

DETERMINANTES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (2018)

AUTORES: POLIANSKY, Nicolás; GEMINI, Damián; GORLERO, Carolina.



**FUNDACION
CONVIVIR**

www.convivir.org/
BIBLIOTECA

Resumen

El objetivo central del proyecto de investigación es indagar la adherencia, en tanto determinante fundamental para el tratamiento, en una población que consulta por problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

En la práctica clínica diaria con personas con consumo problemático de sustancias, uno de los principales retos aún sin resolver es la continuidad del tratamiento establecido. El habitual abandono prematuro y las controversias conceptuales generadas por los determinantes que inciden de manera positiva o negativa en la adherencia justifican la realización del presente proyecto. El mismo se llevó a cabo en una organización de la sociedad civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que brinda tratamiento ambulatorio para personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (Fundación Convivir).

Se trata de una investigación de carácter exploratorio-descriptivo en la que se utilizó metodología cuali-cuantitativa para la recolección y análisis de la evidencia.

Palabras clave

Adherencia - tratamiento – consumo problemático – sustancias psicoactivas –

FUNDACION
CONVIVIR

Fundamentación teórica del proyecto

Las adicciones ponen de manifiesto el entramado dinámico de determinantes biológicos, psíquicos y sociales que se inscriben en la subjetividad dejando marcas profundas en el psiquismo, en el cuerpo y en el organismo. Si bien las sustancias psicoactivas tienen efectos estadísticamente frecuentes y provocan síntomas similares en cada uno de los sujetos que atrapa (abstinencia, tolerancia, efectos de intoxicación), la experiencia clínica muestra que cada persona que padece una adicción, presenta aspectos singulares en su relación con la sustancia.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) en 2010, las adicciones forman parte del objeto de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud (artículo 4).

En el año 2013, la reglamentación de la ley contempló la reducción de daños como otra de las dimensiones a ser atendidas en personas con consumos problemáticos. Esto habilitó a los profesionales de la salud a trabajar en ese sentido, lo cual implica un avance respecto del paradigma abstencionista vigente hasta ese momento.

Las políticas de reducción de daños aportan valiosas herramientas, no sólo para ser incorporadas en el tratamiento de las adicciones y abandonar así el ideal de la abstinencia como único objetivo, sino también para el armado de estrategias sanitarias no prohibicionistas sino participativas. Este trabajo debe ir de la mano de una concientización de la comunidad, que permita desestigmatizar la figura de la persona con problemas de consumo y lograr una visión más precisa de lo que son las adicciones, visión que, por otra parte, puede dar paso a políticas más solidarias e inclusivas (alejadas de aquellas que consideran al consumo como desviación moral).

Asimismo, la reglamentación hace hincapié en que las políticas públicas en la materia tengan como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, con el eje puesto en la persona en su singularidad.

Para el cumplimiento de estas normas, se vuelve indispensable la formación de profesionales de la salud dentro de este nuevo paradigma, que incluya el trabajo interdisciplinario, el concepto de reducción de daños, de tratamiento de las personas dentro de su comunidad, de inserción social, de participación comunitaria, y una constante actualización técnica de los profesionales y no profesionales avocados a tareas de asistencia y tratamiento. En este contexto, y desde el marco de la epidemiología crítica, el relevo de datos que permita pensar estrategias para lograr tratamientos más eficaces, se vuelve de gran utilidad. El presente proyecto de investigación

apunta a generar información que luego retroalimente la esfera de la formación profesional; es decir, entender cómo se juegan las hipótesis construidas respecto de la adherencia al tratamiento con el afán de repensar la propia práctica clínica.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, las adicciones son una enfermedad crónica; implican el consumo problemático de sustancias psicoactivas que modifican la consciencia, el ánimo y los procesos cognitivos y volitivos de las personas. Las sustancias psicoactivas afectan el funcionamiento cerebral y generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia (Dirección General de Salud Mental y Adicciones, 2011).

Es a partir de la sanción de la Ley Nacional y su reglamentación, que en 2014 se sanciona la Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (26.934), donde se definen los consumos problemáticos como aquellos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.

El artículo 7° de la ley 26934 sostiene que es función de los centros de prevención de consumos problemáticos vincularse y armar estrategias con Instituciones públicas y ONG de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo. Así, se vuelve indispensable generar datos de evidencia fehacientes que permitan contribuir a mejorar el sistema de atención sanitaria.

En Argentina resultan escasas las investigaciones acerca de la adherencia a los tratamientos ambulatorios para consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. El resto de las investigaciones en español de referencia proceden en su mayoría de España y México. 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 que deben superar las instituciones y los equipos de profesionales ligados a esta problemática.

Dar cuenta de los determinantes que faciliten y mejoren la adherencia al tratamiento redundará en una mayor permanencia de los pacientes que consultan dentro de un dispositivo ambulatorio disminuyendo así un gasto sanitario elevado por internaciones clínicas provocadas por el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Mejorar la adherencia implica la posibilidad de sostener un recorrido de tratamiento que acompañe las decisiones de cada paciente respecto de su relación singular al consumo problemático de sustancias y a las determinaciones que instalaron en esa persona una vulnerabilidad respecto de las adicciones.

Tal como es entendida la adherencia en la actualidad, cobran especial relevancia el plano de la alianza terapéutica y el plano motivacional, y ambos aspectos otorgan al paciente un lugar de cierta pasividad, desconociendo las determinaciones inconscientes implicadas en el malestar de cada persona y la relación ambivalente con el consumo. Así resultaría útil investigar en relación a la adherencia el concepto psicoanalítico de transferencia.

De este modo, la transferencia sería un elemento necesario en el tratamiento del malestar de cada persona que permita que se despliegue vía la palabra el lugar singular que ocupa la adicción en la historia de cada sujeto. Detener el consumo problemático es una decisión de cada persona y no debiera plantearse desde una exterioridad, dado que sus efectos no serían sostenibles. Así, la responsabilidad subjetiva sobre el malestar causado por el consumo problemático se erige como vía privilegiada para construir la decisión de detenerlo.

Algunos datos epidemiológicos

Según el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina (Observatorio Argentino de Drogas, 2017), más del 27% de esa población fuma tabaco y el 44,5% toma alguna bebida alcohólica. El 2,4% de la población consumió marihuana en los últimos 30 días mientras que un 0,5% usó cocaína. En cuanto al uso de tranquilizantes sin prescripción médica, el 0,7% de la población los consume. El consumo de marihuana y de cocaína tiene una edad promedio de inicio a los 19 años.

Los consumidores de alcohol en los últimos 12 meses son unas 10.352.991 personas, que representan el 56,3% de la población total. Las personas con problemas de consumo de alcohol perjudicial y de riesgo representan el 13% (1.344.317 personas) del total de usuarios de alcohol del último año.

El porcentaje de personas que siendo consumidoras de marihuana en los últimos 12 meses presentan signos y síntomas de dependencia son casi el 18%, unos 105.554 individuos. Cada 100 usuarios varones, 20 presentan problemas de uso compulsivo, tolerancia y síntomas de abstinencia, en tanto que entre las mujeres la relación es menor.

La mayoría de los consumidores de cocaína en los últimos 12 meses tiene entre 12 y 49 años. Cada 100 usuarios de cocaína en el último año, 48 tienen problemas de adicción. Es mayor la relación entre los jóvenes de 12 a 24 años.

Según el último estudio realizado por el Observatorio Argentino de Drogas (2014) respecto de los Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la prevalencia anual para el abuso combinado de bebidas alcohólicas en hombres fue del 87.9% y para mujeres del 78.2%; mientras que para ambos sexos el consumo anual de sustancias ilícitas fue de 9.7% para marihuana y 1.1% para cocaína.

Estado actual del conocimiento sobre el tema

El rastreo que se presenta a continuación permite trazar un recorrido por distintas investigaciones que abordan la temática de adherencia al tratamiento ligado al consumo problemático de sustancias desde distintos enfoques.

Vidal Corominas, David J. y Chamblás García, Isis (2014) realizaron una investigación en la que abordaron la temática de la alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de consumidores de droga en un estudio que tomó por muestro a usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción – Talcahuano, en Chile. En este estudio retoma una definición de Bordin (1976) que define alianza terapéutica como “una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente”, siendo un concepto que integra como componentes el vínculo, las tareas y las metas que se definen en común. También se incorpora la idea de la reciprocidad en la alianza terapéutica como el ingrediente esencial de la efectividad terapéutica. Por otra parte, los autores buscan establecer si hay alguna relación entre los estadios que define Prochaska (1999) respecto de las etapas de cambio de los pacientes, y el nivel de adherencia al tratamiento, postulando que es en las primeras etapas donde la creación del vínculo resulta vital para que los usuarios puedan concluir un proceso de tratamiento. En esta investigación se retoma la definición de adherencia terapéutica de la OMS (2004), que la define como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar un medicamento, seguir el tratamiento, acudir a las citas, permanecer en rehabilitación y ejecutar cambios en el modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Los resultados de dicha investigación permiten decir, que los factores sociodemográficos contemplados no arrojaron niveles de explicación significativos en torno a la adherencia terapéutica. Que hay una estrecha relación entre los pacientes que se encuentran en los estadios tempranos de cambio que define Prochaska (fases precontemplativa y contemplativa) y las metas que la mayoría de los tratamientos proponen (abstinencia total), lo cual dificulta, en definitiva, una adecuada constitución de la alianza terapéutica y por tanto de la adherencia al tratamiento. Otro resultado digno de mención es la variable relacionada con la frecuencia de consumo, siendo los pacientes que presentaban menor consumo los que menor adherencia al tratamiento registraban. La conclusión a la que se arriba entonces es que los usuarios que ingresan a un centro de tratamiento con una frecuencia baja de consumo pueden sentir que ejercen mejor control sobre el uso de la sustancia, por lo que no sentirían la necesidad de asistir al tratamiento.

Sanchez, L; Díaz Morán, S, et al (2011) realizaron una investigación sobre tratamiento ambulatorio grupal para consumidores problemáticos de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. Dicha investigación, realizada en el Hospital Universitario

de Vall d'Hebron, Barcelona (España), supone que ambos componentes, entendidos como dos tipos de tratamientos psicológicos (terapia cognitivo conductual- TCC y entrevista motivacional-EM) son fundamentales en el establecimiento de la adherencia al tratamiento en consumidores de cocaína y deben ser combinados para lograr una mayor eficacia. Dicho estudio, retoma las dimensiones para el cambio de Prochaska, y supone que la mayor adherencia se da cuando los pacientes se encuentran en el estadio de mantenimiento, según dicho modelo. Como dato relevante, se recalca que los pacientes con dependencia a la cocaína abandonan más el tratamiento que los pacientes consumidores de otras sustancias (Dutra et al, 2008). Es importante recalcar que, en dicha investigación, se consideró como éxito terapéutico el mantenimiento de la abstinencia completa durante el tratamiento activo de 12 semanas. La efectividad se demuestra en un 100% de los casos, resultado que no sorprende, siendo que la presencia de un control positivo en orina o la falta de asistencia al grupo en tres ocasiones consecutivas, son motivos de retirada del grupo.

Lois Ibañez, E. y Álvarez García, A (2009) estudiaron la motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína en Proyecto Hombre (Asturias, España). Este estudio vuelve a tomar como eje el modelo de los estadios para el cambio de Prochaska, para decir que es en el estadio precontemplativo donde se da la menor adherencia al tratamiento y a, su vez, que aquellas personas que inician el programa en una etapa de acción son los que mayor permanencia y probabilidades de éxito terapéutico tienen. Esta investigación liga las dificultades en lograr una eficaz retención del paciente al fracaso terapéutico, siendo el abandono prematuro del tratamiento una de sus formas más graves. También asocia abandono de tratamiento con vuelta al consumo.

Sirven Ruiz, Carlos (2009) aborda de un modo más conceptual la temática de fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico para proponer la búsqueda de otras palabras más pertinentes a la hora de hablar de éxito o fracaso en la viabilidad de un tratamiento. Dichos conceptos, según el autor, no reflejan la importancia de la participación activa y dinámica del sujeto que de paciente pasa a ser agente de su tratamiento. Retoma, respecto de las adicciones, algunas investigaciones realizadas en una Unidad de Deshabitación Residencial de Madrid (España) que sugieren que el marco normativo y los límites impuestos desde el exterior son determinantes del abandono del tratamiento.

Roncero, C; Rodríguez-Cintas, L; et al (2012) realizaron una investigación sobre la adherencia al tratamiento en consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall D'Hebrón en Barcelona (España). El estudio demuestra las altísimas tasas de abandono una vez iniciado el tratamiento, y sobre todo, la falta de interés por ser derivados o las ausencias

a la primera entrevista pautada para el inicio de un tratamiento ambulatorio luego del alta del servicio de urgencia. El estudio retoma la idea de que la mayor duración de los tratamientos está asociada a mejores resultados en la abstinencia. Sin embargo, concluirá que no hay un único factor aislado que pueda predecir la adherencia al tratamiento. Existen múltiples factores que influyen en la adherencia y en el abandono de tratamiento en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, entre ellos, la falta de conciencia de enfermedad, y el balance que realizan los pacientes entre los efectos positivos de acudir a tratamiento y los refuerzos positivos inmediatos del consumo de drogas.

En nuestro país no se han encontrado investigaciones donde se asocie de manera directa la adherencia al tratamiento con el consumo de sustancias psicoactivas. Se puede citar un trabajo de Tajer, D. y Jeifetz, V. (2010), que estudia la equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Pero es un proyecto que tiene como propósito contribuir en el avance de la equidad de género en el tratamiento de las adicciones a las drogas, objetivo que excede el del presente proyecto de investigación.

Estrategias de reducción de riesgos y daños

Concebimos la **reducción de riesgos daños** como una estrategia sanitaria para el abordaje de los daños potenciales relacionados al uso de sustancias psicoactivas. Dicha perspectiva incluye una amplia variedad de intervenciones, a saber: trabajar con regulaciones en el uso de sustancias (no sólo la abstinencia es un objetivo terapéutico) y ampliar el abanico de la oferta de atención; mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios de tratamiento; fomentar cambios en la conducta de los usuarios por medio de la prevención; realizar acciones orientadas a motivar los consumos de menor riesgo; promover modificaciones en la percepción social que se tiene acerca de las sustancias y los consumidores; cuestionar las sanciones legales asociadas al uso de sustancias; entre muchas otras. Asimismo, las estrategias de **reducción de riesgos y daños** se han ocupado no sólo de las prácticas individuales de los usuarios, sino también de comprender las condiciones de vulnerabilidad de las personas a fin de desarrollar intervenciones éticas y eficaces.

Como se dijo previamente, en Argentina, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) en 2010, las adicciones forman parte del objeto de las políticas de salud mental. En el año 2013, su reglamentación contempló la reducción de daños como una de las dimensiones a ser atendidas en personas con consumos problemáticos. Esto habilitó a los profesionales de la

salud a trabajar en esa dirección, lo cual implica un avance respecto del paradigma abstencionista imperante hasta ese momento (y que en la actualidad sigue teniendo una fuerte raigambre). De esta forma, las políticas de reducción de riesgos daños aportan valiosas herramientas, no sólo para ser incorporadas en el tratamiento de las adicciones y abandonar así el ideal de la abstinencia como único objetivo, sino también para el armado de estrategias sanitarias no prohibicionistas sino participativas. Desestigmatizar la figura de la persona con problemas de consumo resulta prioritario para dar paso a políticas más solidarias e inclusivas (alejadas de aquellas que consideran al consumo como desviación moral). Dicha perspectiva, no puede sino tener como uno de sus pilares la singularidad en los abordajes.

Actualmente los tratamientos de adicciones, en su versión más extendida, ubican al paciente un lugar pasivo, siendo el equipo tratante aquel que debe curar al enfermo (muchas veces, en contra de su voluntad). Resulta necesario posibilitar un tratamiento del malestar que permita el despliegue, vía la palabra hablada, del lugar singular que ocupa la adicción en la historia de cada sujeto. Detener un consumo problemático es decisión de cada persona y no debería plantearse desde una exterioridad. De esta forma, dirigimos el tratamiento amparados en un encuadre ético que respete la singularidad y apele a la implicación subjetiva sobre el malestar.

Como se dijo, las metas de la mayoría de los tratamientos proponen la abstinencia total como único objetivo terapéutico. Desde nuestra perspectiva esto dificulta la constitución de un vínculo de trabajo entre el equipo tratante y el usuario. Las estrategias de reducción de riesgos y daños tienen como uno de sus objetivos primeros **disminuir los efectos negativos producto del uso de sustancias para luego**, a partir de allí, construir conjuntamente (si el sujeto así lo demanda) objetivos de mayor alcance.

Una de nuestras hipótesis de trabajo sostiene que las estrategias de reducción de riesgos y daños (con la consecuente la participación activa de los usuarios en las decisiones del tratamiento y el respeto a sus expectativas en relación al mismo) favorece la adherencia (vinculada a la asistencia y a la permanencia de los usuarios en el tratamiento). En consecuencia, resulta fundamental ponderar la importancia de la participación activa y la dinámica del sujeto como agente de su tratamiento. De esta forma, las estrategias de intervención que se desprenden de una política de reducción de daños se caracterizan, entre otros elementos, por establecer una relación terapéutica flexible y participativa, planteando un escenario abierto (a construir a la medida de cada usuario), ajeno a la censura y el juicio moral.

Hipótesis y/o pregunta/s de investigación

Se parte de la premisa que sostiene que la adherencia es un factor fundamental para los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas en los que se verifican altos niveles de discontinuidad. Los determinantes que inciden de manera positiva o negativa en la adherencia son motivo de controversias, por lo que no existe consenso en la bibliografía científica sobre las causas de las elevadas tasas de abandono temprano del tratamiento.

Entendemos que la adherencia se encuentra íntimamente vinculada a la asistencia y la permanencia de las personas en el tratamiento. Asimismo, sostenemos como hipótesis que las estrategias de reducción de riesgos y daños y la participación activa de los usuarios respecto a las expectativas y objetivos del tratamiento favorecen la adherencia.

El presente proyecto de investigación busca indagar:

La incidencia de la modalidad de inicio de tratamiento (espontáneo/inducido)¹ respecto del nivel de la asistencia.

- La incidencia de la presencia de patología dual² respecto del nivel de la asistencia.
- La incidencia de tratamientos anteriores respecto del nivel de la asistencia.
- La incidencia del policonsumo³ respecto del nivel de la asistencia.
- La incidencia de la frecuencia de los consumos respecto del nivel de la asistencia
- La incidencia de la toma de medicación respecto del nivel de la asistencia.
- La incidencia de actividades laborales respecto del nivel de la asistencia.
- La incidencia de red de contención afectiva⁴ respecto del nivel de la asistencia.
- El porcentaje de pacientes que sostiene el tratamiento a tres meses de haberlo iniciado.
- La incidencia de la estrategia de reducción de riesgos y daños respecto del nivel de la asistencia.

1 Se considera que un tratamiento posee un inicio espontáneo cuando el usuario decide comenzar sin la existencia de una coerción externa claramente definida. De manera opuesta, un tratamiento posee un inicio inducido cuando se encuentra motivado por una fuerza exterior al deseo de usuario.

2 Se entiende por Patología dual aquellos pacientes con una patología de base psiquiátrica diagnosticada (Psicosis). O bien que requieran de medicación psiquiátrica para estar compensadas. O bien hayan sido diagnosticadas con TLP. Otros criterios a considerar son la cantidad de internaciones psiquiátricas y las lesiones autoinflingidas

3 Se diferencia sustancia de uso problemático y consumo de otras sustancias (vinculadas a un uso recreativo).

4 Referido a la presencia de familiares y/o personas significativas continentales y que acompañan el proceso terapéutico.

Metodología

Se trata de una investigación de carácter exploratorio-descriptivo en la que se utilizó metodología cuali-cuantitativa para la recolección y estudio de la evidencia.

Las unidades de análisis son usuarios que asisten a una organización de la sociedad civil que brinda tratamiento ambulatorio para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas (Fundación Convivir).

Se tomó una muestra de 64 pacientes (16-78 años), hombres y mujeres, que realizan tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

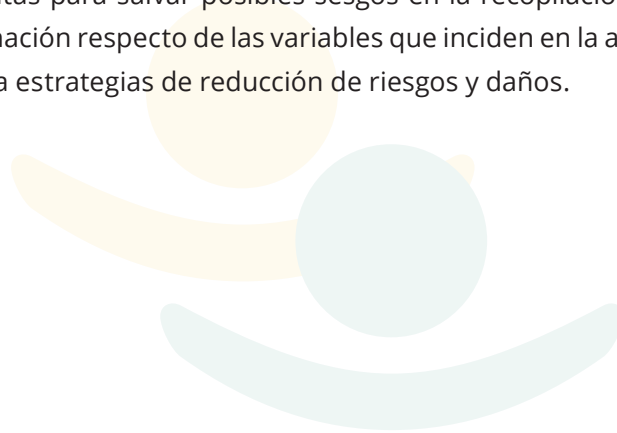
El relevamiento de la información fue realizado por el equipo tratante que lleva un registro de la evidencia en forma mensual según el formato utilizado para el seguimiento de la evolución de los pacientes en la institución (planilla evolutiva mensual – PEM -). También se tomaron datos de la ficha de admisión y de las historias clínicas. A su vez, se realizaron entrevistas semidirigidas a todos los participantes que continúan en tratamiento.

1) Se relevaron las siguientes variables:

- Sexo (M/F/otro)
- Edad
- Nivel educativo alcanzado
- Modalidad de inicio del tratamiento (espontáneo/inducido)
- Tipo de inducción (familiar/médica/judicial/otros)
- Sustancia de consumo problemático
- Consumo de otras sustancias (S/N)
- Frecuencia de los consumos
- Presencia de patología dual (S/N)
- Ocupación (estudiante/empleo formal/empleo informal/ama de casa/sin ocupación)
- Situación laboral (trabaja/no trabaja – busca trabajo/no busca trabajo)
- Existencia de tratamientos anteriores (S/N)
- Toma de medicación psiquiátrica (S/N)

- Red de contención afectiva (muy buena/buena/escasa/nula)
- Nivel de asistencia (óptimo/muy bueno/bueno/irregular)
- El porcentaje de pacientes que sostiene el tratamiento a tres meses de haberlo iniciado.

2) La entrevista semidirigida se utilizará para ampliar y complementar información sobre los datos que se recaban en la planilla evolutiva mensual (PEM) de los pacientes. A este respecto, se consignarán preguntas para salvar posibles sesgos en la recopilación de datos. También, se buscará ampliar información respecto de las variables que inciden en la adherencia, en particular, cuestiones vinculadas a estrategias de reducción de riesgos y daños.



FUNDACION
CONVIVIR

Alcance social y ético de la investigación

El propósito general del proyecto de investigación es realizar un aporte al avance en el entendimiento de la adherencia al tratamiento en pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas. A tal fin, se trabajará con evidencia empírica en aras de establecer las condiciones que indican un mejor pronóstico en la adherencia terapéutica. Determinar los factores que influyen en el abandono precoz podría facilitar el establecimiento de programas terapéuticos específicos. A su vez, se pretende realizar un aporte teórico a los desarrollos conceptuales dejados de lado por el paradigma abstencionista. Dar cuenta de los determinantes que faciliten y mejoren la adherencia al tratamiento redundaría en una mayor permanencia de los pacientes que consultan dentro de un dispositivo ambulatorio. Mejorar la adherencia implicaría la posibilidad de sostener un recorrido de tratamiento que permita acompañar las decisiones de cada paciente respecto de su relación singular al consumo problemático de sustancias.

Las conclusiones arrojadas luego serán comunicadas a la comunidad científica mediante la publicación de los resultados de investigación y/o la realización de una jornada científica que permita, a su vez, intercambiar ideas con colegas y profesionales de la salud. Asimismo, dichos resultados serán expuestos de manera pormenorizada al equipo tratante de "Fundación Convivir" con el objetivo de realizar modificaciones necesarias (si las hubiera) en el tratamiento de la población estudiada ya que el presente proyecto apunta de manera directa a generar información que luego retroalimente la esfera de la formación profesional; es decir, entender cómo se juegan las hipótesis construidas respecto de la adherencia al tratamiento con el afán de repensar la práctica. Siendo el proceso de investigación un medio de confrontación de las propias representaciones y conceptos, un mayor conocimiento sobre el fenómeno de adherencia terapéutica debería conducir hacia el cuestionamiento de nuestras actuales creencias y presuntas verdades, permitiendo avanzar en la resolución de las problemáticas de la clínica actual. Lo antedicho se ubica, a su vez, en consonancia con el artículo 7° de la ley 26934 que sostiene que es función de los centros de prevención de consumos problemáticos vincularse y armar estrategias con Instituciones públicas y ONGs de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo. De esta forma, se vuelve indispensable generar datos de evidencia fehacientes que permitan contribuir a mejorar el sistema de atención sanitaria.

Siguiendo a Samaja: "Nada impide que los resultados de una práctica profesional particular se incorporen (...) a la base observacional de una investigación científica (...). Nada impide tampoco que un proyecto de intervención profesional se proponga tanto modificar la realidad, cuanto producir un resultado cognoscitivo en el marco de los cánones de la ciencia." (Samaja, 1993, p. 35). Sin embargo, es necesario precisar que las conclusiones arrojadas por el presente

proyecto responden a un interjuego dialéctico singular entre práctica y teoría en un proceso en y para-sí. Cualquier intento de extender dichos resultados a otros contextos requerirá necesariamente contemplar, por un lado, la población con que se trabajó (pacientes de 16 a 78 años, hombres y mujeres residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cercanías, que realizan tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas); por otro, el marco teórico y la fundamentación epistémica bajo la cual se llevó adelante el tratamiento ambulatorio y el análisis de la evidencia.



FUNDACION
CONVIVIR

Análisis estadístico de datos

Procesamiento de datos:

Teniendo en cuenta que las variables analizadas tienen un nivel de medición nominal u ordinal, se utilizaron estadísticos no paramétricos para todos los análisis.

Para la comparación del nivel de asistencia en función del sexo, tipo de sustancia problemática y de otras sustancias de uso, situación y búsqueda laboral, modo de inducción al tratamiento, presencia de patología dual y prescripción de medicación psiquiátrica se realizaron pruebas U de Mann Whitney. Para estudiar la magnitud del efecto se utilizó la r de Pearson y para su interpretación se tomaron los criterios de Cohen (1992) (bajo = .10; mediano = .30; alto = .50). Algunas comparaciones no pudieron ser efectuadas dado que alguno de los grupos presentaba un n demasiado bajo (menor a 15 casos).

Se analizó la relación entre el nivel de asistencia y edad, red de contención, existencia de tratamientos anteriores, nivel educativo y frecuencia de consumo con el índice de correlación Rho de Spearman (r_s). Este mismo índice se utilizó para medir la asociación entre el nivel de instrucción y la percepción de los efectos del tratamiento. Asimismo, se empleó el coeficiente r_s como indicador de la magnitud del efecto, la cual también fue interpretada según los criterios propuestos por Cohen (1992). Estos mismos estadísticos fueron utilizados para estudiar la relación entre la edad y la calidad de vida y entre la edad y la percepción de salud,

Para analizar la asociación entre variables categóricas y nominales se usó la prueba de Ji cuadrado. Sin embargo, en la mayoría de los casos la prueba no pudo ser aplicada por presentar más de un 20% de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5 o exhibir casillas vacías (Canal Díaz, 2006).

Análisis descriptivos

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	16	3	4,7	4,7	4,7
	17	3	4,7	4,7	9,4
	19	4	6,3	6,3	15,6
	21	2	3,1	3,1	18,8
	23	1	1,6	1,6	20,3
	24	2	3,1	3,1	23,4
	26	2	3,1	3,1	26,6
	27	1	1,6	1,6	28,1
	28	3	4,7	4,7	32,8
	30	3	4,7	4,7	37,5
	33	1	1,6	1,6	39,1
	34	1	1,6	1,6	40,6
	35	2	3,1	3,1	43,8
	36	7	10,9	10,9	54,7
	37	2	3,1	3,1	57,8
	39	3	4,7	4,7	62,5
	40	2	3,1	3,1	65,6
	43	4	6,3	6,3	71,9
	44	1	1,6	1,6	73,4
	46	2	3,1	3,1	76,6
	47	2	3,1	3,1	79,7
	49	1	1,6	1,6	81,3
	50	3	4,7	4,7	85,9
	51	1	1,6	1,6	87,5
52	1	1,6	1,6	89,1	
55	1	1,6	1,6	90,6	
56	4	6,3	6,3	96,9	
62	1	1,6	1,6	98,4	
78	1	1,6	1,6	100,0	
Total		64	100,0	100,0	

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	64	16	78	36,31	13,415
N válido (según lista)	64				

Los participantes de la muestra tienen entre 16 y 78 años ($M = 36,31$, $DE = 13,42$).

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	42	65,6	65,6	65,6
	Femenino	22	34,4	34,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

La muestra está compuesta por un 65.6% de hombres y un 34.4% de mujeres.

Nivel educativo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primario completo	1	1,6	1,6	1,6
	Secundario incompleto	26	40,6	40,6	42,2
	Secundario completo	19	29,7	29,7	71,9
	Terciario incompleto	4	6,3	6,3	78,1
	Terciario completo	5	7,8	7,8	85,9
	Universitario incompleto	7	10,9	10,9	96,9
	Universitario completo	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Un 42.2% de los sujetos tiene un nivel educativo inferior a secundario completo, el 29.7% completó sus estudios secundarios y el 28.1% realizó estudios superiores (terciario o universitario).

Ocupación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ocupación	19	29,7	29,7	29,7
	Estudiante	11	17,2	17,2	46,9
	Empleado formal	14	21,9	21,9	68,8
	Empleado informal	10	15,6	15,6	84,4
	Desempleado	8	12,5	12,5	96,9
	Ama de casa	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 29.7% de los sujetos de la muestra refiere no tener ocupación, un 17.2% son estudiantes, 21.9% tiene empleo formal, 15.6% empleo informal, 12.5% está desempleado y un 3.1% es ama de casa.

Situación Laboral					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabaja	26	40,6	40,6	40,6
	No trabaja	38	59,4	59,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 40.6% de los sujetos de la muestra trabaja.

Busca trabajo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Busca trabajo	24	37,5	37,5	37,5
	No busca trabajo	40	62,5	62,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 37.5 de los sujetos de la muestra se encuentra buscando trabajo.

Tratamientos anteriores					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningún tratamiento	14	21,9	21,9	21,9
	1 tratamiento	20	31,3	31,3	53,1
	2 o más tratamientos	30	46,9	46,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

La mayoría de los sujetos realizó tratamientos anteriores (78.2%). Un 31.3% realizó un tratamiento y un 46.9% realizó dos o más tratamientos. Sólo un 21.9% no realizó tratamientos previos.

Modo de inicio del tratamiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Espontáneo	24	37,5	37,5	37,5
	Inducido	40	62,5	62,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

En el 62.5% de los casos el tratamiento fue inducido.

Tipo de inducción					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familiar	15	23,4	37,5	37,5
	Judicial	8	12,5	20,0	57,5
	Médica	17	26,6	42,5	100,0
	Total	40	62,5	100,0	
Perdidos	Sistema	24	37,5		
Total		64	100,0		

En un 37.5% de los casos el tratamiento fue propiciado por un familiar, en el 20.0% la inducción fue judicial y en un 42.5% por un médico.

Nivel de asistencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Óptimo	4	6,3	6,3	6,3
	Muy bueno	30	46,9	46,9	53,1
	Bueno	21	32,8	32,8	85,9
	Irregular	9	14,1	14,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 6.3% de los sujetos de la muestra tiene un nivel de asistencia óptimo, un 46.9% un nivel de asistencia muy bueno, un 32.8% bueno y el 14.1% asiste de manera irregular.

Red de contención afectiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy buena	8	12,5	12,5	12,5
	Buena	20	31,3	31,3	43,8
	Escasa	26	40,6	40,6	84,4
	Nula	10	15,6	15,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 12.5% de los participantes tiene una red de contención afectiva muy buena, el 31.3% buena, el 40.6% escasa y el 15.6% nula.

Sustancia de uso problemático					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	12	18,8	18,8	18,8
	Marihuana	9	14,1	14,1	32,8
	Cocaína	37	57,8	57,8	90,6
	Pasta base	5	7,8	7,8	98,4
	Sintéticos	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

En el 18.8% de los casos la sustancia de uso problemático es el alcohol, en el 14.1% la marihuana, en el 57.8% la cocaína, en 5 casos (7.8%) la pasta base y en uno de los casos las sustancias sintéticas. Ninguno de los sujetos presenta como sustancia de uso problemático los psicofármacos o los opiáceos.

Frecuencia de uso de la sustancia problemática					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Más de una ocasión en el mes	11	17,2	17,5	17,5
	Semanal	35	54,7	55,6	73,0
	Diaria	17	26,6	27,0	100,0
	Total	63	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,6		
Total		64	100,0		

El 17.5% consume la sustancia de uso problemática en más de una ocasión en el mes, el 55.6% lo hace con una frecuencia semanal y el 27.0% con una frecuencia diaria.

Consumo de OTRAS sustancias psicoactivas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	53	82,8	84,1	84,1
	No	10	15,6	15,9	100,0
	Total	63	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,6		
Total		64	100,0		

Un 84.1% consume otras sustancias psicoactivas.

Frecuencia de uso de OTRA sustancia problemática					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una ocasión en el mes o más	11	17,2	20,8	20,8
	Semanal	26	40,6	49,1	69,8
	Diaria	16	25,0	30,2	100,0
	Total	53	82,8	100,0	
Perdidos	Sistema	11	17,2		
Total		64	100,0		

El 20.8% consume otra sustancia en una ocasión en el mes o más, el 49.1% lo hace con una frecuencia semanal y el 30.2% con una frecuencia diaria.

Patología dual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	16	25,0	25,0	25,0
	No	48	75,0	75,0	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 25.0% de los sujetos presenta patología dual.

Medicación psiquiátrica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	33	51,6	51,6	51,6
	No	31	48,4	48,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 51.6% toma medicación psiquiátrica.

Sostiene el tratamiento por más de 3 meses

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	55	85,9	98,2	98,2
	No	1	1,6	1,8	100,0
	Total	56	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	8	12,5		
Total		64	100,0		

El 85.9% de los sujetos sostuvo el tratamiento por más de 3 meses, un 12.5% lleva menos de tres meses en tratamiento y sólo uno de los participantes abandonó el tratamiento antes de los tres meses.

Decisión sobre el consumo al comenzar el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	59	92,2	92,2	92,2
	No	5	7,8	7,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 92.2% de los sujetos refiere que ya tenía una decisión en relación al consumo al empezar el tratamiento.

Tipo de decisión sobre el consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Reducir/Regular el consumo de la sustancia problema	6	9,4	10,2	10,2
	Reducir/Regular el consumo de todas las sustancias	2	3,1	3,4	13,6
	Detener el consumo (abstinencia) de la sustancia problema	23	35,9	39,0	52,5
	Detener el consumo (abstinencia) de todas las sustancia	26	40,6	44,1	96,6
	5	2	3,1	3,4	100,0
	Total	59	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	5	7,8		
Total		64	100,0		

El 10.2% refiere que su decisión era regular/reducir el consumo de la sustancia problemática, el 3.4% (2 de los participantes) regular/reducir el consumo de todas las sustancias, el 39.0% detener el consumo (abstinencia) de la sustancia problema, el 44.1% detener el consumo (abstinencia) de todas las sustancias y el 3.4% no respondió la pregunta (no sabe/ no contesta).

Cambio de decisión durante el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	20	31,3	31,3	31,3
	No	44	68,8	68,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 31.3% refiere haber cambiado su decisión sobre el consumo durante el tratamiento.

Ayuda del tratamiento para sostener al decisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mucho	36	56,3	56,3	56,3
	Bastante	22	34,4	34,4	90,6
	Más o menos	4	6,3	6,3	96,9
	Poco	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 56.3% sostiene que el tratamiento lo ayuda mucho a sostener la decisión sobre el consumo, el 34.4% que lo ayuda bastante, el 6.3% que lo ayuda más o menos y el 3.1% que lo ayuda poco. Ninguno de los sujetos refiere que no lo ayuda nada.

Efecto de participar en las decisiones del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy positivo	36	56,3	56,3	56,3
	Positivo	27	42,2	42,2	98,4
	Ni positivo ni negativo	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 56.3% de los sujetos refiere que participar en las decisiones de su tratamiento es muy positivo, el 42.2% que es positivo y un sujeto (1.6%) que no es ni positivo ni negativo.

Participar activamente en la toma de decisiones respecto a tu relación al consumo te ayuda a sostener el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mucho	41	64,1	64,1	64,1
	Bastante	22	34,4	34,4	98,4
	Más o menos	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

El 64.1% de los sujetos refiere que participar activamente de las decisiones de su tratamiento lo ayuda mucho a poder sostenerlo, el 34.4% que lo ayuda bastante y uno de los sujetos (1.6%) que lo ayuda más o menos. Ninguno de los sujetos refiere que los ayuda poco o nada.

Correlaciones de Spearman entre nivel de asistencia, tratamientos anteriores, red de contención afectiva y frecuencia de consumo

	1	2	3	4	5	6
1.Nivel de asistencia	-	,00	-,24†	,39**	,02	-,18
2.Edad		-	,28*	,13	,02	,08
3.Tratamientos anteriores			-	-,24†	-,08	,29*
4.Red de contención afectiva				-	-,25†	-,14
5.Frecuencia de uso de la sustancia problemática					-	-,06
6.Frecuencia de uso de otra sustancia problemática						-

† $p < .06$, * $p < .05$, ** $p < .01$ ⁵

No existe una asociación significativa entre la edad y el nivel de asistencia ($r_s = .00$, $p = .999$).

Se encontró una correlación positiva entre la red de contención afectiva y el nivel de asistencia ($r_s = .39$, $p = .001$). Es decir, cuanto mayor es la presencia de la red, mayor es el nivel de asistencia. Esta asociación tiene un tamaño de efecto mediano. Por otro lado, se encontró una correlación positiva con significación marginal entre el número de tratamientos anteriores y el nivel de asistente ($r_s = .24$, $p = .057$). Cuanto mayor es el número de tratamientos anteriores mayor es la asistencia. Esta relación tiene un tamaño de efecto que tiende a ser mediano.

No se encontró relación entre el nivel de asistencia ($r_s = .02$, $p = .872$) y el nivel educativo, ni la frecuencia del consumo de sustancias ($r_s = -.18$, $p = .190$).

5 El reducido número de casos con los que se contó para estos análisis aumenta la probabilidad de desechar por insignificantes relaciones que no lo son (error de tipo II). Es por esto que, aunque estas asociaciones tienen una significación marginal, se considera importante tenerlas en cuenta. Futuras investigaciones deberán profundizar en el estudio de estas relaciones aumentando los tamaños muestrales.

El p indica la significación estadística. Cuando es menor a .05 hay un 5% de probabilidad de error de Tipo I (aceptar una asociación que no existe). El error de tipo II es el de rechazar una asociación que sí existe. El tamaño del efecto, es decir el r , es un complemento para reducir ese tipo de error.

Diferencias en el nivel de asistencia en función de la situación laboral (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Situación Laboral	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Trabaja	26	33,63	874,50
	No trabaja	38	31,72	1205,50
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	464,500
W de Wilcoxon	1205,500
Z	-,435
Sig. asintót. (bilateral)	,663

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de asistencia entre los participantes que trabajan y los que no ($U = 464.50$, $p = .663$, $r = -.05$).

Diferencias en el nivel de asistencia en función de la búsqueda laboral (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Busca trabajo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Busca trabajo	24	30,96	743,00
	No busca trabajo	40	33,43	1337,00
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	443,000
W de Wilcoxon	743,000
Z	-,554
Sig. asintót. (bilateral)	,580

a. Variable de agrupación: Busca trabajo.

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de asistencia entre los participantes que buscan trabajo y los que no ($U = 443.00$, $p = .580$, $r = -.08$).

Diferencias en el nivel de asistencia en función del sexo (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Masculino	42	33,55	1409,00
	Femenino	22	30,50	671,00
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	418,000
W de Wilcoxon	671,000
Z	-,671
Sig. asintót. (bilateral)	,502

a. Variable de agrupación: Sexo.

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de en función del sexo (U = 418.00, p = .502, r = -.08).

Diferencias en el nivel de asistencia en función del modo de inicio del tratamiento (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Modo de inicio del tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Espontáneo	24	36,46	875,00
	Inducido	40	30,13	1205,00
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	385,000
W de Wilcoxon	1205,000
Z	-1,422
Sig. asintót. (bilateral)	,155

a. Variable de agrupación: Modo de inicio del tratamiento

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de asistencia entre los participantes que iniciaron su tratamiento de manera espontánea y los que lo hicieron inducidos por otro (U = 385.00, p = .155, r = -.18).

Tablas de contingencia y pruebas de Ji cuadrado para la asociación entre el tipo de inducción y el nivel de asistencia

Tabla de contingencia Nivel de asistencia * Tipo de inducción						
			Tratamiento inducido por			Total
			Familiar	Judicial	Médica	
Nivel de asistencia	Óptimo	Recuento	3	0	0	3
		% dentro de Nivel de asistencia	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Muy bueno	Recuento	6	3	6	15
		% dentro de Nivel de asistencia	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	Bueno	Recuento	3	5	7	15
		% dentro de Nivel de asistencia	20,0%	33,3%	46,7%	100,0%
	Irregular	Recuento	3	0	4	7
		% dentro de Nivel de asistencia	42,9%	0,0%	57,1%	100,0%
Total		Recuento	15	8	17	40
		% dentro de Nivel de asistencia	37,5%	20,0%	42,5%	100,0%

En esta tabla no se cumplen los supuestos para usar la prueba de chi cuadrado pero las frecuencias pueden ser utilizadas para un análisis descriptivo.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,473a	6	,149
Razón de verosimilitudes	11,748	6	,068
Asociación lineal por lineal	2,491	1	,115
N de casos válidos	40		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,487	,149
	V de Cramer	,344	,149
N de casos válidos		40	

La prueba de chi cuadrado no se puede aplicar porque más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se observa una tendencia.

Análisis complementarios

Tabla de contingencia Asistencia dicotómica * Tipo de inducción				
Familiar Médica			Tratamiento inducido por	
Asistencia dicotómica	Óptimo/Muy bueno	Recuento	9	6
		% dentro de Asistencia dicotómica	60,0%	40,0%
	Bueno/Regular	Recuento	6	11
		% dentro de Asistencia dicotómica	35,3%	64,7%
Total		Recuento	15	17
		% dentro de Asistencia dicotómica	46,9%	53,1%

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,953a	1	,162		
Corrección por continuidad ^b	1,087	1	,297		
Razón de verosimilitudes	1,972	1	,160		
Estadístico exacto de Fisher				,287	,149
Asociación lineal por lineal	1,892	1	,169		
N de casos válidos	32				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,247	,162
	V de Cramer	,247	,162
N de casos válidos		32	

Diferencias en el nivel de asistencia en función si el tratamiento es inducido por un familiar o médico (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Tipo de inducción	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Familiar	15	18,90	283,50
	Médica	17	14,38	244,50
	Total	32		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	91,500
W de Wilcoxon	244,500
Z	-1,428
Sig. asintót. (bilateral)	,153
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,176 ^b

a. Variable de agrupación: Tratamiento inducido por

b. No corregidos para los empates.

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de asistencia de los sujetos que refieren haber sido llevados a tratamiento por un familiar o un médico ($U = 91.50$, $p = .153$, $r = -.25$).

FUNDACION
CONVIVIR

Diferencias en el nivel de asistencia en función del tipo de sustancia problemática (Prueba de Mann-Whitney)

Debido al bajo número de sujetos en cada categoría de sustancias psicoactivas no se pudieron hacer comparaciones en la asistencia en función de la sustancia problemática⁶.

Rangos				
	Sustancia de uso problemático	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Alcohol	12	31,46	377,50
	Pasta base	37	22,91	847,50
	Total	49		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	144,500
W de Wilcoxon	847,500
Z	-1,946
Sig. asintót. (bilateral)	,052

a. Variable de agrupación: Sustancia de uso problemático

⁶ Sólo los usuarios que consumen alcohol y pasta base poseen un número de casos adecuados para intentar una comparación. Se advierte que los consumidores de pasta base tienen menor asistencia.

Análisis complementarios

Tablas de contingencia

			Sustancia de uso problemático					Total
			Alcohol	Cocaína	Pasta base	Sintéticos	Opiáceos	
Nivel de asistencia	Irregular	Recuento	1	0	6	2	0	9
		% dentro de Nivel de asistencia	11,1%	0,0%	66,7%	22,2%	0,0%	100,0%
	Bueno	Recuento	2	3	16	0	0	21
		% dentro de Nivel de asistencia	9,5%	14,3%	76,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	Muy bueno	Recuento	8	4	14	3	1	30
		% dentro de Nivel de asistencia	26,7%	13,3%	46,7%	10,0%	3,3%	100,0%
	Óptimo	Recuento	1	2	1	0	0	4
		% dentro de Nivel de asistencia	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	12	9	37	5	1	64
		% dentro de Nivel de asistencia	18,8%	14,1%	57,8%	7,8%	1,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,672a	12	,207
Razón de verosimilitudes	17,245	12	,141
Asociación lineal por lineal	2,963	1	,085
N de casos válidos	64		

a. 16 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,495	,207
	V de Cramer	,286	,207
N de casos válidos		64	

Diferencias en el nivel de asistencia en función de la presencia de patología dual (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Patología dual	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Sí	16	27,94	447,00
	No	48	34,02	1633,00
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	311,000
W de Wilcoxon	447,000
Z	-1,221
Sig. asintót. (bilateral)	,222

a. Variable de agrupación: Patología dual

No hay una diferencia significativa en el nivel de asistencia en función de la existencia o no de patología dual (U = 311.00, p = .222, r = -.15).

Diferencias en el nivel de asistencia en función del consumo de medicación psiquiátrica (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Medicación psiquiátrica	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Sí	33	30,21	997,00
	No	31	34,94	1083,00
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	436,000
W de Wilcoxon	997,000
Z	-1,094
Sig. asintót. (bilateral)	,274

a. Variable de agrupación: Medicación psiquiátrica

No hay una diferencia significativa en el nivel de asistencia en función del consumo de medicación psiquiátrica (U = 436.00, p = .274, r = -.14).

Correlaciones de Spearman entre nivel de asistencia y percepción de los efectos del tratamiento

	1	2	3	4
1. Nivel de asistencia	-	,25*	,28*	,17
2. Ayuda del tratamiento para sostener al decisión		-	,35**	,29*
3. Efecto de participar en las decisiones del tratamiento			-	,22
4. Participar activamente en la toma de decisiones respecto a tu relación al consumo te ayuda a sostener el tratamiento				-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Se encontró una asociación significativa entre en nivel de asistencia y la percepción del efecto de participar en las decisiones del tratamiento ($r_s = .28$, $p = .024$). Es decir, cuanto más positiva es la percepción de la posibilidad de tomar decisiones, mayor es el nivel de asistencia. En este mismo sentido cuanto mayor es la percepción de los sujetos de que el tratamiento los ayuda a sostener su decisión frente al consumo, mayor es su nivel de asistencia ($r_s = .25$, $p = .043$). No se encontró asociación entre el nivel de asistencia y la percepción de que "participar activamente en la toma de decisiones respecto a tu relación al consumo te ayuda a sostener el tratamiento" ($r_s = .17$, $p = .168$).

FUNDACION
CONVIVIR

Análisis complementarios

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	Efecto de participar en las decisiones del tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Positivo	27	26,80	723,50
	Muy positivo	36	35,90	1292,50
	Total	63		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	345,500
W de Wilcoxon	723,500
Z	-2,108
Sig. asintót. (bilateral)	,035

a. Variable de agrupación: Efecto de participar en las decisiones del tratamiento.

Este resultado coincide con la correlación, los que perciben que el efecto es muy positivo tienen un mayor nivel de asistencia que los que perciben que es positivo ($U = 345.50$, $p = .035$, $r = -.27$).

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	Participar activamente en la toma de decisiones respecto a tu relación al consumo te ayuda a sostener el tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Bastante	22	29,23	643,00
	Mucho	41	33,49	1373,00
	Total	63		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	390,000
W de Wilcoxon	643,000
Z	-,952
Sig. asintót. (bilateral)	,341

a. Variable de agrupación: Participar activamente en la toma de decisiones respecto a tu relación al consumo te ayuda a sostener el tratamiento

No hay diferencias significativas en el nivel de asistencia de los sujetos que perciben que participar activamente en la toma de decisiones respecto al consumo los ayuda a mucho a sostener el tratamiento respecto a los que perciben que los ayuda bastante (U = 390.00, p = .341, r = -.12).

Diferencias en el nivel de asistencia en función de si hubo un cambio de decisión durante el tratamiento (Prueba de Mann-Whitney)

Rangos				
	Cambio de decisión durante el tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de asistencia	Sí	20	29,65	593,00
	No	44	33,80	1487,00
	Total	64		

Estadísticos de contraste ^a	
	Nivel de asistencia
U de Mann-Whitney	383,000
W de Wilcoxon	593,000
Z	-,891
Sig. asintót. (bilateral)	,373

a. Variable de agrupación: Cambio de decisión durante el tratamiento.

No hay diferencias en el nivel de asistencia de aquellos sujetos que cambiaron su decisión frente al consumo durante el tratamiento y aquellos que no lo hicieron (U = 383.00, p = .373, r = .11).

Tablas de contingencia

Tabla de contingencia Consumo de OTRAS sustancias psicoactivas * Tipo de decisión sobre el consumo								
			Tipo de decisión sobre el consumo					Total
			Reducir/ Regular el consumo de la sustancia problema	Reducir/ Regular el consumo de todas las sustancias	Detener el consumo (absti- nencia) de la sustancia problema	Detener el consumo (absti- nencia) de todas las sustancia	5	
Consumo de OTRAS sustancias psicoactivas	Sí	Recuento	4	2	17	24	2	49
		% dentro de Consumo de OTRAS sustan- cias psicoactivas	8,2%	4,1%	34,7%	49,0%	4,1%	100,0%
	No	Recuento	2	0	6	1	0	9
		% dentro de Consumo de OTRAS sustan- cias psicoactivas	22,2%	0,0%	66,7%	11,1%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	6	2	23	25	2	58	
	% dentro de Consumo de OTRAS sustan- cias psicoactivas	10,3%	3,4%	39,7%	43,1%	3,4%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,677 ^a	4	,154
Razón de verosimilitudes	7,625	4	,106
Asociación lineal por lineal	3,860	1	,049
N de casos válidos	58		

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,339	,154
	V de Cramer	,339	,154
N de casos válidos		58	

Resumen y observaciones finales

Los participantes de la muestra (compuesta por un 65.6% de hombres y un 34.4% de mujeres) tienen entre 16 y 78 años.

La mayoría de los sujetos (42%) tiene un nivel educativo inferior a secundario completo. Asimismo, el 29.7% completó sus estudios secundarios y el 28.1% realizó estudios superiores (terciario o universitario).

El 40.6% de los participantes de la muestra trabaja y el 37.5% se encuentra buscando trabajo. Asimismo, el 29.7% de los participantes refiere no tener ocupación, un 17.2% son estudiantes, el 21.9% tiene empleo formal, el 15.6% empleo informal, el 12.5% está desempleado y un 3.1% es ama de casa.

El 12.5% de los participantes tiene una red de contención afectiva muy buena, el 31.3% buena, el 40.6% escasa y el 15.6% nula. Advertimos, entonces, que más de la mitad de los usuarios de la muestra presentan un déficit en sus vínculos afectivos.

El 25.0% de los sujetos presenta patología dual y el 51.6% toma medicación psiquiátrica (cabe aclarar que la experiencia clínica muestra que un alto porcentaje de ellos la toma de manera incorrecta, es decir, de un modo diferente al indicado por el equipo tratante).

Resulta importante destacar que la mayoría de los participantes realizó tratamientos anteriores (78.2%), lo cual evidencia la cronicidad de la problemática y las dificultades en poder arribar a una cura definitiva. De esta forma, un 31.3% realizó un tratamiento y un 46.9% realizó dos o más tratamientos. Sólo un 21.9% no realizó tratamientos previos.

Respecto a la modalidad de inicio del tratamiento, en el 62.5% de los casos fue inducido por un agente externo al usuario. En un 37.5% la inducción fue realizada por un familiar, en el 20.0% fue judicial y en un 42.5% la realizó un profesional de la salud.

Respecto a las sustancias de uso, en el 18.8% de los casos la sustancia de uso problemático es el alcohol, en el 14.1% la marihuana, en el 57.8% la cocaína, en 5 casos (7.8%) la pasta base y en uno de los casos las sustancias sintéticas. Ninguno de los sujetos presenta como sustancia de uso problemático los psicofármacos o los opiáceos. Asimismo, la experiencia clínica evidencia que los individuos con frecuencia inician (y sostienen) el consumo de sustancias como respuesta ante la no resolución de escenarios problemáticos, pérdidas, frustraciones. A su vez, se advierte con insistencia las dificultades de los usuarios en poder hablar de aquellos episodios dolorosos

y subjetivar un padecimiento. Entendemos que en un tratamiento debemos disponer las condiciones que permitan al sujeto la producción de un saber propio que se revela inicialmente como ausente, acompañando la escritura de un trayecto que no puede ser sino singular (ausente en los datos de inicio). De esta forma, es frecuente que los usuarios consuman ciertas sustancias (en particular, marihuana) de manera recreativa, sin ubicar allí problemática alguna. Sin embargo, es frecuente que el avance del tratamiento deja ver allí problemáticas que, de inicio, se mostraban ausentes. Estos consumos, bajo la apariencia de ser inocuos (de tinte recreativo), impiden la emergencia de pensamientos y estados de ánimo negativos dignos de atención clínica.

Asimismo, el 17.5% consume la sustancia de uso problemática en más de una ocasión en el mes, el 55.6% lo hace con una frecuencia semanal y en el 27.0% de los casos el consumo es diario. A su vez, la mayoría de los usuarios (84.1%) consume otras sustancias psicoactivas. Esto nos muestra que el policonsumo es muchas veces la norma y no una rara excepción. De esta forma, el 20.8% consume otra sustancia en una ocasión en el mes o más, el 49.1% lo hace con una frecuencia semanal y el 30.2% con una frecuencia diaria.

Respecto a los datos estrictamente vinculados a la adherencia, advertimos que la asistencia al tratamiento en un 6.3% de los casos es óptima, en un 46.9% el nivel de asistencia muy bueno, en un 32.8% bueno y el 14.1% de los sujetos asiste de manera irregular. Asimismo, un alto porcentaje de los participantes de la muestra (85.9%) sostuvo el tratamiento por más de 3 meses (un 12.5% llevaba menos de tres meses en tratamiento al momento del análisis de datos y sólo uno de los participantes abandonó el tratamiento antes de los tres meses)

Las entrevistas realizadas a los participantes (efectuadas desde una perspectiva no abstenionista, que pone en primer plano la elección de los usuarios) arrojaron los siguientes datos. El 92.2% de los sujetos refiere que ya tenía una decisión en relación al consumo al empezar el tratamiento. El 10.2% refiere que su decisión era regular/reducir el consumo de la sustancia problemática, el 3.4% (sólo 2 de los participantes) regular/reducir el consumo de todas las sustancias, el 39.0% detener el consumo (abstinencia) de la sustancia problema, el 44.1% detener el consumo (abstinencia) de todas las sustancias y el 3.4% no respondió la pregunta (no sabe/ no contesta). Asimismo, el 31.3% refiere haber cambiado su decisión sobre el consumo durante el tratamiento.

Si analizamos el contenido de las respuestas de los usuarios encontramos algunas recurrencias. Varios refieren no querer dejar el consumo de marihuana (algunos pretenden no modificar ese consumo mientras que otros, regularlo). Asimismo, detener el consumo de cocaína (abstinencia) también se presenta con una frecuencia considerable en los dichos de los usuarios.

La mayoría de los participantes (56.3%) refiere que el tratamiento lo ayuda mucho a sostener su decisión sobre el consumo, el 34.4% que lo ayuda bastante, el 6.3% que lo ayuda más o menos y el 3.1% que lo ayuda poco. Ninguno de los sujetos manifiesta que no lo ayuda nada.

Respecto a los que sostienen que el tratamiento los ayuda mucho, observamos que el contenido de las respuestas es variado. Aparecen con frecuencia la contención, la escucha, el acompañamiento en la toma y el sostenimiento de decisiones. Advertimos, a vez, que los paciente valoran el hecho de no ser juzgados ("En el tratamiento puedo expresarme libremente y sin condicionamientos; eso me ayuda a sostenerme en mi decisión de no consumir.", "Encontré un lugar en el que puedo hablar de lo que me pasa sin ser juzgado", "Es un fuerte apoyo, no juzgan, no obligan a tener una abstinencia; siento que la decisión queda de mi lado", "Me alivia sentirme escuchada y contenida en mi problemática, sin ser juzgada", "Siento la libertad para hablar de todo, confío en el equipo profesional y me siento tratado como una persona y no como un «bicho raro». ", "Puedo hablar con libertad sin ser juzgado", Siento que tengo un lugar al cual recurrir sin que me juzguen y me dan apoyo en mis decisiones"). Contenidos similares encontramos en las respuestas de aquellos usuarios que respondieron que el tratamiento los ayuda bastante a sostener su decisión respecto al consumo.

Por otra parte, en los participantes que respondieron que el tratamiento los ayuda más o menos o que los ayuda poco también advertimos recurrencias en el contenido de las respuestas. En estos casos, los argumentos muestran un tinte individualista ("Depende de mí principalmente", "La decisión de detener el consumo es mía, considero que en el tratamiento trabajo otros problemas", "Más allá del tratamiento hacerse cargo y dejar de consumir en una decisión mía", "La decisión es mía al margen del tratamiento").

En la misma línea, el 56.3% de los sujetos refiere que participar en las decisiones de su tratamiento es muy positivo, el 42.2% que es positivo y un sujeto (1.6%) que no es ni positivo ni negativo.

Resulta importante destacar que la mayoría de los sujetos (64 %) refiere que participar activamente de las decisiones de su tratamiento lo ayuda mucho a sostenerlo, el 34.4% que lo ayuda bastante y sólo uno de los sujetos (1.6%) que lo ayuda más o menos. Ninguno de los participantes refiere que los ayuda poco o nada.

Retomando al análisis de la asistencia al tratamiento, el procesamiento de datos arrojó los siguientes resultados.

No existe una asociación significativa entre la edad y el nivel de asistencia. Por otra parte, se encontró una correlación positiva entre la red de contención afectiva y el nivel de asistencia.

Es decir, cuanto mayor es la presencia de la red, mayor es el nivel de asistencia. Esta asociación tiene un tamaño de efecto mediano. A su vez, se advierte una correlación positiva con significación marginal entre el número de tratamientos anteriores y el nivel de asistente. Cuanto mayor es el número de tratamientos anteriores mayor es la asistencia. Esta relación tiene un tamaño de efecto que tiende a ser mediano.

No se encontró relación entre el nivel de asistencia y el nivel educativo, ni la frecuencia del consumo de sustancias. No existe tampoco una asociación significativa entre la edad y el nivel de asistencia.

No se advierte relación entre el nivel de asistencia y el nivel educativo, ni la frecuencia del consumo de sustancias.

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de asistencia de los sujetos que refieren haber sido llevados a tratamiento por un familiar o un médico.

No hay una diferencia de peso en el nivel de asistencia en función de la existencia o no de patología dual. Tampoco se advierte una diferencia significativa en el nivel de asistencia en función del consumo de medicación psiquiátrica.

Por otra parte, se encontró una asociación significativa entre en nivel de asistencia y la percepción del efecto de participar en las decisiones del tratamiento. Es decir, cuanto más positiva es la percepción de la posibilidad de tomar decisiones, mayor es el nivel de asistencia. Esto reafirma una de nuestras hipótesis iniciales respecto a la importancia de la participación activa de los usuarios: la posibilidad de tomar decisiones en el curso y expectativas del tratamiento favorece la adherencia. En este mismo sentido cuanto mayor es la percepción de los sujetos de que el tratamiento los ayuda a sostener su decisión frente al consumo, mayor es su nivel de asistencia. No se encontró asociación entre el nivel de asistencia y la percepción de que participar activamente en la toma de decisiones respecto a tu relación al consumo te ayuda a sostener el tratamiento.

En la misma línea, los que perciben que el efecto es muy positivo tienen un mayor nivel de asistencia que los que perciben que es positivo.

No hay diferencias significativas en el nivel de asistencia de los sujetos que perciben que participar activamente en la toma de decisiones respecto al consumo los ayuda a mucho a sostener el tratamiento respecto a los que perciben que los ayuda bastante. Tampoco se advierten diferencias en el nivel de asistencia de aquellos sujetos que cambiaron su decisión frente al consumo durante el tratamiento de aquellos que no lo hicieron.

Bibliografía

Canal Díaz, N. (2006). *Comparación de proporciones*. In A. Guillén Serra & R.

Crespo Montero (Eds.), *Métodos Estadísticos para Enfermería Nefrológica*. Madrid, España: SEDEN.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155.

Díaz Salabert, J. (2001). "El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas". Centro provincial de drogodependencia de Málaga. *Escritos de psicología*, ISSN 1138-2635, Nº 5, 2001, págs. 21-35.

Gonzalvo Cirac, B. (2011). "Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis". Universitat Internacional de Catalunya. (http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/179791/Gonzalvo_Bego%C3%B1a_Treball%20de%20RECERCA.pdf?sequence=1)

Hernández Serrano, M. A. y Londoño, N. E., (2012). "Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas". Universidad de San Buenaventura, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, issn 0123-417x (impreso), issn 2011-7485 (on line) Vol. 29, n.º 1, enero-abril 2012.

Ley Nº 23.737 (1989). Modificación del Código Penal sobre Drogas.

Ley Nº 26.657 (2010). Ley nacional de salud mental.

Ley Nº 26.934 (2014). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos

Libertad, M. A. (2013). "Acerca del concepto de adherencia terapéutica". *Revista Cubana de Salud Pública* v.32, n.3, Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006. (**versión On-line** ISSN 0864-3466)

Lois Ibáñez, E. y Álvarez García, J. A. (2009). "Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína". TAC, Asturias, 2009. (http://www.proyectohombrestur.org/fotos/Motivacion_Retencion2.pdf)

Observatorio Argentino de Drogas (2010). "Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años". (<http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=5436>)

OMS (2003). "El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura". (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>)

OMS (2004). "Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra, Suiza. (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid)

Picón Galloso, M. del C. (s/d). "Aspectos asociado al proceso de acogida en adicciones y Adherencia al tratamiento". Universidad internacional de La Rioja. (http://www.dipucadiz.es/export/sites/default/galeria_de_imagenes/drogodependencias/documentos/Investigacion1.pdf)

Poliansky, N.; Gorlero, C.; Gemini, D.; Jones, H. (2017) "Percepción de calidad de vida y estado de salud en el tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2018; 64(3): 176-184.

Rodríguez Ruiz, E. M. (2012). "¿Qué factores se asocian a la adherencia terapéutica y al Programa de Intervención Breve para adolescentes utilizado por los CAPA en el DF?". Centro de integración juvenil, A. C. Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones, Ciudad de México. (http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/factoresasocianadherencia.pdf)

Romaní, Oriol. (2008) "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño". (http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000300004)

Roncero, C; Rodriguez-Cintas, L; et al (2012). "Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio". (<http://www.actapsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-63-69-901133.pdf>)

Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba, 2003.

Sanchez, L; Díaz Morán, S, et al (2011). "Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional". CAS Vall d'Hebrón. Servicio de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Psychothema, 2011. Vol. 23, nº 1, pp. 107-113. (ISSN EDICIÓN EN PAPEL: 0214-9915)

Sirvent Ruiz, C. (2009). "Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico". *Revista Norte de salud mental*, Vol.8, nº 33, 2009. (<http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/574>)

Souza y Machorro, M. (2012). "La alianza terapéutica y el apego al tratamiento: metodología técnica en adicciones". *Revista Mexicana de Neurociencia*, año 2012, nº 6. (<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2012/rmn126g.pdf>)

Tajer, D. y Jeifetz, V. (2010). "Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación en un hospital público" *Anu. investig.* vol.17 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. 2010. (versión On-line ISSN 1851-1686)

Vidal Corominas, D. J. y Chamblás García, I. (2014). "Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción - Talcahuano". (http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/revista/25/art_7.pdf)

VV. AA. (s/d). Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios. Fundación Convivir.