

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 64 - N° 3

Buenos Aires - Septiembre 2018

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

149. **Aproximaciones a la conciencia (II): como imperativo categórico**

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

154. **Adaptación del Inventario de cociente emocional para su uso con estudiantes de Psicología**

FRANCO TISOCCO, FLAVIA EUGENIA BRUNO, JULIANA BEATRIZ
STOVER

168. **Gaudibilidad en varones con y sin trastorno antisocial de la personalidad**

MARÍA TERESA MAGALLÓN GÓMEZ, SANDRA M. VILLEGAS
CASTILLO, MARÍA PATRICIA MARTÍNEZ MEDINA, FERRAN PADRÓS
BLÁZQUEZ

Original. Comunicación preliminar

176. **Percepción de calidad de vida y estado de salud en el tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas**

NICOLÁS POLIANSKY, CAROLINA GORLERO, DAMIÁN GEMINI,
HENDRÉE E. JONES

Artículo especial

185. **Justificación y viabilidad del *Tratamiento comunitario***

RAQUEL BARROS, ROBERTO CANAY, MARIANA CARROLI, EFREM
MILANESE, IRENE SERRANO, FLORENCIA TUFRÓ

Historia

198. **Medición de inteligencia, normalización y fascismo en la Argentina de los años treinta**

VICTORIA MOLINARI

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 64 - N° 3

Buenos Aires - Septiembre 2018

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Nota

209. Intervenciones cognitivas en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y demencia tipo Alzheimer

MARÍA BELÉN ASCHIERO, LINA GRASSO

216. Rosado si es niña, celeste si es niño: una pregunta para el infante sin género

LUDIVINE BEILLARD-ROBERT

Fundación **acta** Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica N° 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el N° 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1°

Edith Serfaty: Vicepresidente 2°

Diana Vidal: Secretaria

Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 - 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Consejos Científicos

Nacional

Roberto Canay
UMSA, USAL, Argentina
Verónica Brasesco
UMSA, USAL, Argentina
Andrés Febbraio
UBA, UMSA
Diego Feder
U. Maimónides, Argentina
Héctor Fernández-Álvarez
U. de Belgrano, Argentina
María de los A. López Geist
APSA, Argentina
Alicia Losoviz
FELAIIBE, Argentina
Humberto Mesones
Ac. Nac. de Medicina, Argentina
Lucía Rossi
UBA, Argentina
María Lucrecia Rovalletti
UBA, CONICET, Argentina
Fernando Silberstein
UBA, UNR, Argentina
Roberto Sivak
U. Maimónides, Argentina
Humberto Tittarelli
CISM, Argentina
Patricia Weismann
UNMDP, Argentina

Internacional

Jorge Acevedo Guerra
Santiago – Chile
Renato D. Alarcón
Lima – Perú; Rochester – EUA
Rubén Ardila
Bogotá – Colombia
Demetrio Barcia
Murcia – España
Helio Carpintero
Madrid – España
Jorge A. Costa e Silva
Rio de Janeiro – Brasil
Otto Dörr Zegers
Santiago – Chile
Alejandro Gómez
Santiago – Chile
René González Uzcátegui
San José – Costa Rica
Itzhak Levav
Jerusalem – Israel
Facundo Manes
Buenos Aires – Argentina
Juan Mezzich
Pittsburgh – EUA
Driss Moussaoui
Casablanca, Marruecos
A. Rafael Parada
Santiago – Chile
Duncan Pedersen †
Montreal, Quebec - Canadá
Héctor Pérez-Rincón
México D.F. – México
Juan Matías Santos
Madrid – España
Norman Sartorius
Ginebra – Suiza
Hernán Silva Ibarra
Santiago – Chile
Carlos Sluzki
Santa Barbara – EUA
Tomás Ortíz
Madrid – España
Benjamin Vicente
Concepción – Chile
Sergio Villaseñor Bayardo
Guadalajara – México
Ana María Zlachevski Ojeda
Santiago – Chile

Comité Honorífico

Francisco Alonso-Fernández
UCM – España.
Fernando Lolás Stepke
Universidad de Chile – Chile.
Luis Meyer
Fundación Acta – Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso Universidad de Buenos Aires, CONICET
director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich Fundación Acta Fondo para la Salud Mental
aranovich@hotmail.com

Pascual Gargiulo Universidad Nacional de Cuyo, CONICET
gargiulo@lab.cricyt.edu.ar

Ana Lía Kornblit Universidad de Buenos Aires, CONICET
alkornblit@gmail.com

Gustavo A. Mäusel Universidad del Museo Social Argentino
gustavo.mausel@umsa.edu.ar

Edith Serfaty Academia Nacional de Medicina, Argentina
edithserfaty@yahoo.com

Gustavo Tafet Universidad Maimónides, Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

Secretaría de Redacción

Alejandra Niño Amieva Universidad de Buenos Aires, Argentina.
editor@acta.org.ar

Corrección

María Mercedes Niklison

Traducción

Ana María Morilla

Diagramación

María Rosa Alvarez

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo, Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.
ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina, TE: (5411) 4897-7272;
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Este número se terminó de imprimir en septiembre de 2018.

Original [comunicación preliminar]

Percepción de calidad de vida y estado de salud en el tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas

NICOLÁS POLIANSKY, CAROLINA GORLERO, DAMIÁN GEMINI, HENDRÉE E. JONES

NICOLÁS POLIANSKY
Licenciado en Psicología.
Fundación Convivir.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

CAROLINA GORLERO
Magister en Salud Mental APS.
Fundación Convivir.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

DAMIÁN GEMINI
Licenciado en Psicología.
Fundación Convivir.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

HENDRÉE E. JONES
PhD Psychology.
University of North Carolina
(UNC), Chapel Hill,
North Carolina,
United States.

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/07/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 13/08/2018

CORRESPONDENCIA
Lic. Nicolás Poliansky
Gallo 950. C1172ABT.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina
nicopoliansky@gmail.com

El presente trabajo indagó la percepción de la calidad de vida y el estado de salud, en personas bajo tratamiento ambulatorio por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, en una organización de la sociedad civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra estuvo compuesta por 60 personas (66.7% hombres y 33.3% mujeres), conformada por usuarios del programa que brinda la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones y personas que poseen cobertura privada de salud. 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. Se relevaron variables de interés con el fin de dar cuenta de las características de la muestra y se aplicaron dos cuestionarios preestablecidos (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form y SF-36) con la finalidad de medir la calidad de vida en general y el estado de salud percibido por los usuarios del dispositivo. Luego se realizó una entrevista semidirigida con el objetivo de indagar cuestiones ligadas al consumo de sustancias en cada unidad de análisis (desencadenantes de consumo, sustancias de uso, grado de conciencia de los usuarios respecto de las consecuencias nocivas que conlleva el consumo, efectos del tratamiento) para finalmente cruzar esta información con los datos precedentes. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes reciben más de un tratamiento a lo largo de sus vidas, lo que es percibido como una disminución en su calidad de vida y estado de salud. La comorbilidad de las patologías psiquiátricas afecta directamente la percepción de la calidad de vida y el estado de salud. Las estrategias inclusivas deben conducir a una mejor adherencia al tratamiento, lo que puede ayudar a disminuir los altos niveles de abandono del mismo que caracterizan a estos pacientes.

Palabras clave: Adherencia – Participación – Drogas – Patología dual.

Perception of Quality of Life and State of Health in an Ambulatory Treatment for People with Substance Use Disorders

This present work investigated the perception of quality of life and state of health in people undergoing outpatient treatment for problematic consumption of psychoactive substances in a civil society organization of the Autonomous City of Buenos Aires (Fundación Convivir). The sample consisted of 60 people (66.7% men and 33.3% women), made up of those who attend the program provided by the "General Direction of Social Policies in Addictions" and patients with private health coverage. This is an exploratory-descriptive research in which qualitative-quantitative methodology was used for the collection and analysis of the evidence. Variables of interest were surveyed to describe the characteristics of the sample, and two pre-established questionnaires (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form and SF-36) were applied to measure the quality of life in general and the state of health perceived by patients. Then a semi-directed interview was conducted with the objective of investigating questions specifically related to substance use in each unit of analysis (triggers of consumption, substances of use, degree of awareness of the patients regarding the harmful consequences of consumption, effects of the treatment), to finally cross the information with the preceding data. Results show that most patients receive more than one treatment throughout their lives, which is felt as a decrease in their perception of quality of life and state of health. Comorbidity with psychiatric pathologies directly affects the perception of quality of life and state of health. Inclusive strategies should lead to improve adherence to treatment, which might help to decrease the high levels of dropout rates that characterize these patients.

Keywords: Adherence – Participation – Drugs – Dual Pathology.

Introducción

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 las drogas tienen efectos universales y provocan 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 psicoactivas afecta el funcionamiento cerebral y genera 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 [7].

Según el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina [12] 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 [13] 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 (n° 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 [6]. 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 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 (n° 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 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 26.934 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. 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 abocados a 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 estudio 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 [15]. 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 consumos problemáticos de sustancias. Producir conocimientos que faciliten y mejoren los tratamientos redundaría en mejoras de las personas 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 persona respecto de su relación singular con el consumo problemático de sustancias y a las determinaciones que instalaron en esa persona una vulnerabilidad a las adicciones.

La experiencia clínica evidencia con frecuencia que los individuos inician (y sostienen) el consumo de sustancias como respuesta a 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 a la calidad de vida como «la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Es un concepto amplio que oscila, incorporando de una manera compleja la salud física de las personas, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, así como su relación con su entorno» [18]. A partir de esta definición resulta fundamental

entenderla dentro del modelo bio-psico-social. El concepto de calidad de vida (íntimamente ligado a los objetivos de la asistencia sanitaria) debe concebirse como multidimensional [9]. En este marco, 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). Esta afirmación muestra la importancia de medir la percepción de la calidad de vida y el estado de salud en personas que acuden a tratamiento por consumo problemático de sustancias.

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 y Bruno [10]. Se parte inicialmente del planteo allí realizado con el fin de aplicar algunas de sus premisas (en otro contexto terapéutico) y extender sus alcances. En esa propuesta 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 las personas. El primero, ampliamente utilizado en investigación [16], se esgrime como una herramienta para medir la satisfacción y el placer de la persona en su vida cotidiana. Es un instrumento genérico de calidad de vida aplicable a todo tipo de personas con independencia de su diagnóstico y tratamiento. El segundo se presenta como muy adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica, con alta validez y fiabilidad [1, 17]. Posee una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a personas con problemas de salud como a la población general.

Actualmente los tratamientos de adicciones, en su versión más extendida, ubican a las personas con consumos problemáticos problemáticas de consumo en 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 multiterminaciones 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 sobrada cuenta 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 redunde de manera directa en la modificación de dichas conductas. En otras palabras, una percepción más «real» por parte de las personas respecto de la calidad de vida general y los perjuicios que el consumo origina, no se traduce necesariamente en avances terapéuticos.

Para finalizar, el propósito general de este trabajo es realizar un aporte al entendimiento del tratamiento de personas con consumos problemáticos problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas (en particular, la incidencia de la percepción de la calidad de vida y el estado de salud). En consecuencia, se trabajó 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.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue indagar la percepción de la calidad de vida y el estado de salud de personas que realizan tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas [14] en una organización de la sociedad civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Fundación Convivir).

Los objetivos específicos fueron:

- Correlacionar la percepción de calidad de vida con la presencia de patología dual.

- Evaluar las diferencias en la percepción de la calidad de vida en personas con cobertura privada de salud y personas 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.

Materiales y métodos

La presente investigación fue de carácter exploratorio-descriptivo en la que se utilizó metodología cuali-cuantitativa para la recolección y análisis de la evidencia. Las unidades de análisis fueron personas que asistieron a una organización de la sociedad civil que brinda tratamiento ambulatorio a sujetos con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (Fundación Convivir) como usuarios del programa que brinda la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones y personas que poseían cobertura privada de salud. El estudio se llevó a cabo entre noviembre de 2016 y octubre de 2017.

Se trabajó con una muestra de 60 personas, de sexo masculino y femenino, que realizaron tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas y accedieron a participar del estudio, previa lectura y firma del consentimiento informado.

Se administraron dos cuestionarios (en su versión en español): 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.

Por último, se realizó una entrevista semidirigida con el objetivo de indagar cuestiones específicamente ligadas al consumo de sustancias en cada unidad de análisis.

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 [2]. 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 & Kaplan y Bandalos y Finney citados en Lloret-Segura *et al.* [11].

Considerando ambos criterios, se recomienda el uso de pruebas no paramétricas que son las que se presentan en este informe.

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 [3] -

(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 (*rs*). Se utilizó el coeficiente *rs* como indicador de la magnitud del efecto, la cual también fue interpretada según los criterios propuestos por Cohen [3]. 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.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por un 66.7% de hombres y un 33.3% de mujeres. El 36.7% presentó patología dual y un alto porcentaje (85%) expresó 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 se refiere a 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 usuarios del dispositivo 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, no se mostraban. 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% expresó tener problemas con el consumo de cocaína (su combinación con alcohol se presenta en forma frecuente en el discurso de los usuarios del dispositivo), un 18.3% tiene problemas con el consumo de pasta base, sólo dos (3.3%) de los individuos de la muestra se refirieron a tener problemas con el consumo de sintéticos y solamente uno manifestó problemas con el consumo de opiáceos. Ninguno de los sujetos de la muestra indicó 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 usuarios del dispositivo en el sostenimiento de actividades que impliquen 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. 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 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 n° 26.934 así lo entiende), las dificultades para realizar avances significativos en el tratamiento y para lograr una buena adherencia. 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 para poder asumir en primera persona la necesidad de ayuda profesional. En la misma línea, es alto el porcentaje (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 usuario lo haga propio.

Volviendo a la muestra analizada, 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 consumos problemáticos de sustancias tienen mayor propensión a exponerse a situaciones de riesgo para sí o para terceros).

La entrevista semidirigida arrojó datos relevantes 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 uno con otra sustancia.

Continuando con las características del inicio de consumo, sólo un 21.7% de los sujetos se refiere a que hubo una situación específica que lo llevó a comenzar 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 problemáti-

cos, pérdidas, frustraciones. Sin embargo, un 78.3% indica 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 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.

Discusión y conclusiones

En Argentina, no hemos encontrado investigaciones que indaguen sobre la percepción de la calidad de vida y el estado de salud en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Pero pudimos encontrar concordancias con algunos resultados de investigaciones españolas [4, 5, 8].

Comparando nuestros resultados con estas investigaciones, encontramos concordancias que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Las mujeres tienen una peor percepción de la calidad de vida que los hombres.
- Los pacientes con patología dual presentan una peor percepción de su calidad de vida y estado de salud.
- En cuanto a la edad, encontramos que los jóvenes tienen una mejor percepción de la calidad de vida y el estado de salud que las personas mayores.
- El tipo de sustancia problemática de abuso en sí mismo no marca una diferencia significativa en la percepción de la calidad de vida.

Un resultado de nuestra investigación que no encuentra correlación con otros documentos revela que los usuarios de cannabis tienen una mejor percepción de su calidad de vida y estado de salud que el promedio de la muestra. Consideramos que este es un hecho que requiere una revisión más profunda en un estudio posterior.

Del mismo modo, hemos notado una diferencia significativa en la percepción de la

calidad de vida y la vitalidad a favor de las personas que no recibieron tratamientos previos. Aquellos que no recibieron tratamiento previo o tuvieron uno solo, perciben una mejor calidad de vida y vitalidad que aquellos que asistieron a dos o más tratamientos. Este también es un resultado que requiere profundización mediante un estudio posterior.

Estos resultados nos llevan a concluir que no es la falta de información sobre los daños que el abuso de sustancias implica, lo que impide que un sujeto las utilice. Los datos arrojados por la entrevista semidirigida son contundentes: el 95% de los sujetos expresa conocer los efectos nocivos del consumo de sustancias. En este sentido, las intervenciones psicoeducativas parecen no ser muy efectivas cuando se utilizan como una línea de tratamiento exclusiva o como estrategias de prevención: las adicciones son complejas, multidimensionales y multicausales y las personas consumen sustancias psicoactivas incluso teniendo plena conciencia de los riesgos que implican para la salud.

Es decir, los efectos negativos del abuso de sustancias, en mayor o menor medida, son parte del conocimiento accesible disponible para las personas con problemas de adicción. Luego se observa que tanto el acceso a la información sobre los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas, como el registro consciente del padecimiento que genera en la vida de las personas (experimentada como una disminución en la percepción de la calidad de vida), no serían suficientes para detener la impulsividad que supone la adicción, ni por sí misma implicaría la construcción de una decisión para detener el consumo. Según los datos arrojados por la entrevista semidirigida el 88,3% de los usuarios reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas afectó de manera negativa su capacidad de concentración, de compresión y/o su capacidad física.

¿Qué modalidad de tratamiento sería la más adecuada y efectiva para esta enfermedad crónica? De acuerdo con los resultados obtenidos, creemos que sería necesario trabajar con intervenciones que incluyan la participación activa [6] de los usuarios del

dispositivo. Por lo tanto, los tratamientos deben abordarse desde una perspectiva de derechos, y deben ser inclusivos, flexibles y desarrollar estrategias para reducir riesgos y daños, a fin de mejorar la calidad de vida. Esta podría ser la razón por la cual la gran mayoría de la muestra (el 91,7% según los datos arrojados por la entrevista semidirigida) considera que estar en un tratamiento con estas características, los ayudó a tomar decisiones sobre su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, en favor de su calidad de vida.

Los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas se definen como una enfermedad crónica. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes recibe más de un tratamiento a lo largo de su vida, lo que es percibido como una disminución en su calidad de vida y estado de salud. La comorbilidad de las patologías psiquiátricas también refuerza directamente la percepción de la calidad de vida y el estado de salud. Las estrategias inclusivas deben conducir a una mejor adherencia al tratamiento, lo que puede ayudar a disminuir los altos niveles de abandono de tratamiento que caracterizan a estos pacientes.

Es por lo antedicho que resulta insoslayable 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 ONG 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 ONG 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.

Referencias

- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clíin (Barc)*. 1995; 104(20): 771-6. PMID: 7783470
- Blanca Mena MJ. Análisis exploratorio de datos. (Ficha de cátedra). Málaga: Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga; 2012.
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992; 112(1):155-9. PMID: 19565683
- Fernández Miranda JJ, González G-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Gutiérrez Cienfuegos E, Bobes García J. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* [Internet]. 1999 [citado 17 julio 2018]; 11(1):43-52. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/594/583>
- Fernández Rodríguez V, Fernández Sobrino AM, López Castro J. La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Rev Calid Asist*. 2016;31(1):3-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.004>
- Ferullo de Parajón AG. El triángulo de las tres "p". *Psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Paidós; 2006.
- Fundación Convivir. Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas: un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios. Buenos Aires: Fundación Convivir; 2015.
- Iraurgi Castillo I. Escala de calidad de vida en usuarios de drogas inyectadas (IDUQoL). *Adicciones* [Internet]. 2008 [citado 17 julio 2018]; 20(3):281-94. Disponible en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/270/257>
- Katsching H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2000.
- Lorea N, Bruno AC. (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. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte; 2015.
- Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal Psicol* [Internet]. 2014; [citado 17 julio 2018]; 30(3): 1151-69. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/metodologia1.pdf>
- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años [Internet]. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas; 2010 [citado 08 de agosto de 2018] Disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZNacionalZsobreZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZenZPoblacionZdeZ12ZaZ65ZAniosZAnioZ2010.pdf>
- Observatorio Argentino de Drogas. Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. Buenos Aires: Sedronar; 2014. [citado 08 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PrincipalesZIndicadoresZRelativosZalZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZ-ZAnoZ2014_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- Samaja J. *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba; 1993.
- Stevanovic D. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18 (8): 744-50. PMID: 21896118 DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01735.x
- Vilagut G. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [internet]. 2005; [citado 17 de julio de 2018]19 (2):135-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>
- World Health Organization. Quality of life, Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9. PMID: 8560308