

SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO DE SALUD EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (2017).

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



**FUNDACION
CONVIVIR**

www.convivir.org/
BIBLIOTECA

RESUMEN

El presente proyecto de investigación se propone valorar la percepción de la calidad de vida y el estado de salud en pacientes que realizan tratamiento en una organización de la sociedad civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (“Fundación Convivir”) que brinda tratamiento ambulatorio para personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. La muestra está compuesta por pacientes que asisten como usuarios del programa que brinda la “Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones” y pacientes que poseen cobertura privada de salud. Se trata de una investigación de carácter exploratorio-descriptivo en la que se utilizará metodología cuali-cuantitativa para la recolección y análisis de la evidencia.

Inicialmente, se relevan variables de interés (edad, género, sustancia de consumo, presencia de patología dual, presencia de red de contención familiar, sostenimiento de actividades laborales/educativas, existencia de tratamientos anteriores, modalidad de inicio del tratamiento, sistema de salud –público o privado-) con el fin de dar cuenta de las características de la muestra. En segundo lugar, se aplican dos cuestionarios preestablecidos con la finalidad de medir la calidad de vida en general y el estado de salud percibido por los pacientes. A tal fin, se utilizarán los cuestionarios “QLESQ-SF” y “SF-36” (ampliamente utilizados en investigación para objetivar estos aspectos). Luego se realiza una entrevista semidirigida con el objetivo de indagar cuestiones específicamente ligadas al consumo de sustancias en cada unidad de análisis (desencadenantes de consumo, sustancias de uso, grado de conciencia de los pacientes respecto de las consecuencias nocivas que conlleva el consumo, efectos del tratamiento). Finalmente se cruzará esta información con los datos precedentes.

Posteriormente se volcarán los resultados obtenidos al equipo tratante en “Fundación Convivir” y a la comunidad en general mediante una publicación.

PALABRAS CLAVE

tratamiento ambulatorio

consumo problemático

sustancias psicoactivas

calidad de vida y salud

FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

Las adicciones ponen de manifiesto un entramado dinámico de determinantes biológicos, psíquicos y sociales que se inscriben dejando marcas profundas en el psiquismo y en el organismo. Si bien la droga tiene efectos universales (estadísticamente frecuentes) y provoca síntomas similares (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. El consumo de sustancias psicoactivas¹ afecta el funcionamiento cerebral y generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia. Por su capacidad de arrasar la subjetividad, las adicciones requieren de un tratamiento especializado con intervenciones interdisciplinarias. Ahora bien, se deben abordar tanto las cuestiones más generalizables de la enfermedad (aspecto biológico) como las singulares (cómo se presenta la adicción en cada subjetividad). Asimismo, no puede soslayarse la implicancia social que atraviesa esta patología.

Según el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina (Observatorio Argentino de Drogas, 2010), 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 la 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.

1 Consideramos más adecuado hablar “sustancias psicoactivas” y no de “drogas” dado que la primera denominación engloba un campo de significación más amplio que la segunda. La categoría “sustancias psicoactivas” abarca todas aquellas sustancias que producen algún tipo de alteración del aparato psíquico y del estado de conciencia. Con el término “drogas”, el imaginario popular ubica sólo las sustancias ilegales. Las drogas legales (como el alcohol y los psicofármacos) tienen una mayor aceptación social que las aleja erróneamente del debate sobre los consumos problemáticos.

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.

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 esa dirección, 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 busca contribuir en 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 nueva legislación 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.

Es a partir de la sanción de la Ley Nacional y su reglamentación, que en 2014 se sanciona la Ley 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 7º de la ley 26.934 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.

Por lo antedicho, resulta prioritaria 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 involucrados en la tarea de asistencia. 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 con el afán de repensar la propia práctica. Las características de la problemática y sus constantes modificaciones requieren actualización permanente y trabajo conjunto de profesionales de la salud con otros actores del campo social.

Son múltiples los obstáculos que deben superar las instituciones y los equipos de profesionales ligados a los cambios de paradigma en torno al tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias. Producir conocimientos que faciliten y mejoren los tratamientos redundaría en mejoras de los pacientes que consultan dentro de un dispositivo ambulatorio disminuyendo además un gasto sanitario elevado por internaciones clínicas. Mejorar las estrategias terapéuticas implicaría 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.

La experiencia clínica evidencia con frecuencia que los individuos inician (y sostienen) el consumo de sustancias como respuesta ante la no resolución de escenarios problemáticos, pérdidas, frustraciones y situaciones vinculadas a la percepción de una mala calidad de vida en sentido amplio. Aunque también el observable clínico evidencia que una gran cantidad de personas inician su consumo de modo recreativo con el riesgo posterior de ser usuarios habituales y luego consumidores problemáticos. En este sentido la alta accesibilidad y disponibilidad para obtener sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, dentro de un contexto socio-cultural que empuja al exceso funcionan como un fuerte factor de riesgo. Asimismo, el uso de sustancias impacta negativamente en la salud integral de estas personas y la calidad de vida en general. Profundizar en el conocimiento de los aspectos ligados a la calidad de vida y la salud percibida por personas con problemáticas de consumo resulta de interés para su tratamiento.

La OMS define calidad de vida como “la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. A partir de esta definición resulta fundamental entenderla dentro del

modelo bio-psico-social, donde la singularidad de la persona, en tanto sujeto histórico, no puede ser soslayada, así como tampoco las circunstancias contextuales (sociales, culturales, políticas, económicas, entre otras).

En Argentina resultan escasas las investigaciones científicas que aborden las problemáticas de adicciones desde una mirada ajena al paradigma abstencionista. El presente proyecto se muestra deudor del trabajo realizado por Lorea, N. y Bruno, A. C. (2014), "Evaluación de la calidad de vida y el estado de salud percibida por personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el servicio de consultorios externos del Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones-Ex CENARESO". Se parte inicialmente del planteo allí realizado con el fin de aplicar algunas de sus premisas (en otro contexto terapéutico) y extender sus alcances.

Continuando con la propuesta de Lorea, N. y Bruno, A. C. (2014), se decidió utilizar el "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form" (Q-LES-Q-SF) para la medición de calidad de vida y el cuestionario SF-36 para hacer lo propio con el estado de salud percibido por los pacientes. El primero se esgrime como una herramienta para medir la satisfacción y el placer del paciente en su vida cotidiana. Es un instrumento genérico de calidad de vida aplicable a todo tipo de pacientes con independencia de su diagnóstico y tratamiento. El segundo presenta una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a la población general.

Actualmente los tratamientos de adicciones, en su versión más extendida, ubican al paciente un lugar de cierta pasividad, siendo el equipo tratante aquel que debe curar al enfermo (muchas veces, en contra de su voluntad). Esta perspectiva desconoce, entre otras cosas, las multideterminaciones implicadas en el malestar de cada persona y la relación ambivalente con el consumo. Contemplar las múltiples razones de la satisfacción allí implicada resulta necesario para un tratamiento del malestar que posibilite 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.

La experiencia clínica da sobradas cuentas de la necesidad de contemplar la dinámica enlazada al consumo y la responsabilidad subjetiva allí implicada. En este punto, se sostiene, como hipótesis, que una adecuada percepción de los males causados por el consumo de sustancias no redundará de manera directa en la modificación de dichas conductas. En otras palabras,

una percepción más “real” por parte de los pacientes respecto de la calidad de vida general y los perjuicios que el consumo origina, no se traduce necesariamente en avances terapéuticos.

Para finalizar, sostenemos la premisa que enuncia que un producto científico debe exponer de manera racional leyes generales que den cuenta de regularidades en los fenómenos de la experiencia; el propósito general del proyecto de investigación es realizar un aporte al avance en el entendimiento del tratamiento de pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas (en particular, la incidencia de la percepción de la calidad de vida y el estado de salud). En consecuencia, se trabajará con evidencia empírica en aras de determinar los factores que influyen en las problemáticas de consumo con el fin último de facilitar el establecimiento de programas terapéuticos específicos.

Las conclusiones arrojadas luego de la realización del proyecto 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 con el afán de repensar la práctica. Siendo el proceso de investigación un medio de confrontación de las propias representaciones y conceptos, un conocimiento más preciso debería conducir hacia el cuestionamiento de nuestras actuales creencias y presuntas verdades, permitiendo avanzar en la resolución de las problemáticas de la clínica actual.

Es por lo antedicho que resulta fundamental promover iniciativas que permitan construir espacios de intercambio y trabajo conjunto que faciliten la ampliación y actualización del campo de la investigación. Dada la complejidad de las problemáticas y sus cambios de paradigma, resulta central la producción de nuevos conocimientos en materia de clínica de adicciones. Los esfuerzos conjuntos del Estado y las ONGs en la creación de espacios de producción científica, permitirá avanzar en su tratamiento ampliando un campo de saber en constante construcción. Esto se ubica, a su vez, en consonancia con el artículo 7° de la ley 26.934 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.

OBJETIVOS

- Valorar la percepción de la calidad de vida y el estado de salud en pacientes que realizan tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas en una organización de la sociedad civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (“Fundación Convivir”).
- Correlacionar la percepción de calidad de vida con la presencia de patología dual.
- Evaluar las diferencias en la percepción de calidad de vida en pacientes con cobertura privada de salud y pacientes con cobertura pública.
- Evaluar la incidencia respecto de la cantidad de tratamientos previos y modalidad de inicio en la valoración de la calidad de vida.
- Generar conocimiento y datos de evidencia fehacientes que retroalimenten la esfera de la formación profesional y permitan contribuir a mejorar el sistema de atención sanitaria
- Plantear puntos de impasse a ser trabajados en futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

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

Las unidades de análisis serán los pacientes que asisten a una organización de la sociedad civil que brinda tratamiento ambulatorio para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas (“Fundación Convivir”) como usuarios del programa que brinda la “Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones” y pacientes que poseen cobertura privada de salud.

Se trabaja con una muestra de 60 pacientes, de sexo masculino y femenino, que realizan tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Criterios de exclusión: no forman parte de la muestra los pacientes que no firmen el consentimiento informado necesario para participar del proyecto.

1) Relevamiento de datos.

Primeramente, se toman datos de la ficha de admisión, las historias clínicas y los informes confeccionados por el equipo tratante para el seguimiento de la evolución de los pacientes en la institución (planilla evolutiva mensual). Se relevan las siguientes variables:

- Edad

- Género (M/F/otro)

- Sustancia principal de consumo

- Presencia de patología dual (S/N)²

- Presencia de red de contención familiar (S/N)³

- Sostenimiento de actividades laborales/educativas (S/N)

- Existencia de tratamientos anteriores (S/N)

- Modalidad de inicio del tratamiento (espontáneo/inducido)

- Cobertura de salud (público/privado)

2 Para la presente investigación 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 son: cantidad de internaciones psiquiátricas. Lesiones autoinflingidas.

3 Referido a la presencia de familiares continentes y que acompañan el proceso terapéutico.

2) Administración de cuestionarios.

Se toman, a toda la muestra, dos cuestionarios (en su versión en español)⁴. Se utilizará el Q-LES-Q - SF a fin de medir la percepción de calidad de vida, y el SF-36 para hacer lo propio con la percepción del estado de salud (ambas herramientas, ampliamente difundidas y utilizadas en investigación para objetivar estos aspectos).

El Q-LES-Q - SF es un cuestionario que consta de 16 ítems. Evalúa el disfrute y la satisfacción, el estado de salud física, estado de ánimo, el trabajo, actividades del hogar y el tiempo libre, las relaciones sociales y familiares, el funcionamiento diario, la vida sexual, la situación económica, el bienestar general y medicación en general. Las respuestas se ubican en una escala de 5 puntos; las puntuaciones más altas indican buena calidad de vida y las más bajas mala calidad de vida.

El cuestionario SF-36 presenta 8 escalas que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios sobre el tema, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los 36 ítems del cuestionario cubren las siguientes áreas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

3) Toma de entrevistas.

Por último, se realiza una entrevista semidirigida con el objetivo de indagar cuestiones específicamente ligadas al consumo de sustancias en cada unidad de análisis. En el marco de este proyecto resulta de central interés indagar sobre los desencadenantes del consumo, el grado de conciencia de los pacientes respecto al impacto del consumo en su salud y el motivo de consulta. Para finalizar, la información recabada en la entrevista se pone en tensión con los resultados de los cuestionarios y las características de la muestra previamente delineadas.

4) Análisis estadístico.

En primera instancia se lleva a cabo un análisis descriptivo de la muestra (distribución de frecuencias de las variables categóricas) a fin de dar cuenta de sus características.

4 En algunos casos los cuestionarios fueron auto administrados, en otros se requirió la asistencia de los investigadores.

En segundo lugar se realiza un análisis exploratorio de la distribución de las variables con el objetivo de determinar el tipo de procesamiento estadístico a utilizar (Ver “Análisis preliminares”). Como consecuencia de dicho análisis se decidió la utilización de pruebas no paramétricas (Ver “Análisis principal”).

5) Escritura y publicación de los resultados.

Las conclusiones arrojadas luego de la realización del proyecto serán volcadas a la comunidad científica mediante la publicación de sus resultados (on line) y/o la realización de una jornada científica que permita cerrar la espiral propia de todo trabajo epistémico. A su vez, estas conclusiones serán comunicadas de manera pormenorizada al equipo tratante de “Fundación Convivir” con el objetivo de realizar las modificaciones necesarias en el tratamiento de la población estudiada dado que el presente proyecto apunta de manera directa a generar información que luego retroalimente la esfera de la formación profesional.



FUNDACION
CONVIVIR

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Análisis preliminares

En primer lugar se realizó un análisis exploratorio de los datos. Se estudió la distribución de las variables con el objetivo de determinar el tipo de procesamiento estadístico que iba a utilizarse, paramétrico o no paramétrico, - ver resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov -. Se utilizó esta prueba por ser la recomendada para muestras con más de 50 casos (Blanca Mena, 2012). La normalidad en la distribución de las variables no puede asumirse en todos los casos. También se analizó la asimetría y curtosis de las variables estudiadas. Algunos de los índices superan el rango de -2 a 2, criterio sugerido por Muthén y Kaplan (1985, 1992) y Bandalos y Finney (2010) citados en Lloret-Segura et al. (2014).

Considerando ambos criterios, se recomienda el uso de pruebas no paramétricas que son las que se presentan en este informe. Se encuentran los resultados utilizando pruebas paramétricas para su consulta.

Análisis principal

Para la comparación de las variables en función del sexo, tipo de sustancia problemática (alcohol, marihuana y cocaína), cobertura de salud, situación laboral, presencia de patología dual y cantidad de tratamientos anteriores, se realizaron pruebas U de Mann-Whitney. Para estudiar la magnitud del efecto se utilizó la r de Pearson. Para su interpretación se tomaron los criterios de Cohen (1992) - (bajo = .10; mediano = .30; alto = .50).

Algunas comparaciones no pudieron ser efectuadas porque uno de los grupos tenía un n demasiado bajo (menor a 15 casos).

Se analizó la relación entre la calidad de vida percibida y la percepción de estado de salud con el índice de correlación Rho de Spearman (r_s). Se utilizó 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.

Análisis descriptivos

Distribución de frecuencias de las variables categóricas

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	40	66,7	66,7	66,7
	Femenino	20	33,3	33,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

La muestra está compuesta por un 66.7% de hombres y un 33.3% de mujeres.

Sustancia uso problemático (Alcohol)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	28	46,7	46,7	46,7
	No	32	53,3	53,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 46.7% de los sujetos refiere que su sustancia de uso problemática es el alcohol.

Sustancia uso problemático (Tabaco)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	60	100,0	100,0	100,0

Ninguno de los sujetos de la muestra refiere que el tabaco sea la sustancia de uso problemático.

Sustancia uso problemático (Psicofármacos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	7	11,7	11,7	11,7
	No	53	88,3	88,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 11.7% de los sujetos de la muestra refiere problemas con el consumo de psicofármacos.

Sustancia uso problemático (Marihuana)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	17	28,3	28,3	28,3
	No	43	71,7	71,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 28.3% ubica a la marihuana como sustancia de uso problemático.

Sustancia uso problemático (Cocaína)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	41	68,3	68,3	68,3
	No	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 68.3% refiere tener problemas con el consumo de cocaína.

Sustancia uso problemático (Pasta Base)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	11	18,3	18,3	18,3
	No	49	81,7	81,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 18.3% tiene problemas con el consumo de pasta base.

Sustancia uso problemático (Sintéticos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	3,3	3,3	3,3
	No	58	96,7	96,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Sólo dos de los participantes (el 3.3%) refiere tener problemas con el consumo de sintéticos.

Sustancia uso problemático (Opiáceos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	1	1,7	1,7	1,7
	No	59	98,3	98,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Únicamente un participante (1.7%) tiene problemas con el consumo de opiáceos.

Patología Dual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	22	36,7	36,7	36,7
	No	38	63,3	63,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 36.7% de la muestra presenta patología dual.

Presencia de Red de Contención Familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	51	85,0	85,0	85,0
	No	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

La mayoría de los sujetos de la muestra presenta red de contención familiar (85%).

Trabaja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	29	48,3	48,3	48,3
	No	25	41,7	41,7	90,0
	99,0	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 48.3% de los sujetos de la muestra trabaja. A su vez, del total de sujetos en condiciones de trabajar (90%) un 53.7% trabaja y un 46.3% no lo hace.

Busca Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	8	13,3	13,3	13,3
	No	46	76,7	76,7	90,0
	99,0	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Ocho de los sujetos de la muestra (13.3%) se encuentran buscando trabajo.

Escolarización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	10,0	10,0	10,0
	No	3	5,0	5,0	15,0
	99,0	51	85,0	85,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

De los sujetos menores de edad, seis (66.7%) se encuentran escolarizados y tres (33.3%) no lo están.

Tratamientos anteriores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno tratamiento	8	13,3	13,3	13,3
	Un tratamiento	26	43,3	43,3	56,7
	dos o más tratamientos	26	43,3	43,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

La mayoría de los sujetos realizó tratamientos anteriores (86.6%). Un 43.3% realizó un tratamiento y un 43.3% realizó dos o más tratamientos. Del total de la muestra sólo un 13.3% no realizó tratamientos previos.

Modalidad de inicio de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Espontáneo	18	30,0	30,0	30,0
	Inducido	42	70,0	70,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

En el 70% de los casos el inicio del tratamiento fue inducido.

Quién solicita el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familiar	22	36,7	36,7	36,7
	Judicial	9	15,0	15,0	51,7
	Médico	10	16,7	16,7	68,3
	Otros	1	1,7	1,7	70,0
	99,0	18	30,0	30,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

En un 52.4% de los casos el tratamiento fue propiciado por un familiar, en el 21.4% la inducción fue judicial, en un 23.8% por un médico y en un único caso por una entidad distinta a las mencionadas.

Sistema de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	29	48,3	48,3	48,3
	Privado	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 48.3% de los sujetos pertenece al sistema de salud público.

Primera sustancia psicoactiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	29	48,3	48,3	48,3
	Tabaco	24	40,0	40,0	88,3
	Marihuana	3	5,0	5,0	93,3
	Cocaína	3	5,0	5,0	98,3
	Otras	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

En un 48.3% de los casos la primera sustancia de consumo fue el alcohol, en un 40% el tabaco, tres de los sujetos (5%) inició con el consumo de marihuana, tres (5%) con el consumo de cocaína y un solo sujeto con otra sustancia.

Situación inicio de consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	13	21,7	21,7	21,7
	No	47	78,3	78,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 21.7% de los sujetos refiere que hubo una situación específica que lo llevó a iniciar el consumo. Con lo cual un 78.3% de los sujetos inició el consumo de modo recreativo.

Otras sustancias psicoactivas primer año de consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,0	19	31,7	31,7	31,7
	1,0	25	41,7	41,7	73,3
	2,0	11	18,3	18,3	91,7
	3,0	3	5,0	5,0	96,7
	4,0	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 31.7% no probó otras sustancias en el año posterior al inicio del consumo.

El 41.7% probó una sustancia en el año posterior al inicio del consumo, el 18.3% dos, el 5% tres y un 3.3% probó 4 sustancias. El total de sujetos que probó una otra sustancia o más durante los siguientes 12 meses es de 68.3%.

Otra sustancia en el año posterior al inicio del consumo ALCOHOL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	17	28,3	28,3	28,3
	No	24	40,0	40,0	68,3
	99,0	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 28.3% consumió alcohol en el año posterior al inicio de consumo.

Otra sustancia en el año posterior al inicio del consumo TABACO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	20	33,3	33,3	33,3
	No	21	35,0	35,0	68,3
	99,0	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 33.3% probó tabaco en el año posterior al inicio de consumo.

Otra sustancia en el año posterior al inicio del consumo MARIHUANA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	14	23,3	23,3	23,3
	No	27	45,0	45,0	68,3
	99,0	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 23.3% probó tabaco en el año posterior al inicio de consumo.

Otra sustancia en el año posterior al inicio del consumo COCAINA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	11	18,3	18,3	18,3
	No	30	50,0	50,0	68,3
	99,0	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 18.3% probó cocaína en el año posterior al inicio de consumo.

Otra sustancia en el año posterior al inicio del consumo PASTABASE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	3,3	3,3	3,3
	No	39	65,0	65,0	68,3
	99,0	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Dos sujetos (3.3%) probaron pasta base en el año posterior al inicio de consumo.

Frecuencia de consumo otras SPAs

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 vez al mes	11	18,3	18,3	18,3
	Semanal	21	35,0	35,0	53,3
	Diario	9	15,0	15,0	68,3
	99,0	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 31.7% no consumió otra sustancia en el año posterior al inicio de consumo. Del 68.3% restante, el 26.8% lo hizo 1 vez por mes o más, el 51.2% con frecuencia semanal y el 22% con frecuencia diaria.

Conocimientos Efectos de SPAs

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	57	95,0	95,0	95,0
	No	1	1,7	1,7	96,7
	NC	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 95% de los sujetos refiere conocer los efectos nocivos del consumo de sustancias.

Efecto negativo del consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	53	88,3	88,3	88,3
	No	6	10,0	10,0	98,3
	NC	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 88.3% refiere que el consumo de sustancias psicoactivas afectó de manera negativa su capacidad de concentración, de comprensión y su capacidad física.

Efecto del tratamiento actual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	55	91,7	91,7	91,7
	NC	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 91.7% de los sujetos considera que el tratamiento lo ayudó a tomar decisiones respecto de su relación al consumo de sustancias psicoactivas en favor de su calidad de vida.



FUNDACION
CONVIVIR

Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas

Estadísticos											
		EDAD	Función Física	Rol físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Salud Mental	Función Social	Rol Emocional	Calidad de vida sin ítem medicación
N	Válidos	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		34,600	86,0833	75,4167	73,5185	56,8333	57,0370	55,9722	61,6667	48,8889	50,7167
Mediana		34,500	90,0000	100,0000	77,7778	55,0000	55,5556	58,3333	62,5000	33,3333	52,0000
Moda		34,0	100,00	100,00	100,00	40,00	55,56a	54,17a	75,00	100,00	52,00a
Desv. típ.		12,3853	18,39058	38,37032	27,22360	18,70753	20,65740	20,58992	28,73265	39,99372	10,53500
Varianza		153,397	338,213	1472,281	741,124	349,972	426,728	423,945	825,565	1599,498	110,986
Asimetría		,135	-1,766	-1,105	-,918	,122	-,185	-,600	-,375	,112	-,593
Error típ. de asimetría		,309	,309	,309	,309	,309	,309	,309	,309	,309	,309
Curtosis		-,915	3,535	-,406	-,043	-,596	-,648	-,179	-,702	-1,532	,632
Error típ. de curtosis		,608	,608	,608	,608	,608	,608	,608	,608	,608	,608
Rango		44,0	100,00	125,00	100,00	80,00	77,78	83,33	100,00	100,00	54,00
Mínimo		15,0	15,00	,00	,00	20,00	11,11	4,17	,00	,00	18,00
Máximo		59,0	115,00	125,00	100,00	100,00	88,89	87,50	100,00	100,00	72,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

El puntaje de calidad de vida no incluye el ítem medicación porque no todos los sujetos de la muestra toman medicación.

EDAD				
Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15,0	2	3,3	3,3	3,3
16,0	2	3,3	3,3	6,7
17,0	2	3,3	3,3	10,0
18,0	3	5,0	5,0	15,0
19,0	1	1,7	1,7	16,7
21,0	1	1,7	1,7	18,3
22,0	3	5,0	5,0	23,3
23,0	1	1,7	1,7	25,0
25,0	2	3,3	3,3	28,3
26,0	1	1,7	1,7	30,0
28,0	1	1,7	1,7	31,7
29,0	3	5,0	5,0	36,7
31,0	2	3,3	3,3	40,0
33,0	2	3,3	3,3	43,3
34,0	4	6,7	6,7	50,0
35,0	3	5,0	5,0	55,0
37,0	3	5,0	5,0	60,0
38,0	1	1,7	1,7	61,7
39,0	2	3,3	3,3	65,0
40,0	2	3,3	3,3	68,3
41,0	2	3,3	3,3	71,7
42,0	3	5,0	5,0	76,7
44,0	2	3,3	3,3	80,0
48,0	1	1,7	1,7	81,7
49,0	1	1,7	1,7	83,3
50,0	2	3,3	3,3	86,7
51,0	2	3,3	3,3	90,0
53,0	1	1,7	1,7	91,7
54,0	1	1,7	1,7	93,3
56,0	2	3,3	3,3	96,7
57,0	1	1,7	1,7	98,3
59,0	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Correlaciones de Spearman

Se observa una correlación negativa, con un tamaño de efecto mediano, entre la edad y la función física percibida ($p < .001$), el rol físico ($p = .007$) y la vitalidad ($p = .002$). En todos los casos a mayor edad menor percepción de salud. También se observan correlaciones con significación marginal ($p < .10$) y tamaño de efecto bajo de la edad con la calidad de vida ($p = .058$) y la función social ($p = .064$). A mayor edad menor calidad de vida percibida y menor función social.

Por otro lado, la calidad de vida percibida se asocia de manera significativa y positiva con la percepción de función física ($p = .003$), salud general ($p = .003$), vitalidad ($p < .001$), salud mental ($p < .001$) y función social ($p < .001$). La correlación con función física y salud general tienen un tamaño del efecto mediano. Las correlaciones con vitalidad, salud mental y función social tienen un tamaño del efecto alto. Se observan correlaciones marginales ($p < .10$) y tamaño de efecto bajo con rol físico ($p = .085$) y rol emocional ($p = .058$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad	-	-.25 [†]	-.44**	-.35**	-.15	-.20	-.40**	-.17	-.24	-.05
Calidad de vida ¹		-	.38**	.22	.08	.38**	.66**	.71**	.54**	.25
Función Física			-	.44**	.27*	.41**	.58**	.45**	.43**	.32*
Rol físico				-	.48**	.41**	.43**	.28*	.40**	.34**
Dolor Corporal					-	.26*	.29*	.23	.30*	.12
Salud General						-	.55**	.50**	.46**	.44**
Vitalidad							-	.74**	.60**	.42**
Salud Mental								-	.68**	.38**
Función Social									-	.32*
Rol Emocional										-

* $p = .05$. ** $p = .01$.

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	GENERO	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Masculino	40	32,54	1301,50
	Femenino	20	26,43	528,50
	Total	60		
Función Física Pje Transformado	Masculino	40	33,60	1344,00
	Femenino	20	24,30	486,00
	Total	60		
Rol físico Pje Transformado	Masculino	40	32,73	1309,00
	Femenino	20	26,05	521,00
	Total	60		
Dolor Corporal Pje Transformado	Masculino	40	33,56	1342,50
	Femenino	20	24,38	487,50
	Total	60		
Salud General Pje Transformado	Masculino	40	32,19	1287,50
	Femenino	20	27,13	542,50
	Total	60		
Vitalidad Pje Transformado	Masculino	40	32,88	1315,00
	Femenino	20	25,75	515,00
	Total	60		
Salud Mental Pje Transformado	Masculino	40	33,90	1356,00
	Femenino	20	23,70	474,00
	Total	60		
Función Social Pje Transformado	Masculino	40	34,31	1372,50
	Femenino	20	22,88	457,50
	Total	60		
Rol Emocional Pje Transformado	Masculino	40	32,35	1294,00
	Femenino	20	26,80	536,00
	Total	60		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física	Rol físico	Dolor Corporal
U de Mann-Whitney	318,500	276,000	311,000	277,500
W de Wilcoxon	528,500	486,000	521,000	487,500
Z	-1,279	-1,982	-1,600	-1,961
Sig. asintót. (bilateral)	,201	,047	,110	,050

Estadísticos de contraste^a

	Salud General	Vitalidad	Salud Mental	Función Social
U de Mann-Whitney	332,500	305,000	264,000	247,500
W de Wilcoxon	542,500	515,000	474,000	457,500
Z	-1,062	-1,498	-2,138	-2,424
Sig. asintót. (bilateral)	,288	,134	,033	,015

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional
U de Mann-Whitney	326,000
W de Wilcoxon	536,000
Z	-1,204
Sig. asintót. (bilateral)	,228

a. Variable de agrupación: GENERO

Se observan diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en la percepción de función física ($r = -.25$) dolor corporal ($r = -.25$), salud mental ($r = .28$), y función social ($r = .31$). En todos los casos los hombres presentan una percepción más positiva de su salud que las mujeres. En los tres primeros casos el tamaño de efecto es bajo y en el último es mediano.

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	Sustancia uso problemático Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Sí	28	31,41	879,50
	No	32	29,70	950,50
	Total	60		
Función Física Pje Transformado	Sí	28	32,32	905,00
	No	32	28,91	925,00
	Total	60		
Rol físico Pje Transformado	Sí	28	31,63	885,50
	No	32	29,52	944,50
	Total	60		
Dolor Corporal Pje Transformado	Sí	28	33,05	925,50
	No	32	28,27	904,50
	Total	60		
Salud General Pje Transformado	Sí	28	30,64	858,00
	No	32	30,38	972,00
	Total	60		
Vitalidad Pje Transformado	Sí	28	30,38	850,50
	No	32	30,61	979,50
	Total	60		
Salud Mental Pje Transformado	Sí	28	28,86	808,00
	No	32	31,94	1022,00
	Total	60		
Función Social Pje Transformado	Sí	28	30,46	853,00
	No	32	30,53	977,00
	Total	60		
Rol Emocional Pje Transformado	Sí	28	33,48	937,50
	No	32	27,89	892,50
	Total	60		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	422,500	397,000	416,500	376,500
W de Wilcoxon	950,500	925,000	944,500	904,500
Z	-,378	-,770	-,535	-1,082
Sig. asintót. (bilateral)	,705	,441	,593	,279

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	444,000	444,500	402,000	447,000
W de Wilcoxon	972,000	850,500	808,000	853,000
Z	-,059	-,052	-,683	-,015
Sig. asintót. (bilateral)	,953	,958	,494	,988

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	364,500
W de Wilcoxon	892,500
Z	-1,284
Sig. asintót. (bilateral)	,199

a. Variable de agrupación: Sustancia uso problemático Alcohol

No se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de si la sustancia de uso problemático es el alcohol o es otra sustancia.

Prueba de Mann-Whitney

Sustancia uso problemático (Marihuana)

Rangos				
	Sustancia uso problemático (Marihuana)	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Sí	17	33,32	566,50
	No	43	29,38	1263,50
	Total	60		
Función Física Pje Transformado	Sí	17	34,47	586,00
	No	43	28,93	1244,00
	Total	60		
Rol físico Pje Transformado	Sí	17	32,94	560,00
	No	43	29,53	1270,00
	Total	60		
Dolor Corporal Pje Transformado	Sí	17	31,62	537,50
	No	43	30,06	1292,50
	Total	60		
Salud General Pje Transformado	Sí	17	30,41	517,00
	No	43	30,53	1313,00
	Total	60		
Vitalidad Pje Transformado	Sí	17	34,09	579,50
	No	43	29,08	1250,50
	Total	60		
Salud Mental Pje Transformado	Sí	17	37,47	637,00
	No	43	27,74	1193,00
	Total	60		
Función Social Pje Transformado	Sí	17	32,32	549,50
	No	43	29,78	1280,50
	Total	60		

Rol Emocional Pje Transformado	Sí	17	23,00	391,00
	No	43	33,47	1439,00
	Total	60		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	317,500	298,000	324,000	346,500
W de Wilcoxon	1263,500	1244,000	1270,000	1292,500
Z	-,788	-1,129	-,780	-,318
Sig. asintót. (bilateral)	,431	,259	,435	,750

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	364,000	304,500	247,000	334,500
W de Wilcoxon	517,000	1250,500	1193,000	1280,500
Z	-,025	-1,007	-1,949	-,516
Sig. asintót. (bilateral)	,980	,314	,051	,606

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	238,000
W de Wilcoxon	391,000
Z	-2,171
Sig. asintót. (bilateral)	,030

a. Variable de agrupación: Sustancia uso problemático (Marihuana)

Se observa una diferencia significativa a favor de quienes no presentan a la marihuana como sustancia de uso problemático en el rol emocional. El tamaño del efecto es bajo ($r = -.28$).

Por otro lado, se observa una diferencia con significación marginal en la percepción de salud mental. En este caso, los que consumen marihuana perciben mayor salud que el resto. El tamaño del efecto es bajo ($r = -.25$).

Prueba de Mann-Whitney

Sustancia uso problemático (Cocaína)

Rangos				
	Sustancia uso problemático (Cocaína)	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Sí	41	29,71	1218,00
	No	19	32,21	612,00
	Total	60		
Función Física Pje Transformado	Sí	41	30,22	1239,00
	No	19	31,11	591,00
	Total	60		
Rol físico Pje Transformado	Sí	41	29,63	1215,00
	No	19	32,37	615,00
	Total	60		
Dolor Corporal Pje Transformado	Sí	41	30,98	1270,00
	No	19	29,47	560,00
	Total	60		
Salud General Pje Transformado	Sí	41	31,39	1287,00
	No	19	28,58	543,00
	Total	60		
Vitalidad Pje Transformado	Sí	41	31,17	1278,00
	No	19	29,05	552,00
	Total	60		

Salud Mental Pje Transformado	Sí	41	30,17	1237,00
	No	19	31,21	593,00
	Total	60		
Función Social Pje Transformado	Sí	41	31,50	1291,50
	No	19	28,34	538,50
	Total	60		
Rol Emocional Pje Transformado	Sí	41	29,83	1223,00
	No	19	31,95	607,00
	Total	60		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	357,000	378,000	354,000	370,000
W de Wilcoxon	1218,000	1239,000	1215,000	560,000
Z	-,517	-,186	-,647	-,316
Sig. asintót. (bilateral)	,605	,852	,518	,752

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	353,000	362,000	376,000	348,500
W de Wilcoxon	543,000	552,000	1237,000	538,500
Z	-,582	-,440	-,215	-,660
Sig. asintót. (bilateral)	,560	,660	,830	,509

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	362,000
W de Wilcoxon	1223,000
Z	-,454
Sig. asintót. (bilateral)	,650

a. Variable de agrupación: Sustancia uso problemático (Cocaína)

No se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de si la sustancia de uso problemático es la cocaína o es otra sustancia.

Prueba de Mann-Whitney Patología dual

Rangos

	Patología Dual	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Sí	22	25,39	558,50
	No	38	33,46	1271,50
	Total	60		
Función Física Pje Transformado	Sí	22	29,14	641,00
	No	38	31,29	1189,00
	Total	60		
Rol físico Pje Transformado	Sí	22	30,73	676,00
	No	38	30,37	1154,00
	Total	60		
Dolor Corporal Pje Transformado	Sí	22	32,50	715,00
	No	38	29,34	1115,00
	Total	60		

Salud General Pje Transformado	Sí	22	32,25	709,50
	No	38	29,49	1120,50
	Total	60		
Vitalidad Pje Transformado	Sí	22	28,45	626,00
	No	38	31,68	1204,00
	Total	60		
Salud Mental Pje Transformado	Sí	22	27,93	614,50
	No	38	31,99	1215,50
	Total	60		
Función Social Pje Transformado	Sí	22	29,75	654,50
	No	38	30,93	1175,50
	Total	60		
Rol Emocional Pje Transformado	Sí	22	31,41	691,00
	No	38	29,97	1139,00
	Total	60		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	305,500	388,000	413,000	374,000
W de Wilcoxon	558,500	641,000	1154,000	1115,000
Z	-1,727	-,469	-,088	-,689
Sig. asintót. (bilateral)	,084	,639	,930	,491

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	379,500	373,000	361,500	401,500
W de Wilcoxon	1120,500	626,000	614,500	654,500
Z	-,593	-,694	-,869	-,257
Sig. asintót. (bilateral)	,553	,487	,385	,798

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	398,000
W de Wilcoxon	1139,000
Z	-,318
Sig. asintót. (bilateral)	,750

a. Variable de agrupación: Patología Dual

Se observa una diferencia con significación marginal en la percepción de la calidad de vida ($p = .085$). Los sujetos que presentan patología dual perciben una menor calidad de vida que quienes no. El tamaño de efecto es bajo ($r = .22$).

Prueba de Mann-Whitney Trabajo

Rangos				
	Trabaja	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Sí	29	29,72	862,00
	No	25	24,92	623,00
	Total	54		
Función Física Pje Transformado	Sí	29	27,02	783,50
	No	25	28,06	701,50
	Total	54		
Rol físico Pje Transformado	Sí	29	26,53	769,50
	No	25	28,62	715,50
	Total	54		
Dolor Corporal Pje Transformado	Sí	29	28,69	832,00
	No	25	26,12	653,00
	Total	54		
Salud General Pje Transformado	Sí	29	29,59	858,00
	No	25	25,08	627,00
	Total	54		
Vitalidad Pje Transformado	Sí	29	28,21	818,00
	No	25	26,68	667,00
	Total	54		
Salud Mental Pje Transformado	Sí	29	30,10	873,00
	No	25	24,48	612,00
	Total	54		
Función Social Pje Transformado	Sí	29	30,57	886,50
	No	25	23,94	598,50
	Total	54		
Rol Emocional Pje Transformado	Sí	29	27,09	785,50
	No	25	27,98	699,50
	Total	54		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	298,000	348,500	334,500	328,000
W de Wilcoxon	623,000	783,500	769,500	653,000
Z	-1,120	-,247	-,541	-,611
Sig. asintót. (bilateral)	,263	,805	,588	,541

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	302,000	342,000	287,000	273,500
W de Wilcoxon	627,000	667,000	612,000	598,500
Z	-1,054	-,358	-1,313	-1,563
Sig. asintót. (bilateral)	,292	,720	,189	,118

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	350,500
W de Wilcoxon	785,500
Z	-,216
Sig. asintót. (bilateral)	,829

a. Variable de agrupación: Trabaja

No se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de si los sujetos trabajan o no.

Prueba de Mann-Whitney

Tratamientos anteriores

Rangos				
	Tratamientos anteriores	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Un tratamiento	26	31,44	817,50
	dos o más tratamientos	26	21,56	560,50
	Total	52		
Función Física Pje Transformado	Un tratamiento	26	29,58	769,00
	dos o más tratamientos	26	23,42	609,00
	Total	52		
Rol físico Pje Transformado	Un tratamiento	26	28,44	739,50
	dos o más tratamientos	26	24,56	638,50
	Total	52		
Dolor Corporal Pje Transformado	Un tratamiento	26	28,73	747,00
	dos o más tratamientos	26	24,27	631,00
	Total	52		
Salud General Pje Transformado	Un tratamiento	26	30,42	791,00
	dos o más tratamientos	26	22,58	587,00
	Total	52		
Vitalidad Pje Transformado	Un tratamiento	26	33,08	860,00
	dos o más tratamientos	26	19,92	518,00
	Total	52		

Salud Mental Pje Transformado	Un tratamiento	26	30,10	782,50
	dos o más tratamientos	26	22,90	595,50
	Total	52		
Función Social Pje Transformado	Un tratamiento	26	29,58	769,00
	dos o más tratamientos	26	23,42	609,00
	Total	52		
Rol Emocional Pje Transformado	Un tratamiento	26	25,62	666,00
	dos o más tratamientos	26	27,38	712,00
	Total	52		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	209,500	258,000	287,500	280,000
W de Wilcoxon	560,500	609,000	638,500	631,000
Z	-2,354	-1,490	-1,059	-1,086
Sig. asintót. (bilateral)	,019	,136	,290	,277

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	236,000	167,000	244,500	258,000
W de Wilcoxon	587,000	518,000	595,500	609,000
Z	-1,875	-3,149	-1,715	-1,486
Sig. asintót. (bilateral)	,061	,002	,086	,137

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	315,000
W de Wilcoxon	666,000
Z	-,438
Sig. asintót. (bilateral)	,661

a. Variable de agrupación: Tratamientos anteriores

Se observa una diferencia significativa en la percepción de calidad de vida y vitalidad a favor de quienes realizaron solo un tratamiento anterior. Es decir, quienes realizaron un solo tratamiento anterior perciben una mayor calidad de vida ($r = -.30$) y vitalidad ($r = -.41$) que quienes realizaron 2 o más tratamientos. El tamaño de efecto es mediano en ambos casos.

También se observan diferencias con significación marginal respecto de la percepción de salud general ($r = -.24$) y salud mental ($r = -.22$). Quienes realizaron un solo tratamiento perciben mayores niveles de salud. El tamaño del efecto es bajo.

Prueba de Mann-Whitney

tipo de sistema de salud

Rangos

	Sistema de salud	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Público	29	28,95	839,50
	Privado	31	31,95	990,50
	Total	60		
Función Física Pje Transformado	Público	29	33,62	975,00
	Privado	31	27,58	855,00
	Total	60		

Rol físico Pje Transformado	Público	29	29,79	864,00
	Privado	31	31,16	966,00
	Total	60		
Dolor Corporal Pje Transformado	Público	29	28,72	833,00
	Privado	31	32,16	997,00
	Total	60		
Salud General Pje Transformado	Público	29	33,19	962,50
	Privado	31	27,98	867,50
	Total	60		
Vitalidad Pje Transformado	Público	29	32,47	941,50
	Privado	31	28,66	888,50
	Total	60		
Salud Mental Pje Transformado	Público	29	31,48	913,00
	Privado	31	29,58	917,00
	Total	60		
Función Social Pje Transformado	Público	29	30,05	871,50
	Privado	31	30,92	958,50
	Total	60		
Rol Emocional Pje Transformado	Público	29	27,71	803,50
	Privado	31	33,11	1026,50
	Total	60		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	404,500	359,000	429,000	398,000
W de Wilcoxon	839,500	855,000	864,000	833,000
Z	-,666	-1,364	-,348	-,778
Sig. asintót. (bilateral)	,505	,172	,728	,437

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	371,500	392,500	421,000	436,500
W de Wilcoxon	867,500	888,500	917,000	871,500
Z	-1,158	-,848	-,423	-,195
Sig. asintót. (bilateral)	,247	,396	,673	,845

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	368,500
W de Wilcoxon	803,500
Z	-1,244
Sig. asintót. (bilateral)	,214

a. Variable de agrupación: Sistema de salud

No se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función del tipo de sistema de salud al que pertenecen los sujetos.

Prueba de Mann-Whitney

Primera sustancia psicoactiva

Rangos				
	Primera sustancia psicoactiva	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida sin ítem medicación	Alcohol	29	29,21	847,00
	Tabaco	24	24,33	584,00
	Total	53		
Función Física Pje Transformado	Alcohol	29	29,16	845,50
	Tabaco	24	24,40	585,50
	Total	53		
Rol físico Pje Transformado	Alcohol	29	25,60	742,50
	Tabaco	24	28,69	688,50
	Total	53		
Dolor Corporal Pje Transformado	Alcohol	29	29,28	849,00
	Tabaco	24	24,25	582,00
	Total	53		
Salud General Pje Transformado	Alcohol	29	27,95	810,50
	Tabaco	24	25,85	620,50
	Total	53		
Vitalidad Pje Transformado	Alcohol	29	29,16	845,50
	Tabaco	24	24,40	585,50
	Total	53		
Salud Mental Pje Transformado	Alcohol	29	28,72	833,00
	Tabaco	24	24,92	598,00
	Total	53		
Función Social Pje Transformado	Alcohol	29	28,00	812,00
	Tabaco	24	25,79	619,00
	Total	53		
Rol Emocional Pje Transformado	Alcohol	29	27,84	807,50
	Tabaco	24	25,98	623,50
	Total	53		

Estadísticos de contraste^a

	Calidad de vida sin ítem medicación	Función Física Pje Transformado	Rol físico Pje Transformado	Dolor Corporal Pje Transformado
U de Mann-Whitney	284,000	285,500	307,500	282,000
W de Wilcoxon	584,000	585,500	742,500	582,000
Z	-1,145	-1,142	-,822	-1,200
Sig. asintót. (bilateral)	,252	,253	,411	,230

Estadísticos de contraste^a

	Salud General Pje Transformado	Vitalidad Pje Transformado	Salud Mental Pje Transformado	Función Social Pje Transformado
U de Mann-Whitney	320,500	285,500	298,000	319,000
W de Wilcoxon	620,500	585,500	598,000	619,000
Z	-,494	-1,124	-,896	-,526
Sig. asintót. (bilateral)	,622	,261	,370	,599

Estadísticos de contraste^a

	Rol Emocional Pje Transformado
U de Mann-Whitney	323,500
W de Wilcoxon	623,500
Z	-,455
Sig. asintót. (bilateral)	,649

a. Variable de agrupación: Primera sustancia psicoactiva

No se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de si la primera sustancia probada fue el alcohol o el tabaco.

RESUMEN Y OBSERVACIONES FINALES DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La muestra está compuesta por un 66.7% de hombres y un 33.3% de mujeres. El 36.7% presenta patología dual y un alto porcentaje (85%) refiere tener una red de contención familiar. Asimismo, un 48.3% de las unidades de análisis pertenece al sistema de salud público (realizan tratamiento como usuarios del programa que brinda la “Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones”) y un 51,7% poseen cobertura privada de salud.

Con respecto a las sustancias de uso, un alto porcentaje de los sujetos (46.7%) ubica al alcohol como sustancia de consumo problemático. En este punto destacamos el hecho de que el alcohol se presenta como una sustancia socialmente aceptada, de curso legal, fácil acceso y escasa regulación comercial y publicitaria. Un 11.7% de los sujetos de la muestra refiere problemas con el consumo de psicofármacos. El 28.3% ubica a la marihuana como sustancia de uso problemático. Advertimos aquí un hecho que la clínica muestra con frecuencia: un alto porcentaje de los pacientes consumen marihuana, sin embargo, sólo una porción de ellos ubica problemáticas vinculadas a dicho consumo. Muchas veces el avance del tratamiento deja ver allí problemáticas que, de inicio, se mostraban ausentes. De hecho, el consumo de marihuana actúa con frecuencia bajo la apariencia de ser un consumo inocuo (de tinte recreativo), lo que obstaculiza la emergencia de pensamientos y estados de ánimo negativos dignos de atención clínica. Continuando con la distribución de las sustancias de uso problemático, el 68.3% refiere tener problemas con el consumo de cocaína (su combinación con alcohol se presenta en forma frecuente en el discurso de los pacientes), un 18.3% tiene problemas con el consumo de pasta base, sólo dos (3.3%) de los individuos de la muestra refiere tener problemas con el consumo de sintéticos y solamente uno (1.7%) manifiesta problemas con el consumo de opiáceos. Ninguno de los sujetos de la muestra refiere que el tabaco sea una sustancia de uso problemático; en contraposición, un alto número de ellos fuma tabaco.

El 48.3% de los sujetos de la muestra trabaja. Del total de sujetos en condiciones de trabajar (90%) un 46.3% no lo hace. Asimismo, la clínica advierte, una y otra vez, sobre las dificultades que tienen los pacientes en el sostenimiento de actividades que impliquen distintos grados de responsabilidad (como trabajar y estudiar). A su vez, sólo ocho de los sujetos de la muestra (13.3%) se encuentran buscando trabajo. Por otra parte, dentro de los sujetos de la muestra menores de edad, seis (66.7%) se encuentran escolarizados y tres (33.3%) no lo están. En este punto, se

evidencia que la satisfacción inmediata pero absolutamente inútil que provoca el consumo de sustancias psicoactivas plantea una pelea desigual con el hecho de sostener una actividad, ya sea laboral o escolar, debido a la dificultad que supone el esfuerzo de trabajo y el sostenimiento en el tiempo. De este modo, las personas con consumos problemáticos tienen mayores riesgos de quedar por fuera de los factores de protección que suponen el trabajo y la escolaridad en tanto construcción social compartida.

Como dato relevante se observa que la mayoría de los sujetos realizó tratamientos anteriores (86.6%). Este alto porcentaje da cuenta de la cronicidad de la problemática (la Ley Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos - 26.934- así lo entiende), las dificultades en realizar avances significativos en el tratamiento y en lograr una buena adherencia. Veremos más adelante que esta variable incide de manera directa en la percepción de calidad de vida.

Del total de la muestra un 43.3% realizó un tratamiento y la misma cantidad realizó dos o más. En el 70% de los casos de la muestra, el inicio del tratamiento actual fue inducido. Este alto porcentaje advierte sobre las dificultades en poder asumir en primera persona la necesidad de ayuda profesional. En la misma línea, es alto el porcentaje (de alrededor de un 30%) de sujetos que solicitan una entrevista de admisión y no se presentan a ella. Aun así, vale aclarar que la modalidad de inicio del tratamiento (inducido o voluntario) poco dice sobre el destino que este tendrá, y esto permite pensar que las razones implicadas en los procesos de cura y enfermedad muchas veces escapan a los procesos volitivos de las personas. Es común advertir que el inicio del tratamiento es inducido, pero el avance del mismo permite que el paciente lo haga propio. Volviendo a la muestra analizada, vemos que dentro de los tratamientos actuales que se iniciaron en forma inducida, en un 52.4% de los casos el inicio fue propiciado por un familiar, en el 21.4% la inducción fue judicial, en un 23.8% fue realizada por un médico y en un único caso por una entidad distinta a las mencionadas. El alto porcentaje de inducción judicial para iniciar tratamiento pone de manifiesto que el consumo problemático tiende a generar en los sujetos un vínculo también problemático con la ley (las personas con consumo problemáticos de sustancian tienen mayor propensión a exponerse a situaciones de riesgo para sí o para terceros).

Con respecto al inicio del consumo, en un 48.3% de los casos la primera sustancia de consumo fue el alcohol y en un 40% el tabaco. Ambas sustancias de curso legal, de fácil acceso y con un alto grado de aceptación social. Sólo tres de los sujetos (5%) iniciaron el consumo probando marihuana, tres (5%) con cocaína y un uno con otra sustancia.

Continuando con las características del inicio de consumo, sólo un 21.7% de los sujetos refiere que hubo una situación específica que lo llevó a iniciar el consumo. La experiencia clínica

evidencia con frecuencia que los individuos inician (y sostienen) el consumo de sustancias como respuesta ante la no resolución de escenarios problemáticos, pérdidas, frustraciones. Sin embargo un 78.3% refiere que su inicio de consumo no estuvo asociado a ninguna situación específica, lo que daría cuenta de que muchos sujetos se iniciaron en el consumo de modo recreativo, con el riesgo posterior de ser usuarios habituales y luego consumidores problemáticos. Sería pertinente indagar en una posterior investigación la relación entre los inicios de consumo de sustancias psicoactivas de modo recreativo de las personas y el fuerte mandato del discurso social que empuja a extender y maximizar las experiencias de placer, lo que conlleva dificultades severas en la gestión de dicho placer excesivo por parte de las personas.

Asimismo, vemos con insistencia las dificultades de los pacientes 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 (dado que no está presente en los datos de inicio).

En la muestra analizada, advertimos que, luego de haber probado alguna sustancia, sólo un 31.7% no consumió otras en el año posterior al inicio del consumo. El total de personas que consumió una segunda sustancia dentro de los 12 meses siguientes es del 68.3%. De ese total, el 41.7% probó una sustancia, el 18.3% dos sustancias, el 5% tres sustancias y un 3.3% probó 4 sustancias. La evidencia muestra que el policonsumo es una realidad frecuente que merece atención clínica. Y si bien muchos sujetos experimentan con sustancias psicoactivas de manera meramente recreativa, en un alto porcentaje de casos esa primera experiencia es la apertura a un posible vínculo problemático con dichas sustancias.

Vemos también que casi la totalidad de la muestra (un 95%) refiere conocer los efectos nocivos del consumo de sustancias. Este dato corrobora la hipótesis (decantada del observable clínico) que sostiene que no es falta de información sobre los males que el consumo implica lo que hace que un sujeto haga o no uso de sustancias y termine en un proceso adictivo. Siguiendo esta línea, las intervenciones psicoeducativas se muestran poco eficaces: los resortes que explican una adicción son complejos, pluridimensionales y multicausales; y muchas veces se sostienen en razones de las que el paciente no puede dar cuenta. En concordancia con lo antedicho, vemos que el 88.3% refiere que el consumo de sustancias psicoactivas afectó de manera negativa su capacidad de concentración, de comprensión y su capacidad física. Es decir, los efectos negativos del consumo, en mayor o menor medida, son parte del conocimiento accesible con que cuentan las personas con problemáticas de consumo. Se observa entonces que tanto el acceso a la información sobre los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas como el registro consciente del

malestar que genera en la vida de las personas (vivida como una disminución de la percepción de la calidad de vida) no sólo no alcanzaría para frenar la impulsividad que la adicción supone, sino que tampoco implicaría la construcción de una decisión en torno a la detención del consumo.

Es importante destacar que el 91.7% de los sujetos considera que el tratamiento lo ayudó a tomar decisiones respecto de su relación al consumo de sustancias psicoactivas en favor de su calidad de vida. Justamente, el tratamiento brindado apunta sostener un recorrido que acompañe y respete las decisiones de cada paciente respecto de su relación singular con el consumo.

Con respecto a la percepción de salud, advertimos en la muestra que, a mayor edad, menor es dicha percepción. Asimismo, a mayor edad, menor calidad de vida percibida y menor función social. Por otro lado, la calidad de vida percibida se asocia de manera significativa y positiva con la percepción de función física, salud general, vitalidad, salud mental y función social. La correlación con función física y salud general tienen un tamaño del efecto mediano. Las correlaciones con vitalidad, salud mental y función social tienen un tamaño del efecto alto. Se observan, a su vez, correlaciones marginales y tamaño de efecto bajo con rol físico y rol emocional.

En relación al género, advertimos diferencias estadísticamente significativas en la percepción de función física, dolor corporal, salud mental y función social. En todos los casos los hombres presentan una percepción más positiva de su salud que las mujeres. En los tres primeros aspectos el tamaño de efecto es bajo y en el último es mediano.

No se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de si la primera sustancia consumida fue el alcohol o el tabaco.

Por el lado del consumo de cocaína, no se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de ser esta u otra la sustancia de uso problemático.

Respecto de los objetivos específicos del presente proyecto, podemos decir que el análisis realizado evidencia que los sujetos que presentan patología dual perciben una menor calidad de vida que quienes no, siendo el tamaño de efecto, bajo.

Además, no se observan diferencias significativas en la calidad de vida y la salud percibida en función de si los sujetos trabajan o no. Es decir, el trabajo como factor protector de inclusión en la vida social no es valorado por los sujetos como parte preponderante de su percepción de calidad de vida.

A su vez, advertimos una diferencia significativa en la percepción de calidad de vida y vitalidad a favor de los pacientes que no realizaron tratamientos anteriores. Quienes realizaron un solo tratamiento previo perciben una mayor calidad de vida y vitalidad que quienes realizaron dos o más tratamientos. El tamaño de efecto es mediano en ambos casos. También se observan diferencias con significación marginal respecto de la percepción de salud general y salud mental. Quienes transitaron un solo tratamiento perciben mayores niveles de salud, siendo el tamaño del efecto, bajo.

No se evidencian diferencias relevantes en la calidad de vida y la salud percibida en función del tipo de sistema de salud al que pertenecen los pacientes.

Con respecto al consumo de marihuana, se observa en el rol emocional una diferencia significativa a favor de quienes no presentan a la marihuana como sustancia de uso problemático. Por otro lado, advertimos una diferencia con significación marginal en la percepción de salud mental. En este caso, los que consumen marihuana perciben mayor salud que el resto. Resultaría de relevancia profundizar en una futura investigación el dato surgido de los usuarios de marihuana.

FUNDACION
CONVIVIR

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, Vol. 104, nº20, pp.771-776.
- Blanca Mena, M. J. (2012). *Análisis exploratorio de datos*. (Ficha de cátedra). Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga. España.
- Cohen, J. (1992). A power primer [Versión Electrónica]. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Fundación Convivir (2015). *Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas: Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios*. Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.
- Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos 26.934. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2014
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada [Versión Electrónica]. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169.
- Lorea, N. & Bruno, A. C. (2014). Evaluación de la calidad de vida y el estado de salud percibida por personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el servicio de consultorios externos del Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones-Ex CENARESO.
- Observatorio Argentino de Drogas (2010). Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años. Recuperado de <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=5436>
- Observatorio Argentino de Drogas (2014). Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PrincipalesZIndicadoresZRelativosZalZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactiva sZ-ZAnoZ2014_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba.
- Stevanovic, D. (2011). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, nº8, pp. 744-750.
- Vilagut, G. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, vol.19, nº2, pp