida (Entrevistado 4).</p> <p>Lamentablemente de diez que salen, dos se gradúan, o a veces el ver que aunque no se gradúen volvieron a sus trabajos, recuperaron a su familia, volvieron a tener una vida, un poco más sana, no sé quizás consumen, pero ya no al grado que los llevó a estar ahí adentro y pueden hacer un ambulatorio (Entrevistado 6).</p> <p>Cuando se recupera algo esencial como lo es un techo ahí se puede avanzar sobre otra cosa, no es algo lineal, pero sí se van recuperando cosas de a poco, algunos recuperan más y otros menos. (Entrevistado 11)</p> <p>La rehabilitación es una fantasía. Es una zanahoria que igual se inventa en la persona porque tiene que creer en algo. Pero no, no hay recuperación. Lo que vas haciendo es acompañando un proceso. Y a lo largo de la vida hay que aceptar que se pueden dar recaídas y vas a tener crisis. Hay todavía una parte de la población que llega con esta idea de la recuperación. Y eso también hace que la</p>

descuides, te relajes, se relajen. Y en realidad hay que estar siempre en alerta (Entrevistado 14).

Y lo que favorece, creo que es la voluntad de realizar el tratamiento por decisión propia. También, la relación con el terapeuta; y sumaría la relación con el grupo de pares, eso (Entrevistado 5). El deseo de cambio. Que se sienta cómodo con la modalidad, por ejemplo, lo que es la modalidad de la comunidad terapéutica (Entrevistado 1). Creo que lo mismo que la adherencia, porque si no hay adherencia no logran recuperarse, digamos, entonces sería la red de contención. (Entrevistado 7). A mi criterio son la red vincular, pilar importantísimo (familia/amigos), la psicoeducación para transformar hábitos saludables y herramientas terapéuticas para sortear lo que la abstinencia genera. (Entrevistado 8)

Lo que la imposibilita la recuperación es la obturación de la palabra, los contextos y vínculos de consumo. (Entrevistado 8)

Tendríamos que preguntarnos ¿qué quiere recuperar el paciente? Hay personas en determinados cuadros psicopatológicos que el consumo digamos esporádico le otorga un montón de imposibilidades y fenómenos sensorio-perceptivos que le causa mucho sufrimiento y está asociado una descompensación digamos de su cuadro, entonces ahí hay que pensar ¿abstinencia total o él puede gestionar ya sus consumos? ¿Hasta dónde quiere llegar cada uno? ¿Qué puede preguntarse cada uno de los pacientes? (Entrevistado 12). Hay que ver qué es lo que queremos recuperar, ¿no? Es interesante hasta la palabra. Porque, por ejemplo, siempre se habla de la rehabilitación. Y en realidad, uno no busca habilitar algo nuevamente, porque no hay algo que se haya deshabilitado, no es rehabilitar algo. Tampoco hay nada para recuperar, están mal puestas las palabras, están mal pensadas. (Entrevistado 10)

Me parece que habrá que ver en cada situación, de nuevo, el mismo trabajo de ver qué es lo que sucede con esa persona, qué es lo que está demandando, qué es lo que está necesitando. No sería recuperar nada, sino sería algo un poco más dinámico, de ver qué nuevas cosas pueden aparecer, más que recuperar lo pasado. (Entrevistado 10). Creo que pasa por construir un lazo desde otro digamos, que lo... Que lo conecte más con la vida, con prácticas relacionadas con la vida y no con la muerte. Relacionado más con el placer y no con el goce (Entrevistado 14).

7. Discusión

Respondiendo a la pregunta de investigación y teniendo en cuenta los objetivos específicos, los facilitadores de la adherencia al tratamiento, a partir de los resultados encontrados son, en primer lugar, la red de contención, ya sea familiar, amistad, o laboral. Seguido por, la conciencia de consumo, la tolerancia a la frustración, la convicción, el interés y predisposición genuina, la voluntad y que las necesidades básicas de los pacientes estén satisfechas. Además, que se genere alianza terapéutica, que haya una transferencia positiva con el analista, dar valor a la palabra, alojar la angustia y que haya un trabajo pensado en la singularidad del paciente, tal como plantean diferentes autores (Ramírez et al, 2018; Giacinti et al, 2019; Jones y Cunial, 2020).

De esta misma forma, cuando se preguntó por los factores que favorecen la rehabilitación, las respuestas fueron similares a los facilitadores de la adherencia, agregando el deseo de cambio, la relación con pares, la psicoeducación y que el paciente logre conectar más con la vida, con el placer y menos con el goce, en relación a esto no se encontró bibliografía que concuerde.

En contraparte, los resultados arrojaron que, los factores que actúan como barreras de la adherencia al tratamiento son, la motivación extrínseca, siendo esta la respuesta que más se repitió, seguido del entorno disfuncional con el que se encuentran todos los días, si se trata de un tratamiento ambulatorio, o los fines de semana si se trata de modalidad de comunidad terapéutica, la personalidad del paciente, si son agresivos, impulsivos o reacios a los cambios. Que el tratamiento no sea el adecuado para ese paciente en particular, o que se quiera universalizar el tratamiento descuidando la particularidad del caso. En esta misma línea, Ramírez Correa (2020) sostiene en su investigación que las relaciones sociales e inconformidades con la institución presentan un riesgo para la adherencia al tratamiento.

En base a esto, se vislumbra una fuerte tendencia por parte de la mayoría de los profesionales tratantes a enumerar barreras que tienen relación directa con los pacientes, en este sentido, Llorente del Pozo y Fernandez (1999) sostienen que aunque hay evidencia que contradice esta idea, todavía se tiende a focalizar en los factores del paciente como las causas de los problemas, descuidando los aspectos relacionados con el personal sanitario y los determinantes del sistema de salud, y estos últimos tienen un impacto crucial en la adherencia.

En cuanto a las características de la adherencia al tratamiento, la OMS (2004), afirma que la adherencia tiene diferentes dimensiones, entre ellas factores relacionados con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente, con el equipo o sistema sanitario y con su posición socioeconómica. En este sentido, los resultados arrojaron que la adherencia depende de muchos factores, siendo algunos de ellos, la problemática que tenga la persona con el consumo, su situación socioeconómica, qué tan decidida esté a dejar de consumir, si la motivación es propia o ajena, y qué tipo de tratamiento elige y puede ofrecerle la institución.

En cuanto al porcentaje de pacientes que logran una adherencia, los resultados encontrados fueron variados, la mayoría de los entrevistados plantearon que es prácticamente nula o que es muy bajo el porcentaje, mientras que otros sostuvieron que un 50% o más, pero esto no significa que todos logren el alta. Estos resultados coinciden con lo que establece Sedronar (2018), el cual plantea que del total de las personas que ingresaron en tratamiento durante el 2017, el 27% abandonó el tratamiento antes de finalizarlo y sólo un 9% pudo ser dado de alta.

Teniendo en cuenta las investigaciones que componen el estado del arte, los resultados encontrados difieren con las de Irreño Sotomonte (2018) y Calvo et al. (2018). Por otro lado, la investigación de Lucena (2021) sostiene que ninguna de las variables sociodemográficas fue predictora de una mejora en la adherencia terapéutica, esto concuerda con los resultados del presente estudio.

Los resultados de la categoría tratamiento exponen que tal como lo plantean las leyes N° 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental” y N° 26.934 “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos”, de la república Argentina, los tratamientos son voluntarios, llevados a cabo por un equipo interdisciplinario, y se trabaja en pos de la reinserción social.

Si bien los tratamientos son similares en las tres instituciones, con diversos dispositivos (internación o ambulatorio), y con una lógica pensada en etapas consecutivas, resaltan algunas diferencias entre los dispositivos privados y la institución pública. Los dispositivos privados plantean que, el tratamiento tiene una estructura súper rígida, está delimitado todo lo que tienen que hacer y que el tratamiento en sí, no es para todos, ya que algunos no se adaptan. Esto corresponde con la definición de comunidad terapéutica esbozada anteriormente, y con lo que establecen Franklin y Frances (2000), quienes sostienen que sólo los pacientes muy motivados

perseveran en el tratamiento, dado que se trata de programas sin sustancias y altamente organizados.

Contrariamente, los entrevistados de la institución pública respondieron que intentan que el tratamiento se acomode a la necesidad de cada persona, eso da la posibilidad de que cada persona pueda sostener el tratamiento, y que no existe una política de trabajo, sino que depende de cada profesional. También se expuso que no hay un tratamiento universal, hay quienes salen a través de la religión, otros salen con una internación prolongada, yendo al psicoanalista, o tomando medicación. Esto último concuerda con lo que establece la OMS (2004), la cual sostiene que no existe una estrategia de intervención universal que haya demostrado eficacia de manera uniforme para todos los pacientes, condiciones médicas y contextos, sino que, las intervenciones, deben ajustarse a las especificidades relacionadas con la enfermedad.

Esto podría pensarse también desde la lógica del psicoanálisis, marco teórico que sostiene que la importancia para el tratamiento radica en la conjetura diagnóstica, así como de hacer una lectura sobre la función que la droga cumple (Lutereau, 2017), entonces el psicoanalista se pregunta primeramente sobre el uso que el sujeto hace de la droga (Lopez, 2019). O, inclusive, desde lo que plantea el Modelo Transteórico, ya que su principal premisa es que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, lo cual permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural (Cabrera, 2000).

En cuanto a los cambios propuestos para el tratamiento, los resultados varían entre, apostar por el armado de redes cuando la persona no desea vincularse nuevamente con su contexto, que el nivel de edad sea más bajo, que pasen por un periodo de internación obligatorio, que haya otra entidad que regule la problemática de las personas en situación de calle. En este sentido, no se encontró material que tenga correlación con estos resultados. En relación con los marcos teóricos utilizados por los profesionales entrevistados, los resultados fueron variados, mayormente los marcos cognitivo-conductual y psicoanálisis, sin embargo, no se encontró correlación alguna con la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, la mayoría de los entrevistados sostuvieron que el objetivo del tratamiento es que los pacientes recuperen su vida, sin que la abstinencia sea excluyente, y que la rehabilitación puede ser diferente para cada sujeto. Esto concuerda con los servicios de salud mental enfocados en la rehabilitación (Shepherd, Boardman y Slade, 2008), y con lo que plantea Mc Crady (2008), quien sostuvo que si bien el logro de una abstinencia total, no es lo más

frecuente como resultado final, en general, las personas que han realizado algún tratamiento, logran disminuir el consumo y mejoran su calidad de vida.

Esto resuena a su vez, con lo que establece el marco teórico psicoanalítico, el cual sostiene que se trata de aceptar que se parte de un fracaso, y que cualquier movimiento que se produzca es una ganancia (Staude, 1998), por lo que la disminución del consumo es un logro en sí mismo, y la abstinencia no es en sí mismo un indicador de adherencia al tratamiento.

No obstante, es necesario resaltar que algunos entrevistados sostuvieron que es necesaria la abstinencia o que, es en sí, el objetivo del tratamiento. En este sentido la investigación de Chacón Serrano (2020) arrojó como resultado que los pacientes alegaron que, una de las metas cuando ingresan a tratamiento es mantenerse en abstinencia total por lo que al presentarse la recaída abandonan el proceso terapéutico, por lo que se puede inferir que esta idea/creencia por parte de los profesionales tratantes puede actuar como una barrera más a la adherencia al tratamiento.

A su vez, esto difiere de la política de reducción de daños que sostiene el Plan IACOP, por el cual se rigen los abordajes en nuestro país (Sedronar, 2014). Este resultado, puede pensarse además desde la lógica que plantea la Terapia Cognitivo conductual para el tratamiento de pacientes por consumo problemático de sustancias, ya que, como lo establece Beck et al. (1999) la meta ideal del tratamiento es la abstinencia completa.

Por último, resulta de gran importancia seguir trabajando en relación a la adherencia y las formas que existen de mejorarla, ya que como sostiene Haynes (2001), aumentar la efectividad de las intervenciones que abordan la Adherencia puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos.

8. Aportes y contribuciones de la Investigación

Esta investigación aporta la perspectiva que tienen profesionales tratantes, de la salud mental (psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, y acompañantes terapéuticos) que trabajan en centros de tratamiento para consumo problemáticos de sustancias, respecto de la adherencia al tratamiento que tienen los pacientes.

De esta forma, aporta una acotada comparación entre los servicios que existen en la zona de Neuquén y Centenario, demostrando sus fortalezas y debilidades a la hora de pensar la adherencia terapéutica. Resaltando además, diferencias en las modalidades asistenciales, en la perspectiva de los profesionales tratantes y en las poblaciones. En relación a esto último, se puede pensar como contribución la problemática que se presenta hoy en el sistema público al trabajar con población en situación de calle, fenómeno que, como sostienen los entrevistados es reciente en la localidad. Esto deja a la luz, un vacío legal y político respecto a esta población y el abordaje de su salud, ya que como se encontró en los resultados, es necesario cubrir en primera instancia las necesidades básicas antes de siquiera pensar en abordar el consumo problemático de sustancias.

A su vez, deja ver una tendencia por parte de los profesionales tratantes a responsabilizar al paciente de la falta de adherencia terapéutica, sin tener en cuenta que la misma está conformada por distintas dimensiones entre las cuales se encuentran también los sistemas de salud y los profesionales.

9. Limitaciones de la Investigación

En primer lugar, se registra como limitación de la presente investigación, la escasez en cuanto a estudios que hayan relevado aspectos de la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de los profesionales tratantes, ya que, la mayoría de los estudios encontrados tienen como muestra a los pacientes que asisten al tratamiento.

Se presentó además, una marcada dificultad para que los profesionales tratantes de instituciones privadas aceptaran participar, no así en el dispositivo de salud pública en el cual se mostraron muy predispuestos.

Por esta razón, la cantidad de profesionales tratantes entrevistados se presenta como una limitación, y sería pertinente para futuras investigaciones realizar más entrevistas, abarcando más zonas geográficas.

Sería pertinente también, para futuros estudios, considerar la problemática a la cual refieren los profesionales tratantes acerca del consumo problemático de sustancias en gente en situación de calle, en la zona de Neuquén.

10. Propuesta de Intervención

Teniendo en cuenta los resultados encontrados, y la discusión con otros autores, se establece una breve propuesta con una serie de objetivos que conllevarían a mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes en tratamiento por consumo problemático de sustancias.

El objetivo principal es trabajar en aquellos factores que se presentan como barreras a la adherencia al tratamiento, por parte de los profesionales e instituciones, ya que fue la población que comprendió la muestra. En este sentido, aparece como relevante que se lleven adelante líneas de acción que fomenten la toma de conciencia acerca del rol que tienen en la adherencia al tratamiento.

Categorías	Propuesta	Acción
Tratamiento	Respetar la singularidad de cada paciente. Atender las necesidades de cada paciente y cuáles son los factores que aparecen como barreras y facilitadores de la adherencia en cada paciente en particular.	Crear espacios seguros para que los pacientes puedan expresar su opinión respecto al tratamiento. Delinear objetivos particulares para cada paciente. Generar redes entre los distintos centros y profesionales tratantes para brindar al paciente otras opciones.
Adherencia al tratamiento	Evaluación de aquellos casos de abandono, para entender cuál fue el motivo	Consultar el motivo por el cual decide abandonar. Evaluar en equipo los errores y aciertos que se

	y poder trabajar en ello para futuros pacientes.	podieron haber presentado. Supervisar con agentes externos que puedan aportar otra perspectiva.
--	--	--

Referencias

- Agrelo, A., Sgró, J. M., Cappa, H. y Ojeda, J. (2016). La percepción de los usuarios de un programa de tratamiento ambulatorio en adicciones. una exploración focalizada en la satisfacción con el tratamiento. *Revista argentina de Clínica psicológica*, 25(3), 275-288.
- Agrest, M., Cáceres, C. y Geffner, N. (2024). *Recuperación: ¿Qué es la recuperación en el campo de la Salud Mental?*. Enciclopedia Argentina de salud mental.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista facultad nacional de salud pública*, 18(2).
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C. y Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: Análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Revista Atención Primaria*, 50(8), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C. y Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: Análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Revista Atención Primaria*, 50(8), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Capriati, A., Camarotti, A., Di Leo, P., Wald, G. y Kornblit, A. (2015). *La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar*. Conicet
- Chacón Serrano, W., Rojas, M. y Dobles, A. (2020). *Adherencia al tratamiento en los servicios ambulatorios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, Costa Rica 2019-2020*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Cruz, E. y Galán, M. (2012). Adherencia terapéutica. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 102-104.

- Davidson, L. y González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 189-205.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29, 12-20.
- Franklin, J. y Frances, R. (2000). Trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. *Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. DSM IV. Tratado de Psiquiatría. 3ª ed. Barcelona: Masson, 357-418.*
- Giacinti, M., Navarro, P. y Jorge, E. (2019). Adherencia terapéutica y factores implicados en jóvenes y adultos con consumo problemático de sustancias. *Revista Interacciones*, 5(3), 1-9. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.153>
- Global Burden of Disease Collaborative Network (GBDN) (2020). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation
- Goñi, J. (2005). *Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Pamplona* [Tesis doctoral]. Universidad Pública de Navarra.
- Herrero, M., Hernández Monsalve, M. y Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Irreño Sotomonte, J. (2018). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de pacientes con trastorno mental y comportamental secundario al consumo de sustancias psicoactivas* [Tesis de grado]. Uniandes.
- Jones, D. y Cunial, S. (2020). Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas (Argentina, 2014-2016). *Cadernos De Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035919>

- Jones, D. y Cunial, S. (2020). Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas (Argentina, 2014-2016). *Cadernos De Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035919>
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.
- Kornblit, A. y Mendes, A. (2004). Teoría y práctica en promoción de la salud: el caso del consumo abusivo de drogas. *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*, 11-120.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. *Intervenciones y textos*, 2, 115-144.
- Senado de la Nación Argentina. Ley N.º 26657. *Ley Nacional de Salud Mental*. 25 de noviembre de 2010.
- Senado de la Nación Argentina. Ley N.º 26.934. *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos*. 30 de abril de 2014.
- López, L., Romero, S., Parra, D. y Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.
- López, S. (2019). Adicción y toxicomanías ¿Una cuestión de términos? *Anuario Temas en Psicología*, 5(1), 255-260.
- Lora, M. E. y Calderón, C. (2010). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 8(2), 159-180.
- Lucena Jurado, V. (2021). Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas. *Pedagogia i treball social*, 10(2) 36-49. https://doi.org/10.33115/udg_bib/pts.v10i2.22758
- Lucena Jurado, V. (2021). Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas. *Pedagogia i treball social*, 10(2) 36-49. https://doi.org/10.33115/udg_bib/pts.v10i2.22758
- Lutereau, L. (2017). Juego, tiempo y responsabilidad. In *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII*

Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Lutereau, L., y Belucci, G. (2017). El objeto-droga y sus destinos. *Revista Científica de UCES*, 22(2), 9-21.

Mc Crady, B. (2008). Trastornos por consumo de alcohol. *Manual clínico de trastornos psicológicos: Un manual de tratamiento paso a paso*, 4, 492-546.

Monsalve, M. H. (2013). Psicopatología y recuperación. *Informaciones Psiquiátricas. III Jornadas de Psicopatología Clínica y Salud Mental*. SantBoi de Llobregat. Barcelona.

National Institute on Drug Abuse - NIDA. (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*.

National Institute on Drug Abuse - NIDA. (2020). *¿Qué efectos tiene la marihuana?*

Nizama, M., Luna, F. y Cachay, C. (2019). La adicciónología una especialidad médica y subespecialidad de la psiquiatría. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2), 89-99.

Nunez, H. G. (2023). *Informe mundial sobre las drogas 2023*.

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A. y Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica grupo ángeles*, 16(3), 226-232.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción*.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Abuso de Sustancias Psicoactivas*.

Pérez, A., Carballea, M., Valdés, L. y Valdés, I. (2020). Intento suicida en la adolescencia: un abordaje desde la Atención Primaria Salud. *Humanidades Médicas*, 20(1), 66-87.

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

- Pozo, L. y Fernández, C. (1999). Therapeutic Communities: Present Situation And Future. *Adicciones, 11*(4).
- Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*(3), 390.
- Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. *Treating addictive behaviors: Processes of change*. Boston, MA: Springer US.
- Ramírez, P., Álvarez, M., Cabello, D., Riquelme A. y 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. *Revista patrocinada por el Departamento de Psiquiatría y Salud, 14*(2), 193-201.
- Ramirez Correa, Y. (2020). Causales de deserción de drogodependientes en centro de rehabilitación. *Revista Poliantea, 15*(26), 21–25.
<https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1498>
- Ramírez, R. (2015). Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de pasta base: límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública, 6*(25), 19-24.
- Rand, P., Stewart, D., Seelbach, P., Jones, M. y Wedge, L. (1993). Modelado energético de la población de truchas arcoíris en los lagos Michigan y Ontario. *Transacciones de la Sociedad Estadounidense de Pesca, 122* (5), 977-1001.
- Rojas, Ó., Tejada, A., Meléndez, C., Granados, B., Muñoz, F. y Bedoya, A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos adictivos, 9*(2), 97-107.
- Romar, J. y Arroqui, E. (2021). Proceso de institucionalización de los tratamientos comunitarios de usos problemáticos de drogas en Uruguay (2005-2019). *Fronteras, (15)*.
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación, 22*.

- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Sanchez, J. y Brigos, B. (1989). Outcome of a sample of heroin addicts 2 years after the beginning of treatment (project EMETHYST). *Medicina Clínica*, 92(4), 135-139.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2014). *Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media*. Boletín N ° 1 Patrones y magnitud del consumo: diagnóstico a nivel país.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2018). *Sociedad de consumo: Lógicas, discursos y representaciones*.
- Villa, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F. y Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud mental*, 32(2), 125-138.
- Setien, L. (2018). *Trayectorias de consumo, accesibilidad y adherencia a tratamientos de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas en el Hospital Especializado en Toxicología y Salud Mental de la ciudad de La Plata*. Un abordaje desde la perspectiva de género. Actas XXVI Jornadas de Jóvenes Investigaciones AUGM.
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de Salud.
- Sotelo, I. (2015). *Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Buenos Aires, Argentina. Grama Ediciones.
- Sotelo, M., Belaga, G., Rojas, M., Leserre, L., Santimaria, L., Coronel, M. y Grischpun, L. (2013). *Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Suarez J. (2020). *Impacto de la COVID-19 en las políticas locales de prevención y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias: Buenos Aires*. Organización Panamericana de la Salud.
- Valdovieco, I. (1995). El análisis comparado de los fenómenos políticos: una discusión de sus objetivos metodológicos, supuestos metateóricos y vinculaciones con los marcos teóricos presentes en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista de estudios políticos*, (89), 281-298.
- Valenzuela Araujo, J. (2020). *Características asociadas al abandono del tratamiento en pacientes farmacodependientes Centro de Rehabilitación de Ñaña 2016-2017* [Tesis de pregrado]. Universidad de San Martín de Porres.
- Volkow, N. D. (2011). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. DIANE Publishing.

Anexo

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer sobre la experiencia profesional que realizan profesionales que trabajan en el tratamiento de abuso de sustancias. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre mi experiencia profesional. 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 equipo responsable).

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

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha: