

Universidad de la República  
Facultad de Psicología  
Tesis para obtener el Doctorado en Psicología

Estudio sobre patrones de consumo y tratamiento ambulatorio  
en usuarios consumidores de sustancias psicoactivas

Tutora de tesis: Dra. María José Bagnato

Aldo Tomassini

Licenciado en psicología

Magíster en psicología clínica

[aldotomassini@gmail.com](mailto:aldotomassini@gmail.com)

## Agradecimientos

A Carlos, porque supiste sacar más de una sonrisa en momentos difíciles. A este mundo le faltan más personas como vos. Que en paz descanses.

A mi compañera de ruta, María Noel, por crear el milagro de la fiesta cotidiana y eterna.

A mis hijos: Manuel, por su empatía y siestas en mis brazos durante las clases virtuales; Guadalupe, por su sonrisa constante, incluso ante la adversidad.

A mi Mana y Bruno, por ser mi candil.

A mi madre y mi padre, por la vida para disfrutarla.

A mis suegros, Rosario y Luis, por ser una fuente inagotable de paciencia.

A María José Bagnato, por compartir este viaje desde el desembarco, sin cuestionar la tempestad. Eterno agradecimiento para vos, compromiso y comprensión fueron tu bandera.

A mis compañeras de policlínica, Vale, Sofi, Mónica, Claudia y Giorgetto, esto no hubiera podido ser real sin su apoyo diario.

A mis compañeras de trabajo diario, Marta, Silvia, Mariana, Fabiana y Sergio, gracias por sus intercambios y largas charlas para cambiar el mundo.

A Julio Calzada y Federico Lezama, por enseñarme que importa mucho más hacer lo necesario que lo posible. A la gente de Sentidos Sociales, por su siembra.

A las integrantes del CIC P, por compartir los intereses y sobre todo a Paul Ruiz por su colaboración desinteresada y aportes certeros.

A la Udelar, por abrirme las puertas de su casa y volverla mía.

A la Comisión Académica de Posgrados (CAP), por confiar en mi proyecto y hacerlo posible.

A Maxi, Martín y Federico, una de las pocas constantes de mi vida.

A todas las personas que participaron de esta investigación.

A ti, algo te llevó a compartir este pedazo de nuestras vidas, que construimos con otras personas, ojala se traduzca en mayor felicidad. Gracias por dejarme intentar eso.

## Resumen en español

Existe cierto consenso en el origen multifacético de problemas asociados a los usos de sustancias psicoactivas y de la multiplicidad de factores que inciden a la hora de analizar los placeres, los riesgos y las implicaciones por el uso de ellas. También existe aceptación sobre las consecuencias derivadas de su uso, al ser significativas para el usuario, la familia y la sociedad en general. Por el número de afectados, o por el daño que causan a nivel social, trasciende la cuestión de salud individual. Si bien no todas las personas que las usan mantienen problemáticas asociadas, existe un gran número de personas que sí lo hacen. La evidencia demuestra que no todas ellas acuden a solicitar atención o sostienen acciones e intervenciones para mitigar o subsanar sus consecuencias. Las posibilidades de atención oscilan entre varios formatos, como lugares de internación, tratamientos ambulatorios, comunidades terapéuticas o grupos de autoayuda. Esta investigación trabajó con 22 personas usuarias de diversas sustancias (alcohol, marihuana, cocaína y pasta base de cocaína), que acudieron a un centro del primer nivel de salud para solicitar tratamiento. Se aplicó un análisis funcional de la conducta de consumo a todas ellas, una adaptación a población uruguaya del programa de tratamiento breve (Programa de satisfactores cotidianos) realizando intervenciones de una hora de duración, dos veces a la semana con un máximo de 12 consultas por personas. También se aplicó una entrevista de seguimiento al mes, a los tres meses y al año de culminado el tratamiento, para comprobar su eficacia a lo largo del tiempo y las variables que incidieron en él. El estudio planteado es mixto con un diseño secuencial explicativo que trabaja la parte cuantitativa de forma cuasi experimental de caso único, con la modalidad de réplica. Se aplicaron los tests ASSIST, BDI, BAI, ISCA, CACD, LIBARE y Escala de satisfacción general. En el segmento cualitativo se analizan los planes de acción y las entrevistas de seguimiento. Sus resultados arrojan evidencia sobre la necesidad de implementar servicios asistenciales ambulatorios, la importancia de incluir en ellos el análisis de reforzadores personales y estrategias de afrontamiento, además de que se detalla la eficacia de esta intervención acorde a los niveles internacionales. Se espera que estos resultados permitan incrementar los niveles de evidencia sobre el tema, para poder incidir en la apertura de nuevos servicios de tratamiento para el uso problemático de sustancias y brindar mayor cobertura y calidad.

## Resumen en inglés

There is a certain consensus on the multifaceted origin of problems associated with the use of psychoactive substances and the multiplicity of factors that affect when analyzing the pleasures, risks and implications of their use. There is also acceptance of the consequences derived from its use, as they are significant for the user, the family and society in general. Because of the number of people affected, or because of the damage they cause at a social level, it transcends the question of individual health. Although not all people who use them have associated problems, there is a large number of people who do. The evidence shows that not all of them seek care or support actions and interventions to mitigate or correct their consequences. The possibilities of care oscillate between several formats, such as hospitalization places, outpatient treatments, therapeutic communities or self-help groups. This research worked with 22 users of various substances (alcohol, marijuana, cocaine and base paste), who went to a first level health center to request treatment. A functional analysis of consumption behavior was applied to all of them, an adaptation to the Uruguayan population of the brief treatment program (Daily Satisfiers Program) carrying out interventions lasting one hour, twice a week with a maximum of 12 consultations per people. A follow-up interview was also applied one month, three months and one year after the treatment ended, to check its effectiveness over time and the variables that affected it. The proposed study is mixed with an explanatory sequential design that works the quantitative part in a quasi-experimental way of a single case, with the replication modality. The ASSIST, BDI, BAI, ISCA, CACD, LIBARE and General Satisfaction Scale tests were applied. In the qualitative segment, action plans and follow-up interviews are analyzed. Its results provide evidence on the need to implement outpatient care services, the importance of including in them the analysis of personal reinforcers and coping strategies, in addition to detailing the effectiveness of this intervention according to international levels. These results are expected to increase the levels of evidence on the subject, in order to influence the opening of new intervention services for problematic substance use and provide greater coverage and quality.

Palabras claves en español e inglés:

Usos problemáticos de sustancias, tratamientos, intervenciones breves

Problematic substance uses, treatments, brief interventions

# Índice

Resumen en español.....	3
Resumen en inglés .....	4
1. Introducción.....	10
2. Introducción a la complejidad .....	12
2.1. Sobre los usos de sustancias psicoactivas .....	17
2.2. Sobre los tipos de sustancias psicoactivas .....	20
2.2.1. Alcohol .....	22
2.2.2. Marihuana .....	25
2.2.3. Estimulantes (cocaína y pasta base) .....	28
2.2.4. Psicofármacos .....	31
2.2.5. Usos de sustancias en situación de calle.....	34
2.2.6. Sobre el uso de sustancias en la pandemia .....	36
3. Investigación en psicoterapia .....	37
3.1. Prácticas basadas en evidencias .....	38
3.2. Etapas en el desarrollo empírico de un tratamiento .....	40
3.3. Tratamientos para personas con uso problemático de sustancias.....	41
3.4. Entrevista motivacional .....	46
3.5. Sobre la asistencia en Uruguay.....	49
4. Sobre las teorías asociadas al uso de sustancias.....	52
4.1. Conceptos relacionados .....	55
4.1.1. Procesos oponentes.....	55
4.1.2. Conducta operante .....	56
4.1.3. La habituación y sensibilización.....	57
4.1.4. La tolerancia .....	57
4.1.5. Craving o ansias.....	58
4.1.6. Valor subjetivo de las consecuencias (descuento temporal) .....	59
4.1.7. Sobre los usos problemáticos .....	59
5. Community Reinforcement Approach (CRA).....	61
5.1 Evidencia del Community Reinforcement Approach .....	65
5.2 Derivaciones del Community Reinforcement Approach .....	67
6. Enfoque de refuerzo comunitario.....	69

6.1	Sobre los módulos de este programa .....	72
6.2	Consulta de admisión.....	75
6.2.1	Test de depresión de Beck.....	77
6.2.2	Test de ansiedad de Beck.....	78
6.2.3	Registro sobre consumo de sustancias y técnica del autorregistro.....	78
6.2.4	Planes de acción.....	81
6.3	Aplicación de test para evaluar el nivel de uso de sustancias psicoactivas.....	82
6.3.1	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening.....	83
6.3.2	Escala de satisfacción general .....	84
6.4	Inventario de situaciones de consumo de drogas.....	85
6.4.1	Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas.....	87
6.5	Análisis funcional del uso de sustancias.....	89
6.6	Historia y patrones de uso de sustancias .....	91
6.7	Componentes del Programa de Refuerzo Comunitario .....	93
6.7.1	Metas de vida.....	93
6.7.2	Rehusarse al consumo .....	95
6.7.3	Técnicas de comunicación.....	98
6.7.4	Solución de problemas.....	100
6.7.5	Habilidades sociales y recreativas .....	102
6.7.6	Manejo de las emociones.....	106
6.7.7	Prevención de recaídas .....	109
6.7.8	Otros módulos .....	110
6.7.9	Evaluación y cierre .....	112
6.7.10	Seguimientos .....	113
7.	Objetivos .....	114
8.	Metodología.....	115
8.1	Diseño.....	116
8.2	Fase cuantitativa .....	117
8.3	Fase cualitativa .....	119
8.4	Procedimiento de selección de muestra.....	120
8.4.1	Población participante .....	120
8.5	Instrumentos utilizados en la investigación.....	121
8.6	Procedimiento.....	124
8.7	Análisis de resultados .....	125

8.8	Consideraciones éticas.....	127
8.9	Descripción de la población participante.....	128
9.	Resultados .....	129
9.1	Eficacia de la intervención Enfoque de refuerzo comunitario .....	129
9.1.1	Criterios diagnósticos .....	129
9.1.2	Análisis de las entrevistas de seguimiento .....	137
9.2	Características y patrones de uso de sustancias psicoactivas .....	143
9.3	Describir los precipitadores que anteceden el uso de sustancias y los planes de acción que las personas identifican pertinentes para afrontarlos .....	154
9.3.1	Análisis cuantitativos.....	154
9.3.2	Análisis cualitativos situaciones de riesgo .....	157
9.3.3	Análisis cualitativo planes de acción.....	171
9.4	Percepciones de eficacia en personas que asistieron a distintos servicios de asistencia .....	195
10.	Discusión de resultados .....	200
11.	Conclusiones.....	209
12.	Referencias bibliográficas .....	218
13.	Anexos .....	246
13.1	Test de depresión de Beck .....	246
13.2	Test de ansiedad de Beck .....	251
13.3	Preguntas test de ASSIST .....	252
13.4	Escala de satisfacción general.....	253
13.5	Inventario de situaciones de consumo de drogas.....	254
13.6	Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas .....	257
13.7	Escala de satisfacción conyugal.....	260
13.8	Metas de vida cotidiana .....	261

## Índice de tablas

Tabla 1. Cobertura de grupos de sustancias psicoactivas en manuales estadísticos .....	21
Tabla 2. Trastornos por consumo de alcohol.....	23
Tabla 3. Trastorno por consumo de cannabis.....	27
Tabla 4. Trastorno por consumo de estimulantes.....	30
Tabla 5. Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.....	32
Tabla 6. Protocolo de consultas.....	71
Tabla 7. Entrevista estructurada .....	76
Tabla 8 Diagrama longitudinal con discriminación de herramientas.....	124
Tabla 9.. Datos generales.....	128
Tabla 10. Criterios diagnósticos según el DSM 5.....	130
Tabla 11. Pruebas no paramétricas por sustancia principal.....	133
Tabla 12. Pruebas no parametricas discriminadas por sustancia principal en los seguimientos. ....	135
Tabla 13. Pruebas no parametricas en Escala de Satisfaccion General.....	136
Tabla 14. . Estadísticos descriptivos años uso de sustancias.....	144
Tabla 15. . Prevalencia de usos de sustancias según ASSIST.....	144
Tabla 16. Riesgos según ASSIST .....	146
Tabla 17. Frecuencia de usos de sustancia según ASSIST .....	146
Tabla 18. . Consecuencias relacionadas con la salud mental por uso de sustancias ....	150
Tabla 19. . Datos descriptivos del inventario de situaciones de consumo de drogas...	155
Tabla 20. Datos descriptivos del cuestionario autoconfianza de consumo de drogas..	156
Tabla 21. Asistencia a dispositivos de atención .....	195
Tabla 22. Test de Depresión de Beck.....	247
Tabla 23. Test de ansiedad Beck (BAI).....	251
Tabla 24. Test ASSIS .....	252
Tabla 25. Escala de satisfacción general .....	253
Tabla 26. Inventario de situaciones de consumo de drogas .....	254
Tabla 27. Tabla para presentar a usuarios situaciones de riesgo.....	256
Tabla 28 . Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas.....	257
Tabla 29 . Tabla para presentar a usuarios perfiles de autoconfianza.....	259
Tabla 30. Escala de satisfacción conyugal .....	260
Tabla 31. Metas de vida cotidiana.....	261

## Índice de figuras

Figura 1. Diagnósticos DSM 5 criterios de remisión en revisión longitudinal .....	131
Figura 2. Gráfica representando los patrones de usos en su medida estándar a lo largo de las mediciones .....	134
Figura 3. Escala de satisfacción general en medida longitudinal .....	135
Figura 4. Resultados test de ansiedad y depresión de Beck.....	147
Figura 5. Situaciones de riesgo según test ISCD, CACD y análisis cualitativo de planes de acción .....	156
Figura 6. Estrategias planteadas para afrontar las situaciones de riesgo en planes de acción.....	172

# 1. Introducción

Esta investigación es acerca del uso de sustancias y un tipo específico de intervención para gestionar sus riesgos, disminuir su uso o abstenerse. No todas las personas que consumen sustancias desarrollan un uso problemático. Son mayores los casos de personas que consumen sustancias de forma recreativa frente a los casos que terminan desarrollando un consumo frecuente. No obstante, el consumo experimental u ocasional también puede tener riesgos. Actualmente existen múltiples parámetros para definir las relaciones con una sustancia. Algunos criterios tienen en cuenta la frecuencia e intensidad del consumo, los contextos de consumo y la presencia de dependencia o de abuso de la sustancia. La dependencia es la manera más extrema del consumo, por lo general. Se asocia con el uso diario de sustancias y es identificada en términos generales por síntomas como la tolerancia, la abstinencia, la recaída y el cambio en las prioridades a favor del consumo. Cabe destacar que la persona privilegia cualquier actividad relacionada con el uso de sustancias en detrimento de otras actividades que antes tenían importancia. El consumo queda, entonces, calificado como «dependencia» cuando la vida del sujeto gira en torno a privilegiar la actividad del consumo. La persona dedica una gran cantidad de tiempo a planificar su consumo, a conseguir la sustancia y a recuperarse de los efectos secundarios. En el desarrollo de esta tesis se trabajará sobre conceptos generales del uso de sustancias, en la modalidad terapéutica de tratamiento breve, denominada *Programa de satisfactores cotidianos*, de tratamiento ambulatorio y focalizado para usos problemáticos de sustancias con sustento en la evidencia.

La presente tesis se lleva adelante en una policlínica de primer nivel de atención en salud, para usuarios de salud pública llamada Los Ángeles. Es un anexo del complejo SACUDE, un espacio que busca fomentar el acceso democrático a la cultura, el deporte y la salud, ubicado en el barrio Casavalle.

Plantea, como objetivo general, analizar patrones de conducta en personas usuarias de sustancias y factores relacionados al tratamiento. Para ello, se establecen como objetivos específicos: evaluar la eficacia en los participantes del estudio de un dispositivo de intervención protocolizada denominada *Enfoque de refuerzo comunitario*; identificar características y patrones de uso de sustancias psicoactivas; describir precipitadores que anteceden el uso y planes de acción; analizar cambios de comportamiento en función de su tránsito por distintos servicios de tratamiento.

Para este fin, se analizaron patrones de consumo a veintidós personas usuarias de sustancias que acudieron a solicitar tratamiento, aplicando una adaptación a población uruguaya del Programa de factores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014). Se realizó un trabajo de seguimiento longitudinal, este consistió en una entrevista con los usuarios al mes, a los tres meses y al año de culminado el tratamiento, para comprobar su eficacia a lo largo del tiempo y de las percepciones posteriores a su impacto.

La estrategia metodológica aplicada consistió en un diseño mixto secuencial explicativo que trabaja la parte cuantitativa de forma cuasiexperimental de caso único, con la modalidad de réplica y en el segmento cualitativo se analizan los planes de acción y las entrevistas de seguimiento. La muestra empleada cumplió con la función de realizar abstracciones sobre la teoría en general. De esta manera, se contrastó la investigación con la teoría misma como experimento, confrontando el conjunto de datos con la teoría y otras investigaciones en similares contextos.

La tesis queda organizada del siguiente modo: en este primer capítulo se abordan aspectos introductorios. En el capítulo dos se menciona la complejidad del tema y se realiza una descripción de las diferentes sustancias con las que esta tesis trabajó. El capítulo tres formula los diferentes modelos sobre la investigación en psicoterapia, la mención a las prácticas basadas en evidencias, se dedica a tratar aspectos específicos de tratamientos en usos de sustancias y realiza un análisis de los niveles de intervención contextual en Uruguay. El capítulo cuatro expone sobre las teorías asociadas al uso de sustancias psicoactivas, por lo que abarca diversos enfoques teóricos para comprender conceptos relacionados con la temática. El capítulo cinco hace referencia a un tipo de intervención de modalidad breve, el Community Reinforcement Approach (CRA), sus antecedentes, su evidencia, derivaciones y adaptaciones. En el seis se elabora el protocolo de intervención que guió el tratamiento, con sus tests y módulos correspondientes. En el capítulo siete se desarrollan los objetivos de investigación con sus preguntas. El diseño metodológico de investigación se trabaja en el capítulo ocho, en el que se mencionan las diversas fases de la investigación, los procedimientos de selección de la muestra, los instrumentos y las consideraciones éticas. Los resultados se desarrollan en el capítulo nueve, con un desglose conforme al planteo de los objetivos específicos. En el capítulo diez se discuten los resultados. Las conclusiones finales están en el capítulo once. Posteriormente, se encuentra el capítulo doce con las referencias bibliográficas y, el capítulo trece, con los anexos de la investigación.

## 2. Introducción a la complejidad

El análisis de estos temas ameritan una lectura profunda, deben ser entendidos desde un análisis intrincado. Existen formas de intentar vencer esta dificultad, una de ellas es entenderla desde la complejidad acotada o restringida, es decir una complejidad que en su definición es entendida como de difícil comprensión. Un posicionamiento ante este tipo implicaría un abordaje metodológico aplicado al estudio y posterior solución de un problema complejo. Desde esta mirada la complejidad se basaría únicamente en el resultado de diversas interacciones reunidas en una síntesis final (Luengo, 2020), lo que produciría un producto inoperante, sobre todo en temas con diversas aristas como los usos de sustancias. Desde esta tesis se considera el paradigma de la complejidad, entendiendo que estos temas no son de simple comprensión y mucho menos resolución. Para realizar una introducción a este paradigma se toma como base el trabajo desarrollado por Morin (1994, 2006) quien sintetiza parte de su obra en tres principios que permiten visualizar parte del enrevesado asunto: el dialógico, recursivo y hologramático. Con respecto al dialógico, se menciona que la interrelación entre dos partes es de complementariedad y de antagonismo, y por definición será incierta, ya que las partes dialogan entre ellas. Pudiendo reconocer la dualidad como una misma unidad, que este integrada por el orden y desorden y estos se complementan en permanente cambio. No existen desde esta lógica formas de explicar cabalmente y en profundidad el mundo y sus fenómenos. Con recursividad se entienden que todas las acciones en el sistema se revierten, señalando que un proceso recursivo es el que productos y efectos son, causas y productores (al mismo tiempo) de aquello que los produce. Desde este principio (y llevado a estudios de las ciencias sociales) las personas son las productoras de sociedades que al mismo tiempo son los que producen a los individuos. Por último, el principio hologramático, tiene que ver con la integración del todo en cada parte. Desde esta lógica la comprensión no podría realizarse desde una lectura focalizada, ni de una global ya que el principio hologramático entiende que la construcción no puede realizarse por partes, sino en su interrelación constante, asumiendo una red de sistemas relacionados entre sí (Elorriaga, *et al* 2012).

La complejidad en relación a los usos de sustancias se configura como un campo en el cual convergen diversas aristas, pero que además existe una profunda historia que analiza sus formas de expresión y nomenclatura donde tienen sobre todo un anclaje mutable. Debe ser entendido como un sistema complejo, que encuentra su expresión en algo que se genera, cambia

y vuelve a ocasionar en un entramado de sistemas que tienen relación entre sí y contribuyen a diversos fines, siendo imposible expresar y analizar la temática en su totalidad. Un modelo propuesto para entender esta complejidad es el holográfico (Fernández, 2000), desde este modelo la información obtenible, va a ser parcializada y tomara su forma dependiendo de su lectura. De esta forma la información “plegada” contendrá una parte y su posterior despliegue depende de cómo será manipulado el holograma, imposibilitando cualquier tipo de lectura lineal. Es en este sentido que la premisa debe estar en descubrir el problema y su exposición por sobre su resolución, de esta forma un problema podrá ser resuelto si es correctamente planteado (Deleuze, 1991). De forma similar, el modelo ecológico, lo hace desde diversos sistemas que interactúan continuamente e impactan directa e indirectamente. El modelo divide cuatro subgrupos: los microsistemas, los mesosistema, el exosistema y el macrosistema. Los microsistemas remiten al rol de la persona, las relaciones interpersonales que experimenta con el entorno y el patrón de actividades. El mesosistema se refiere a la relación que se da entre grupos de diferentes ámbitos (familia, trabajo, grupos). El exosistema describe como determinados medios sociales afectan el desarrollo de la persona y el consumo. Por último el macrosistema es el más amplio y remite a las formas de organización social, como los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura (Bronfenbrenner, 1979). Desde este modelo la persona está en permanente intercambio con el contexto social y ese universo se modifica cuando pasa de un entorno a otro. Estos modelos desarrollan un continuo intercambio y una forma de leer los usos de sustancias, entender el fenómeno cabalmente no es algo posible, ya que no son situaciones resolubles sino que desembocan en diversas formas de lecturas transitorias. Podría ser entendido de la siguiente manera:

Al polifacético fenómeno de la droga con toda sus contradicciones y derivaciones podemos representárnoslo como un hipotético firso abigarrado, lleno de personajes, historias, situaciones, y leyendas; desplegado hologramaticamente en el espacio social. Una escena virtual en movimiento, una película holográfica repleta de cuerpos virtuales que se confunden con los agentes soportes de la escena social, con los protagonistas de las parafernalias institucionales, con los marginales apocalípticos y los actores integrados. Film tridimensional que se confunde con las interrelaciones sociales, y que se ofrece como una usina de imaginario y una fuente de ruido en los vínculos... Todos vemos cosas distintas por problemas de paralaje, proximidad o miopía. A cada uno de nosotros nos afecta en forma diferente según la posición relativa que cada uno asuma. El investigador buscara correrse hacia el epicentro de la escena, y el observador interesado procurara el ángulo más estético dialogando con los travelings y los plano-secuenciales que se desarrollan frente a sus ojos (Fernandez, 2000 p:91).

Los problemas relacionados con el consumo de sustancias se consideran multifactoriales, ya que intervienen factores culturales, económicos, políticos, familiares, biológicos, sociales, epistemológicos y químicos. Es un campo que se encuentra en constante evolución, aunque no

es novedoso. En su lectura deben asociarse diversos factores que hacen a su complejidad, ya que el uso de sustancias no repercute de la misma forma en todas las personas que las usan. Afecta a un porcentaje de quienes las usan, pero también a personas cercanas. Si bien es importante recolectar toda la evidencia posible, la evidencia en su construcción varía con el método de aplicación. No basta con recolectar toda la evidencia posible, ya que la evidencia en su constructo varía mucho en su método.

Algunas personas sostienen que el prohibicionismo es una de las posibles herramientas para combatir el uso de sustancias. Cuando se habla de prohibicionismo implica todos los esfuerzos por parte de los gobiernos en incidir sobre la oferta de la sustancia, criminalizando su uso y producción. Se ubica su inicio en Estados Unidos, en la época de 1919 hasta 1933. Donde se decretó la ley Volstead Act (Ley seca). Sin embargo, se realiza esa ley sin antecedentes históricos a nivel global, incluso remontándose a estudios en épocas paganas. En la gestación de dicha ley incidieron distintos elementos históricos. Entre ellos, el religioso, ya que consideran las distintas formas de ebriedad amenazantes y requerían una extirpación inmediata. Existían también tensiones sociales, que se estaban produciendo debido al proceso de proletarización e industrialización y al vincularse cuestiones relacionadas con los usos de sustancias segmentadas por características étnicas y sociales, se fortalece una distinción entre drogas de razas para personas puras y otras para personas impuras. Además, tienen su incidencia las profesiones médicas, el cambio del rol del Estado, quien empieza a asumir funciones y servicios antes confiados a la sociedad civil (entre ellos la atención a personas con problemas de uso de sustancias) y los conflictos internacionales, como el conflicto chino-inglés que mantenía intereses de mercantilización del opio y abre nuevos mercados de poder económico y político. Estos con el tiempo van a ir haciéndose mucho más rentables (Escohotado, 1998). El régimen prohibicionista incide en diversas áreas, entre ellas (Cebrián, 2011):

- Se relacionan con problemas sanitarios, estableciendo una dicotomía contraria entre droga y salud.
- Se relaciona la droga con la muerte (como parte de uno de los mitos del prohibicionismo), ya desde antes de la época de los años 90. Se percibe la droga como una enfermedad, entendida como un problema individual, pero también de salud pública.
- Un problema de orden público, ya que en función de su producción y distribución los narcotraficantes libran batallas violentas con integrantes que velan por la seguridad pública, entre ellos y con la ciudadanía en general.

- La droga se percibe como un problema ético y moral, ya que el origen de la prohibición se ubica mayoritariamente en el orden de lo religioso.

De estos atributos se cuestiona el término *el problema drogas*, frase que suele escucharse en diversos medios de prensa. Esa definición de un problema complejo es ambigua y está sobredimensionada. Cebrián realiza una descripción irónica acerca de cómo debería verse percibida la droga, si se hiciera eco de los mensajes que en el imaginario fluyen en el siguiente fragmento:

El mayor enemigo que la humanidad ha conocido nunca: una infección dañina, mortal, no solo contagiosa sino de dimensiones epidémicas, que genera daños irreparables en la fisiología y psicología humanas, que deteriora las relaciones sociales hasta el punto de poner en peligro las bases de la civilización y que genera en usuarios todo tipo de comportamientos peligrosos y delictivos (Cebrián, 2011, p. 37).

Cuando se menciona la palabra *droga*, se intenta simplificar este término que, en definitiva, tiene repercusiones en diversas áreas, entre ellas en la economía, la seguridad y la salud (Fernández, 2000). Cuando se habla de las drogas pueden encontrarse varias distorsiones de su significado original y, aunque su definición es bastante ambigua, conlleva una carga histórica compleja sobre todo en la distinción que tiene que ver con drogas legales y drogas ilegales. Los diversos modelos que explican la drogodependencia y su causalidad siempre mencionan la multifactorialidad, lo que convierte la temática de las adicciones en un área de interés para diversas disciplinas.

Por su contrapartida, también se dice que el uso de drogas fue el causante de medio millón de muertes en el año 2019 y alrededor de 275 millones de personas las consumieron. Si bien son mucho mayores las proporciones de personas que pueden emplearlas de forma recreativa, sin generar un uso problemático, los daños que causa su uso son de consideración. Su comercio sigue afectando la economía, la seguridad y el desarrollo social y las poblaciones vulnerables son las más perjudicadas. Quienes mantienen un uso crónico o problemático se relacionan con enfermedades graves y letales (World Health Organization, 2021).

La presente tesis se apoya en las teorías que sostienen que la droga no obedece solamente a un compuesto químico, sino que toma sus bases del conglomerado ideológico imperante y este condiciona su acceso, provoca una serie de sucesos alternos (Escohotado, 1998) que, en definitiva, son permeables y condicionan las múltiples relaciones.

Frente al prohibicionismo existe una versión contrapuesta que permite minimizar los aspectos más negativos de su uso en un proceso de normalización. El surgimiento de esta versión está atribuido a las infecciones ligadas a la inyección de heroína (sobre todo infecciones

como VIH y hepatitis). Cuando se generó una alarma social se produjeron determinadas condiciones que hicieron factible en Ámsterdam, en la época de los 80, una política de intercambio de jeringas para minimizar los daños asociados al uso de heroína. Algunas personas consideran esta acción como el surgimiento de las políticas de reducción de daños y riesgos. Esto posteriormente fue tomado por la Unión Europea como una política oficial. En este sentido, se volvió una tendencia de debate e información reconocer la presencia (y también la utilidad de las drogas), fomentar la información y minimizar los aspectos negativos. Este posicionamiento conlleva a reconocer a las personas que emplean las sustancias como ciudadanos de pleno derecho y sujeto político, con la intención de que se realice por parte de personas que usan sustancias una participación ciudadana que oficie de interlocutor y garantice transparencia en temas relacionados con los usos de estas (Romaní, 2005).

Posteriormente, la gestión de los riesgos se define como la capacidad de administrar los eventos relacionados con los usos de sustancias, con el fin de hacerlos gobernables en múltiples contextos y obtener experiencias positivas para el propio bienestar, ubicando el placer del uso de sustancias como motivo suficiente para realizarlo. De esta forma y con diversas metodologías los usuarios adquieren habilidades con la intención de continuar experimentando placeres, entendiendo estos como el resultado de la mejor versión entre los efectos esperados como factores contextuales, el tipo de sustancias, factores fisiológicos y antecedentes. Se trabaja conjuntamente sobre la mitigación de los posibles daños consensuados como experiencias negativas posibles relacionadas con la salud y factores sociales y económicos de los usos de sustancias.

En estos enfoques también se tiene en cuenta el peligro por eventos no controlables de los usos de sustancias (Clua-García, 2020). Existe un análisis de estas posturas antagónicas que relaciona los discursos del placer en usos de sustancias ligados a los de la razón y la libertad. En este sentido, quienes mantengan un uso de sustancias problemático estarán ubicados en el sin razón o sin libertad. Al mismo tiempo, las articulaciones entre placer, drogas y libertad se ven vinculadas directamente a formas de gobierno, ya que constituyen la libertad de manera diferente (O'Malley y Valverde, 2004). En consecuencia, se pueden elaborar estrategias de biopoder, en las que una de las formas de control es, justamente, el control sobre el placer y sus formas de administrarlo.

Actualmente los debates sobre la legalización o el prohibicionismo en materia de consumo de sustancias están tomando mayor relevancia en todo el mundo. Se registra un corrimiento del objetivo primordial de atención de esta problemática, dejando de lado el prohibicionismo y haciendo foco en la salud y el bienestar, mediante un nuevo abordaje que

apunta a la reducción de la demanda, prevención, tratamiento, rehabilitación y la reinserción social como aspectos prioritarios. Un ejemplo de esto es el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Sobre Drogas (COPOLAD), del que Uruguay es un miembro activo. Tiene como objetivo fortalecer los mecanismos de coordinación y de cooperación en materia de drogas con el fin de mejorar la coherencia, el equilibrio y la incidencia de las políticas antidrogas en América Latina. Desde este lugar se busca generar evidencia que pueda gestionar estándares para guiar las prácticas sobre tratamiento y reducción de riesgo en usos problemáticos de sustancias. En el desarrollo de esta investigación se emplea el término *droga y sustancia psicoactiva* indistintamente, y se privilegia el término *sustancia psicoactiva* por entender que se ajusta a los objetivos de este desarrollo. La definición de *sustancias psicoactivas* requiere tener en cuenta:

Aquellos compuestos químicos capaces de cambiar el modo en que funciona la mente mediante la interacción con las estructuras neurológicas, como alterar las sensaciones de dolor y placer, el estado de ánimo, la conciencia, la percepción, la capacidad de pensar y de ser creativos, el estado de alerta y otras funciones psicológica (Arrieta, 2017b, p. 15).

Este término engloba tanto las sustancias que son consideradas legales como las ilegales.

## **2.1. Sobre los usos de sustancias psicoactivas**

A nivel internacional la encuesta más reciente (World Health Organization, 2021) evidencia que unos 36 millones de personas sufren de trastornos por usos de sustancias en todo el mundo. Esa cifra significa que de 275 millones de personas que usaron drogas en el año anterior, 36,3 millones (aproximadamente el 13 %) estiman que experimentan problemas ocasionados por su uso. Pueden considerarse problemáticos por incluirse en los niveles de dependencia o porque requieren el tratamiento por su forma de usarlas, es uno de los mayores factores de riesgo de morbilidad a nivel mundial (Degenhardt *et al.*, 2018) y representa el 11 % de la demanda en dispositivos sanitarios (United Nations, 2020).

En el último tiempo se realizó una expansión de los mercados de sustancias psicoactivas disponibles, generando una aparición mayor en los mercados de drogas sintéticas y de los usos de sustancias farmacológicas (con fines no médicos). Existen cambios en los componentes de las sustancias y en la disponibilidad, lo que anticipa la necesidad de adaptarse en los mecanismos de prevención, tratamiento y las consecuencias derivadas del uso de ellas. También se manifiestan cambios en las cantidades y modalidades de uso de sustancias,

producto de la situación de la pandemia por COVID-19. A nivel internacional una de las preocupaciones mayores es el uso exponencial que se está dando de opioides (World Health Organization, 2021). Según las últimas investigaciones específicas de esta sustancia en el Uruguay, se puede afirmar que el uso de sustancias opioides no es representativo para el riesgo en este país. La prevalencia de medicamentos de este grupo es del 13 % en población general, incluyendo con prescripción y sin prescripción médica. Pese a ello, se estima que 230.000 personas de entre 15 y 65 años han consumido medicamentos opioides en su vida. Según los informes actuales, no existe ninguna evidencia que haga parecer que el uso de opioides puede llegar a suponer un riesgo en la población uruguaya (Ramírez *et al.*, 2020). Los opioides que se encuentran registrados en Uruguay para su comercialización son: fentanilo, remifentanilo, tramadol, morfina, codeína, etilmorfina, metadona, oxicodona, meperidina y dihidrocodeína.

Siguiendo con los niveles de usos de sustancias, en general, a nivel nacional, según la última Encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares (OUD, SND, 2019), se menciona un aumento del consumo de alcohol y marihuana, siguiendo las tendencias de mediciones anteriores, con excepción del tabaco, que continúa su tendencia decreciente desde el año 2006. El consumo de alcohol en los últimos 12 meses es declarado por el 77 % de la población, siendo la sustancia psicoactiva más consumida por toda la población uruguaya. Se posiciona en el segundo lugar de preferencia para el tabaco y, en tercer lugar, la marihuana. Esta última es con la que se declara un uso experimental y presenta un crecimiento constante desde el comienzo de la serie (2001). Con respecto a los psicofármacos, casi una de cada tres personas los ha consumido a lo largo de su vida. En los últimos 12 meses, un 13 % los ha usado. Eso ya de por sí constituye un dato de alerta, pero se suma que el 21 % lo ha hecho sin prescripción médica (automedicación). El 7,8 % declara haber consumido alguna vez en la vida cocaína, pero apenas el 2 % en los últimos 12 meses, no presentando diferencias significativas con respecto a las últimas mediciones (OUD, SND, 2014, 2016a). Con respecto a drogas de síntesis, como los estimulantes de tipo anfetamínico, el 2,6 % de la población declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida. El consumo de pasta base se mantiene estable con respecto al estudio anterior, aunque esta metodología no es la más acertada para indagar en estos consumos. Para todas las sustancias, excepto psicofármacos, el consumo de los varones es mayor al de las mujeres, tanto en la magnitud de consumo como en su intensidad.

A fines del 2019, se publica *Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. De este modo, se incorpora una modalidad de estudio acorde para indagar acerca de poblaciones consideradas ocultas, o de difícil acceso. Según los resultados de esta investigación la población de usuarios de pasta

base en Montevideo y el área metropolitana oscila entre 7500 y 9900 personas, «con lo cual la prevalencia del consumo de pasta base de la población entre 18 y 64 años en 2018 en esta región está entre 0,9 y 1,2 %» (Keuroglan *et al.*, 2019 p. 35).

En otra medición elaborada por el mismo ente estatal (OUD, SND, 2019) y tomando los datos de la Encuesta Nacional en población general sobre consumo de drogas en 2018 se menciona que el consumo de alcohol sigue siendo el más extendido entre la población uruguaya, en comparación con todas las sustancias, dedicándole una publicación específica. En ella se menciona que el 93 % de las personas de entre 15 y 65 años lo probó a lo largo de toda su vida. El 77 % declara haber consumido alcohol en el último año previo al estudio y el 59 % lo consumió en el mes anterior. En esta medición se manifiesta que apenas el 3,4 % de ellos solicitó ayuda profesional (JND, 2019). Cuando se mencionan los usos problemáticos, el alcohol es la sustancia que tiene mayor número de usuarios problemáticos, alcanzando al 23,9 % de los consumidores de alcohol del último año (aproximadamente 327.000 personas). Le siguen los consumidores de tabaco, con un entorno 277.000 (con consumos de 10 o más cigarrillos diarios). En las personas que han usado cocaína (en el último año) se encuentra el mayor porcentaje con signos de uso problemático, alcanzando al 43 %. Para la marihuana, los signos de uso problemático alcanzan el 16,8 % en los consumidores del último año.

Otra investigación (CICAD y JND, 2015) realizada en la que participaron 3060 estudiantes universitarios encontró que la droga de mayor consumo entre ellos es el alcohol, con una prevalencia en el último año de 89,7 %. De acuerdo con la misma fuente, el porcentaje de consumidores que presenta síntomas de uso problemático alcanza al 13,1 %, con una proporción superior de los hombres respecto de las mujeres. El 14,2 % de la población consumió fármacos sin prescripción médica. Con respecto al consumo de marihuana, el 50,5 % lo hizo alguna vez, entre ellos, el 43,7 % presenta un patrón de consumo ocasional (algunas veces en el año), un 19,5 % solamente en una o dos oportunidades y una proporción similar hace un uso mensual. El 7,8 % de los consumidores de marihuana presentan signos de dependencia según la misma fuente. La cocaína es la cuarta sustancia de mayor consumo, el 8,2 % declara haberla consumido alguna vez en la vida. El consumo de esa sustancia en el último año fue del 3,3 % del total de la población y tres de cada diez personas que la consumieron en los últimos 12 meses presentan signos de dependencia. Por otra parte, otra investigación muestra que el consumo de ácido lisérgico (LSD) es popular entre estudiantes universitarios, con un consumo del 7,5 % y, en el último año, del 3,8 % de la población total. Dejando de lado el consumo de alcohol, seis de cada diez estudiantes (el 58,6 %) ha probado alguna sustancia al menos una vez en la vida.

## 2.2. Sobre los tipos de sustancias psicoactivas

Existen varias formas de clasificación en las que se pueden categorizar los usos de sustancias, la mayoría de ellas tienen en cuenta los efectos que causan en el sistema nervioso central cuando son introducidas en el organismo. Una categorización clásica tiene que ver con dividir a sustancias de acuerdo a las categorías de: estimulantes (aquellas que aumentan la actividad del sistema nervioso central), depresoras (aquellas que disminuyen la actividad del sistema nervioso central) y alucinógenas (las sustancias que alertan la percepción y la conciencia mediante alteraciones en el sistema nervioso central). Con el paso del tiempo se suma una categoría diagnóstica más, que tiene que ver con las sustancias Neurolépticas, son definidas como sustancias que buscan alterar el estado de ánimo con propiedades sedativas. Agrupar cada una de las sustancias en una sola categoría no es recomendable, ya que la mayoría de las sustancias pueden tener efectos diversos en las personas, además de que una misma sustancia puede contener diferentes compuestos con efectos incluso contradictorios entre sí. Conocer los componentes de cada sustancia psicoactiva es una tarea que para la ciencia se vuelve compleja, sobre todo por el carácter ilegal de muchas de ellas, por lo que no puede hablarse de un único efecto deseado. En ese sentido, también existen categorizaciones que tienen en cuenta las características conexas de los efectos de las sustancias, de esta forma existiría otra forma de categorización, donde analizan las sustancias por sus efectos con categorías únicas y simultáneas. Las sustancias que se definen con un efecto único serían las siguientes: Sustancias con propiedades neurolepticas: Haloperidol, Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Clorpromazina, Olanzapina, Loxapina, Tiotixeno, CBD; Sustancias con propiedades depresoras: Sedativos (Alcohol, Barbitúricos, Cloroformo), Analgésicos Narcóticos (Heroína, Hidrocodona, Codeína, Metadona, Opio, Morfina, Oxycodona; Sustancias con propiedades alucinógenas: Muscimol, Ibogaina, Ácido Botánico y Delirantes (Escopolamina, Atropina) ; Sustancias con propiedades estimulantes: Modafinilo, Adrafinilo, Cocaína, Anfetamina, Efedrina, Pseudoefedrina, Metilxantinas (Cafeína, Teobromina). Aquellas sustancias que comparten al menos dos categorías serían las siguientes: Neurolepticos y Depresoras: Benzodiazepinas (Diazepam, Lorazepam, Clonazepam, Flunitrazepam, Alprazolam, Clorazepóxido); Sustancias Depresoras y Alucinógenas : Ketamina, Óxido Nitroso y PCP; ); Sustancias con propiedades alucinógenas y estimulantes: Feniletilaminas (MDMA, Mezcalina, NBOMe, DOM) y Triptaminas (LSD, DMY, Psilocibina); Sustancias con propiedades estimulantes y neurolepticos: ISRN (Metilfenidato) y ISRS (Fluoxetina,

Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram). Por último aquellas sustancias que pueden estar en al menos 3 de esas categorías, como son: los colinérgicos (Nicotina y Muscarina) que se encuentran en Neurolépticos, Estimulantes y Depresoras; el GHB que se encuentra entre las sustancias Neurolépticas, Depresoras y Alucinógenas; el THC como una sustancia Estimulante, Depresora y Alucinógena (Arrieta, 2017). Las evoluciones de tablas taxonómicas que buscan aportar mayores herramientas para el análisis de estas sustancias son variadas y están en constante evolución. En la siguiente tabla (1) se presentan las modificaciones y evolución de dos manuales estadísticos relacionadas en la temática.

Tabla 1. Cobertura de grupos de sustancias psicoactivas en manuales estadísticos

Tipo	DSM-IV	DSM-5	ICD-10	ICD-11	Comentarios
Depresoras	Alcohol	Alcohol	Alcohol	Alcohol Cannabis	
	Cannabis	Cannabis	Cannabinoides	Canabinoides sintéticos	
	Inhalantes	Inhalantes	Solventes Volátiles	Inhalantes volátiles	
	Opioides*	Opioides*	Opioides*	Opioides*	
	Sedantes, hypnoticos o ansiolíticos	Sedantes, hypnoticos o ansiolíticos	Sedantes hypnoticos	Sedantes, hypnoticos o ansiolíticos	
	Nicotina	Tabaco	Tabaco	Nicotina	
	Cafeína	Cafeína	Otros estimulantes incluida la cafeína	Cafeína	La categoría de estimulantes en el DSM-5 incluye sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros estimulantes o no especificados. Para algunos diagnósticos, se puede especificar el tipo de sustancia
Estimulantes	Anfetaminas	Estimulantes		Estimulantes, incluidas las anfetaminas, la metanfetamina o la metcatinona	
	Cocaína		Cocaína	Cocaína	
Alucinógenos, empatógenos y drogas disociativas	Alucinógenos	Alucinógenos	Alucinógenos	Drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina	En el DSM-5, hay descripciones separadas para la fenciclidina y para otros alucinógenos. La MDMA se clasifica dentro de otros alucinógenos
	Fenciclidina			Alucinógenos MDMA y drogas relacionadas, incluida la MDA	
Polisustancias	Polisustancias		Consumo de drogas múltiples y consumo de otras sustancias psicoactivas		La categoría poliuso de sustancias no aparece en el DSM-5 ni en la CIE 11
Otras sustancias desconocidas	Otras sustancias	Otras sustancias o desconocidas		Otras sustancias psicoactivas especificadas Sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas	No hay categoría para sustancias desconocidas o no especificadas en el DSM-IV

Agrupaciones de categorías de usos de sustancias según principales manuales estadísticos(DSM y CIE) en sus últimas versiones según Saunders and Latt (2021)(Traducción propia). \*Incluye opioides recetados

Existe una nueva categoría que está creciendo, a partir de su auge en el año 2000, que se refiere al empleo de nuevas sustancias psicoactivas. Se reconocen como aquellas sustancias que no están controladas por los convenios de las Naciones Unidas (1961, 1971), pero por el crecimiento exponencial de su uso pueden llegar a representar riesgos para la población en general. A estas sustancias se puede acceder por compras web (en web libre o web dark) o en tiendas formales. Estas sustancias psicoactivas son principalmente de origen sintético. Incluyen cannabinoides sintéticos, derivados de catinona, fenetilaminas psicodélicas, estimulantes novedosos, opioides sintéticos, derivados de triptamina, disociativos similares a la fenciclidina, piperazinas, agonistas de los receptores GABA-A/B, una variedad de medicamentos recetados, plantas/hierbas psicoactivas sintéticas y una gran serie de fármacos que buscan incidir en el rendimiento y la imagen. Estas nuevas sustancias, además, presentan algunas particularidades, entre ellas, es probable la falla de detección en los antidopings (Schifano *et al.*, 2015; Zawilska, 2017).

Para esta investigación se desarrollarán las sustancias más usadas en Uruguay y que, según los datos desarrollados en el capítulo anterior, representan solicitudes para tratamiento por usos problemáticos. En esta investigación se desarrollan únicamente las siguientes sustancias, por ser las mencionadas por las personas con la intención de trabajarlas en sus tratamientos. Ellas son el alcohol, la marihuana, estimulantes y psicofármacos. Se deja sin profundizar también el uso del tabaco, por entender que es una sustancia que cuenta con diversos lugares asistenciales para su tratamiento en Uruguay y cuenta con un acumulado extenso en investigaciones que brindan asistencia (Camps *et al.*, 2005; Fort *et al.*, 2014; Harris *et al.*, 2015; López Varela *et al.*, 2007; Parodi *et al.*, 2013; Soto *et al.*, 2018).

### **2.2.1. Alcohol**

Se define como un

Depresor no selectivo del sistema nervioso central, cuyo principio activo es el etanol. Su mecanismo de acción consiste fundamentalmente en: producir alteración de la fluidez a nivel de las membranas plasmáticas neuronales e interactuar sobre los receptores gamma-aminobutírico (GABA) y el N.metil. D-aspartato (NMDA) (Pouy *et al.*, 2018, p. 33).

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro entorno (CICAD *et al.*, 2015; OUD, SND, 2019; World Health Organization, 2021). Los trastornos derivados del uso de alcohol son los que más prevalencia tienen entre los usos de otras sustancias y los daños producidos por él son mayores que los del tabaquismo, la obesidad, la desnutrición e incluso

el VIH (Degenhardt *et al.*, 2018; Shield *et al.*, 2015). En términos económicos, se mencionan consecuencias en las que se especifica que los daños derivados a su uso representan aproximadamente un gasto de USD 100 dólares anuales por cada persona que vive en Uruguay mayor de 15 años (Lanzilotta *et al.*, 2017). Estos impactos en daños de salud pueden analizarse con base en tres dimensiones: la cantidad de alcohol que se usa, la forma en que se usa (periodicidad) y la calidad del alcohol que se consume. El uso de alcohol se remonta a tiempos ancestrales, donde los egipcios y los griegos, fundadores de la medicina moderna, consideraban el vino como parte de una dieta saludable. De ese tiempo puede arrastrarse la idea errónea de que su consumo no causa daños en la salud. La comunidad científica no respalda su uso como parte de una posología medicamentosa. En ese sentido la evidencia sostiene que ningún uso de alcohol es saludable de por sí. Puede causar de manera directa más de 30 enfermedades y aumentar la probabilidad de desarrollar más de 200 (Arrieta, 2017b).

Diagnosticar un uso problemático de alcohol no es una tarea sencilla debido a limitaciones de los métodos e instrumentos disponibles para su diagnóstico. Es que el uso problemático se define como aquel que genera situaciones en las que se afectan diferentes esferas en la vida de un individuo. Actuales o a futuro. Si bien un uso puede volverse problemático en función de la frecuencia de su consumo, también los usos ocasionales u experimentales pueden serlo. Para esta investigación se emplea uno de los criterios diagnósticos más utilizados, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM por su sigla en inglés) en su versión N 5 (American Psychiatric Association, 2013). Los criterios para diagnosticar un trastorno por consumo de alcohol se especifican en la Tabla 2 y son los siguientes:

Tabla 2. Trastornos por consumo de alcohol

---

Un modelo problemático de consumo de alcohol provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.

Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.

Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

---

Trastornos por consumo de alcohol (American Psychiatric Association, 2013, p. 261).

El criterio diagnóstico debe categorizar además si es en remisión inicial, esto es que después de haberse cumplido todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de tres meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4 *Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol*, que puede haberse cumplido). O en remisión continuada, esto es que después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el criterio A4 *Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol*, que puede haberse cumplido). También puede ser un criterio adicional categorizar esto dentro de «un entorno controlado». Esto es cuando la persona se encuentra en un lugar donde no tiene acceso al uso de la sustancia. Por último, se especifica la gravedad actual siguiendo los siguientes criterios: leve: presencia de 2-3 síntomas. Moderado: presencia de 4-5 síntomas. Grave: presencia de 6 o más síntomas

(American Psychiatric Association, 2013). Estos criterios de remisión, entorno controlado y gravedad se sostienen para todas las sustancias en similares características.

Interrumpir (bruscamente o de forma paulatina) la ingesta de alcohol puede llevar a la aparición del síndrome de abstinencia. Este suele darse de 6 a 24 horas posterior a su interrupción. Una condición que es bien conocida en las puertas de emergencias por la frecuencia de su atención, relacionada con el ingreso por coma, ataques epilépticos, demencias, polineuropatía y trastornos de la marcha, es que el cese (sobre todo abrupto) en personas que mantienen un uso del alcohol de forma crónica produce excitación en el sistema nervioso central. Esto genera complicaciones que pueden variar desde neuropsiquiátricas, como delirio, convulsiones, hiperactividad e incluso llegar a desarrollar el *delirium tremens*. En personas que sufren epilepsia puede aumentar el riesgo de muerte súbita (Hall y Zador, 1997; Jesse *et al.*, 2017). El tratamiento más empleado para este síndrome de abstinencia es el de la administración de benzodiazepinas (Mirijello *et al.*, 2015).

### **2.2.2. Marihuana**

*Cannabis sativa* es el nombre de la planta originaria de Asia Central que da origen a los derivados del cannabis, marihuana y el hachís. El término *cannabis* se emplea generalmente para referirse a la planta y el término *marihuana* se utiliza para hacer referencia al preparado. Se elabora a partir de las flores, hojas y los tallos pequeños de la planta. Estas han sido empleadas desde hace siglos, con diversos fines. Entre ellos: como alimento, fuente de fibras, medicinales, religiosos, sociales y recreativos. La composición química de la planta es sumamente compleja, contiene más de 60 estructuras activas denominadas *cannabinoides* y 400 compuestos de diferente estructura química. Además, sus concentraciones varían de una especie a otra, existiendo varias de ellas, con diversas subespecies (Ángeles López *et al.*, 2014).

Se mencionan más de 100 compuestos activos del cannabis, siendo el principal compuesto con psicoactividad el THC (delta 9-tetrahidrocannabinol). También presentan compuestos activos como dronabinol, nabilona, cannabinoil, cannabigerol, cannabicromeno, tetrahidrocannabigreol, el cannabidiol (CBD), entre otros. Estos compuestos no se relacionan en su componente de psicoactividad, pero diversas investigaciones dan cuenta de tener efectos psicotrópicos, antiinflamatorios, analgésicos, antibióticos, antiisquémicos, antiepilépticos, entre otros (Araujo *et al.*, 2012; Pouy *et al.*, 2018; Romano y Hazekamp, 2018; Zuardi, 2008). Se dice que los efectos producidos por el consumo de marihuana derivan principalmente del THC, como compuesto psicoactivo. Pero también existen otros compuestos que, al mismo

tiempo, pueden contener propiedades psicoactivas. El uso del cannabis fue condicionado por la Convención Única de 1961, en la que se definió como una sustancia con «propiedades particularmente peligrosas» y sin valor médico ninguno (Naciones Unidas, 1961, p. 16). Desde ese momento, muchos son los esfuerzos internacionales por debatir y modificar esa decisión de la ONU (Bewley Taylor *et al.*, 2014).

Uruguay es un país pionero a nivel internacional por el modelo propuesto de regulación y control del mercado de marihuana. La ciudadanía por la aprobación de la Ley 19172 (Ley N.º 19172, 2013) puede acceder al uso de la marihuana por medio del autocultivo, de su incorporación a clubes cannábicos o de la venta en farmacias. La historia de la regularización en Uruguay está sujeta de la historia del prohibicionismo. En ella se enmarcan decisiones legales, políticas, sociales y figuras que velaron por su aprobación. También posicionan a Uruguay como un país sujeto a miradas críticas y expectantes para medir el éxito o fracaso de este modelo (Muller y Draper, 2017). Genera al mismo tiempo una situación única y un compromiso ético de posicionarse con la responsabilidad que conlleva.

En lo que se refiere a sus efectos, el uso de marihuana produce un estado alterado de conciencia. Es producido debido al sistema endocannabinoide. Son neuronas que están involucradas en regular el movimiento, la memoria a corto plazo, la toma de decisiones, el hambre, el estado de ánimo y el sueño. Por lo que se dice que los usos de marihuana pueden provocar aumento del apetito, relajación o euforia, enlentecimiento de los movimientos, mayor sensibilidad y creatividad, mayor capacidad de empatía, alteraciones en la memoria a corto plazo, en la percepción del tiempo y espacio y deseo sexual. Estos efectos varían dependiendo de la edad, el contexto de uso, la dosis, la forma de uso, la frecuencia de dosis y los compuestos (Arrieta, 2017a).

Al igual que con el alcohol, diagnosticar un uso problemático de cannabis no es una tarea sencilla, debido a limitaciones de los métodos e instrumentos disponibles para su diagnóstico. Es que el uso problemático se define como aquel que genera situaciones en las que se afectan diferentes esferas en la vida de un individuo. Actuales o a futuro. Si bien un uso puede volverse problemático en función de la frecuencia de su consumo, también los usos ocasionales u experimentales pueden serlo. Siguiendo el uso del DSM 5, los criterios para diagnosticar un trastorno por consumo de cannabis son los siguientes:

Tabla 3. Trastorno por consumo de cannabis

---

Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.

Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.

Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de este.

El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por este.

Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:

Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:

Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.

Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

---

Trastorno por consumo de cannabis (American Psychiatric Association, 2013, p. 268).

El criterio diagnóstico también debe retomar los criterios de remisión, entorno controlado y gravedad expuestos en el capítulo sobre alcohol. Existe poca evidencia sobre el síndrome de abstinencia por marihuana en comparación con los síndromes de abstinencia de otras sustancias. Es que es un fenómeno que muchas veces no es mencionado en personas que consumían la droga, pero lograron disminuir o eliminar sus patrones de uso de sustancias, sin la necesidad de ingresar a un tratamiento para ello. Aunque sí existen investigaciones que dan cuenta de que algunas personas que asisten en búsqueda de tratamiento por esta sustancia y que buscan apoyo por repetidos intentos de cesación, solicitando la mejor manera de tratar sus síntomas. Quienes mencionan su existencia lo hacen indicando síntomas como la irritabilidad, ansiedad, necesidad de la sustancia, insomnio y baja de peso (Budney *et al.*, 2004; Budney y Hughes, 2006; Haney, 2005; Wiesbeck *et al.*, 1996). Para tratar el síndrome de abstinencia o intervenir en los tratamientos por trastornos por uso de cannabis no existen tratamientos aprobados por la Food Drug Administration (FDA) la agencia del Gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de medicamentos (Bukiya, 2019).

### ***2.2.3. Estimulantes (cocaína y pasta base)***

La cocaína se trata de un alcaloide, extraído de la planta *Erythroxylum coca* (más conocida como la planta de coca). Cultivada desde hace milenios. Posee propiedades estimulantes y depresoras. Existen diversas teorías sobre su expansión, pero se dice que su uso se globalizó cuando comenzaron a investigarse sus propiedades anestésicas. Dicho motivo llevó a su inclusión en una gran cantidad de productos (de uso cotidiano y farmacéutico). En 1914 con base en algunos estudios que comenzaron a aplicarse en 1890, comprobaban los efectos tóxicos de la sustancia y esta es prohibida. La forma más consumida es en polvo (clorhidrato de cocaína) y su modalidad más común es el esnifado, aunque también puede ser usado de otras formas como inyectado o fumado. La forma de producción tiene que ver con una serie de procesos químicos que separan el principio activo de las hojas de coca. La primera forma de preparación es la pasta de coca, luego, la base de cocaína y finalmente el clorhidrato de cocaína. Es una de las sustancias que más se adultera, y en algunas ocasiones depende mucho de los adulterantes para determinar sus consecuencias en la salud. Algunas de las sustancias empleadas para extender las cantidades pueden tener efectos muy perjudiciales en la salud, como el levamisol o las anfetaminas. El mercado de la cocaína es tan disperso que hace que casi resulte imposible encontrar cocaína pura en el mercado (Cancela y Arrieta, 2017).

La pasta base de cocaína (PBC) puede considerarse como un producto intermedio en el proceso de producción de clorhidrato de cocaína. Se caracteriza por ser un polvo amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante. Contiene solo un porcentaje variable de cocaína y su vía de uso suele ser fumada. Se dice que en estas sustancias los dispositivos para su consumo son característicos y ellos varían entre pipas plásticas o metálicas, inhaladores y tapas de refrescos. Su uso suele asociarse al consumo de dos sustancias de forma conjunta, con la marihuana (basoco) y con el tabaco (tabasoco). Las dosis suelen denominarse chasqui, cada uno de ellos lo componen entre 0,1 gramo y 0,5 gramos (Moraes *et al.*, 2010). El uso de esta sustancia se relaciona con una población que presenta niveles de alta vulnerabilidad, pocos recursos económicos y niveles escolares bajos (Moraes, 2014).

La cocaína es una droga estimulante del sistema nervioso central. Su mecanismo de acción a nivel sináptico es bloqueando la recaptación y estimulando la liberación de dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina. Esto a nivel presináptico es lo que se menciona como el responsable de la dependencia física. Por otra parte, la cocaína también estimula los receptores N-Metil-D-Aspartato, relacionados con los efectos anticonvulsivantes. Las intoxicaciones pueden causar inquietud, excitación psicomotriz, midriasis, hipertermia, taquicardia, hipertensión arterial, arritmias cardíacas, dolor torácico, isquemia miocárdica, infartos o hemorragias cerebrales y convulsiones. Con respecto a la pasta base, la duración del efecto es corta, la persona experimenta una sensación intensa y el efecto desaparece rápidamente. Esto ocasiona la bajada súbita del estímulo desencadenado, definido como una profunda angustia, que refuerza el deseo de seguir usando las sustancias. Esto se considera como el poder de generar rápidamente dependencia en las cocaínas fumables (Pouy *et al.*, 2018).

Los usos problemáticos de la cocaína y sus derivados representan una de las cargas más importantes para la salud pública. Para los trastornos por usos de cocaína no existen tratamientos farmacológicos efectivos ya que ningún fármaco ha sido aprobado para tratarlo. Los medicamentos que representan los mayores índices de efectividad en ensayos clínicos controlados incluyen: el uso del disulfiram, estimulantes de liberación sostenida, bupropión y el anticonvulsivo topiramato (Gorelick, 2021). Es por esto que, como pilar de los tratamientos a personas con uso problemático de estas sustancias, son las intervenciones psicosociales, con especial énfasis en los manejos de las contingencias y en usos de terapias cognitivas (Schierenberg *et al.*, 2012).

Al igual que con las otras sustancias, diagnosticar un uso problemático de estimulantes no es una tarea sencilla debido a limitaciones de los métodos e instrumentos disponibles para

su diagnóstico. Siguiendo el uso del DSM 5, los criterios para diagnosticar un trastorno por consumo de estimulantes son los siguientes:

Tabla 4. Trastorno por consumo de estimulantes

---

Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.

Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.

Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.

El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.

Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.

Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes

Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

---

El criterio diagnóstico también debe retomar los criterios de remisión, entorno controlado y gravedad expuestos en el capítulo sobre alcohol (American Psychiatric Association, 2013). Con respecto al síndrome de abstinencia por usos de cocaína, estudios preclínicos y clínicos sugieren que los síntomas pueden tener efectos diferenciales. En este sentido, se establecen dos categorías, los síntomas depresivos y los somáticos. Los depresivos incluyen síntomas de estado de ánimo deprimido en general, agitación psicomotora, enlentecimiento, deseo de la sustancia, insomnio (incluyendo sueños vívidos y desagradables). Además, los síntomas somáticos incluyen síntomas de cambio en el apetito, somnolencia diurna excesiva y fatiga (Sofuoglu *et al.*, 2005). Debe realizarse una diferenciación identificando si el evento es por estar en recuperación de un uso de grandes cantidades de sustancia ininterrumpidamente o si es un síndrome de abstinencia. En eventos de ingesta de grandes cantidades (también denominados *giras* o *corridas*) la persona puede desarrollar síntomas como inquietud, irritabilidad, agitación, disforia, fuerte deseo o ansia por usar la sustancia. En el marco de las vivencias depresivas y de las intervenciones que mitiguen los daños deben analizarse la ideación suicida (Pouy *et al.*, 2018).

#### **2.2.4. Psicofármacos**

Los psicofármacos pueden definirse como los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de su acción sobre el sistema neuroendocrino (Torres Bares *et al.*, 2005). El uso de benzodiazepinas y otros fármacos como sedantes, hipnóticos, antiepilépticos y analgésicos entran en esta categoría. Su uso sigue siendo un problema importante en el mundo. Las benzodiazepinas son las que dentro de esta categoría causan mayores consecuencias. Se definen como depresoras del sistema nervioso central, mantienen propiedades sedantes, hipnóticas, anticonvulsivas y relajantes, ya que es un tipo de farmacología que actúa con efectos depresores en el sistema nervioso central. Este tipo de fármaco es recetado indicado con la intención de un tratamiento efectivo y seguro a corto plazo, pero se considera riesgoso en tratamientos que actúan por más de 6 semanas. Posterior a ese tiempo se dice que pierden efectividad y tiene efectos negativos a nivel cognitivo. También mantienen una larga lista de efectos secundarios negativos, entre ellos alteración del sueño, agitación, amnesia, deterioro cognitivo, confusión, depresión y demencia. El uso de estos fármacos se relaciona con altos índices de consecuencias de morbilidad y mortalidad a nivel

mundial (Umbricht y Vélez, 2021). El recetar benzodicepina genera polémica por sus consecuencias a largo plazo. Se consideran drogas de abuso, asociando el uso de estas con una mayor mortalidad. También se considera que es un fármaco mal empleado y que sus tipos de uso varían. Existen formas de empleo que no forman parte de una posología supervisada ni de un tratamiento medicamentoso, entre ellas están las formas de uso por atracones, en fines de semana, de dosis altas y además varían en sus formas de ingesta. Puede ser en su uso oral, inyectada o inhalada. Es una sustancia que se asocia, por sus efectos, a otras, pudiendo potenciar los efectos euforizantes de los opioides o disminuyendo la euforia producto de estimulantes (Lader *et al.*, 2014). Según Bielli y su equipo, la polémica por su uso tomó un lugar central en la época de los 80 en Uruguay, cuando se cuestionó su empleo en la práctica por su potencialidad adictiva, sobre todo. Actualmente existe una valoración controversial sobre ella. A pesar de la poca existencia de ámbitos de discusión profesional sobre su uso, se identifican diversas formas de valorarlo a nivel técnico. Entre ellas los técnicos encuentran argumentos positivos y negativos. En los positivos ven que son rápidamente efectivas, no inducen riesgo de suicidios, buenos efectos ansiolíticos. Los aspectos negativos se identifican con riesgo de intoxicación, problemas de memoria, caídas, potencial adictivo. Además, identifican que pueden emplearse con un uso condicionado por períodos acotados, con dosis flexibles y con planes para retirar esa sustancia. Por último, identifican que son varias las personas que deben monitorear y vigilar los comportamientos producto de su uso. Esta mirada de la psicofarmacología:

Supone un desplazamiento de la valoración de la propia sustancia hacia la valoración del uso que se hace de ella y de este uso a la valoración de los comportamientos de los individuos implicados. Por consiguiente, la sustancia en sí misma no sería catalogada ni como buena ni como mala, sino que serían buenos o malos los comportamientos de los individuos. En este sentido, la responsabilidad de un buen o mal uso recae sobre los individuos y son ellos los que deben orientar moralmente sus comportamientos. Así, para los médicos, la decisión de la prescripción de BZD, su mantenimiento o retiro, se convierte en un dilema moral al que se debe responder de forma individual (Bielli *et al.*, 2017, pp. 950-951).

De la misma forma que con las otras sustancias, diagnosticar un uso problemático de sedantes no es una tarea sencilla debido a limitaciones de los métodos e instrumentos disponibles para su diagnóstico. Siguiendo el uso del DSM 5, los criterios para diagnosticar un trastorno relacionado con el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son los siguientes:

Tabla 5. Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

---

Un modelo problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.

Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar, relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; desatención de los niños o del hogar).

Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).

El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos).

Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.

Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:

Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico.

Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos  
Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol)  
para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

---

Crterios diagnósticos para trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (American Psychiatric Association, 2013, pp. 292-295).

El criterio diagnóstico también debe retomar los criterios de remisión, entorno controlado y gravedad, expuestos en el capítulo sobre alcohol (American Psychiatric Association, 2013).

Con respecto al síndrome de abstinencia se estima que un tercio de las personas que usaron psicofármacos por un periodo mayor de seis meses experimentaron síntomas al suspender su ingesta. Los síntomas suelen variar ampliamente: desde ansiedad, insomnio, espasmos, tensión, hipersensibilidad perceptiva, hasta la psicosis. Por lo general se opta por realizar una retirada gradual para disminuir esta sintomatología y porque la suspensión brusca puede generar un efecto rebote de los síntomas que llevaron a que el médico le recetara (si se trata de prescripción médica) (Lader *et al.*, 2014; Umbricht y Vélez, 2021).

Hasta aquí se ha hecho referencia a las sustancias que son tomadas en la presente tesis en cuanto a su caracterización, cantidades de uso, variables diagnósticas y características de abstinencia. En el siguiente apartado se aborda el uso de dichas sustancias en el contexto de personas en situación de calle. Se toma esta situación por presentar una serie de complejidades en intersección con el uso problemático, que pueden derivar en características especiales para dicha población.

### ***2.2.5. Usos de sustancias en situación de calle***

La vida de las personas que no tienen un lugar en donde residir es uno de los fenómenos que en el mundo está cobrando relevancia, Uruguay no es ajeno a esta realidad. Actualmente se registran casi 4000 personas que viven en la calle, de las que un 76 % concurren a un centro de asistencia para pernoctar. Además, se relaciona la situación de vida en la calle con temas de salud mental, procesos de institucionalización previos (personas que egresaron de alguna intervención estatal, sin poder solucionar su lugar de residencia al egreso) y un uso de sustancias psicoactivas de forma problemática. De acuerdo con el último relevamiento realizado, el 56 % de las personas que desarrollan su estrategia de vida en la calle presentan un uso problemático en su forma de consumo (MIDES, 2020). Otros datos aportados por el mismo ente oficial estiman que en el año 2020 del total de personas que viven en situación de calle el

28 % lo hacen pernoctando a la intemperie y el 72 % en refugios. De la población que pernocta a la intemperie, el 86 % presenta usos de sustancias psicoactivas (no menciona ningún criterio de evaluación de gravedad). El total de menciones a la asistencia por usos problemáticos de sustancias es meramente referido a internaciones: apenas el 32 % de estas personas estuvo en asistencia de internación en Montevideo y el 21 % estuvieron internados en el interior por usos problemáticos de sustancias (Prestación de asistencia obligatoria por parte del Estado a las personas en situación de calle. Modificación del artículo único de la ley N.º 18787, 2022).

Existen fuentes de tensión por las que una persona puede terminar en situación de calle, entre ellas se encuentra el uso de sustancias, pero también existen teorías diversas que dan cuenta de un uso de sustancias para afrontar la vida en situación de calle. Estas tensiones provocan el alejamiento de los individuos de sus hogares de origen. Implica pasar por diferentes trayectorias de vida, de forma intermitente hasta que la vida en la calle puede volverse crónica. De esa cronicidad, existe un porcentaje de personas a las que se denomina *el núcleo duro*, son aquellas personas que llevan muchos años así y no visualizan salir de la vida en la calle. Se relaciona a esta población con problemas de salud mental y abuso problemático de sustancias. También se relacionan las trayectorias de vida de estas personas con alteraciones emocionales, que pueden verse desatadas por el consumo problemático de sustancias, generando estados de angustia acumulados a través del tiempo con efectos colaterales en otros dominios de la vida social (Ciapessoni, 2013). Las personas que tienen un uso problemático de sustancias y viven en situación de calle tienen menos probabilidades de egresar de la vida en la calle que quienes no mantienen un uso problemático (Tam *et al.*, 2003).

Continuando con el desarrollo teórico de estos autores, existe una relación entre las estrategias de vida en situación de calle y el uso de sustancias que, si bien no puede atribuirse a una linealidad, presenta singularidades que hacen a estrategias de subsistencia propias de la vida en la calle. Siguiendo otras investigaciones desarrolladas en este campo, los usos de sustancias también presentan determinadas particularidades que hacen a la vida en este campo (Rossal, 2014; Keuroglan *et al.*, 2019), entre ellas, el uso asociado a determinadas sustancias como la pasta base y las formas de su consumo.

Las estrategias de vida en situación de calle no pueden soslayarse del escenario de pandemia que afectó a nivel mundial. En ese contexto, los lugares de acogida tuvieron que cerrar, los cupos se vieron reducidos, debido a la necesidad de sostener la distancia social y las estrategias de supervivencia también sufrieron modificaciones, al reducirse la movilidad social y existir menor movimiento humano y comercial en la vía pública. Sobre las particularidades

de los usos de sustancias en la pandemia se desarrollan los principales elementos en el siguiente capítulo.

### ***2.2.6. Sobre el uso de sustancias en la pandemia***

En marzo de 2021 fue declarada la situación de pandemia por el virus SARS COVID-19 en Uruguay. Un fenómeno mundial que, si bien algunas personas consideran no es inédito en la historia, generó conmoción y daños en diversas áreas. Las medidas básicas para el cuidado de los contagios fueron restringir la movilidad, cuidar las distancias sociales, establecer protocolos de cuarentena para personas con contagios y posibles contagiados, la vacunación masiva y los tests masivos. En lo que tuvo que ver con la población en situación de calle, esta se vio afectada por el cierre o por el menor cupo de lugares a los que poder acceder para intervenir en sus usos problemáticos de sustancias, además de que desconfiguró sus estrategias de subsistencia diaria. Esta nueva normalidad trajo asociada una serie de complejidades para la población, entre ellas la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general (Huarcaya, 2020). Para afrontar esta serie de síntomas se evidencia una creciente en el uso de sustancias psicoactivas que además se relaciona con un mayor nivel de estrés psicológico producto de las diferentes modalidades de la cuarentena (Ruiz *et al.*, 2021). También se refleja en un cambio en las modalidades de uso a nivel mundial, generando un pasaje de personas que usaban alcohol recreativamente los fines de semana a un consumo entre semana asociado con afrontar síntomas depresivos, ansiosos o estresantes (Michellini *et al.*, 2021).

La complejidad de la pandemia empeoró los trastornos por usos de sustancias, con una mayor tasa de recaídas, mayor índice en descompensaciones y situaciones de agravamientos en personas con comorbilidades psiquiátricas asociadas al uso de sustancias. Sumado a esto, una de las medidas empleadas (el distanciamiento social) rompe los enfoques terapéuticos imperantes, ya que se eliminan las estrategias grupales, la atención a referentes socioafectivos, así como se dificulta el acceso para los dispositivos comunitarios, quienes tienen que modificar su forma de trabajo (Pascale, 2020). Esto generó un doble conflicto para trabajar en la temática en época de COVID-19. Por un lado, existe una demanda latente insatisfecha, una problemática en ascenso, una población que se encuentra más expuesta a los daños del virus y situaciones de urgencia que no están relacionadas directamente con él. Por el otro lado, los servicios asistenciales deben adecuar sus modalidades de trabajo para respetar los protocolos, trabajadores de la salud se encuentran sobreexigidos y la oferta asistencial disminuye. Dentro

de esta investigación y del trabajo en la policlínica, se visualizan las siguientes particularidades asociadas debido a la pandemia COVID-19:

- La asistencia personal a las consultas presentó dificultades, ya que existía miedo de realizar consultas presenciales por algunas de las personas que se inscribieron para participar, de todas formas, se sostuvo la atención presencial.
- Muchas personas podrían suspender por síntomas leves o contactos positivos.
- La policlínica tuvo que cerrar por cuarentenas o para desinfectar el lugar en determinados momentos. El cierre nunca superó las 48 horas.
- La sala de espera fue un lugar inaccesible para que personas se acerquen a interiorizarse, ya que solamente se dejaba ingresar a personas agendadas.
- Los dispositivos de asistencia a personas con uso problemático de drogas cerraron o bajaron en cupos, por lo que no fue posible realizar seguimiento a personas ni derivaciones a otros tratamientos. Inicialmente se pensaba realizar un grupo control, con la cantidad de dispositivos asistenciales cerrada o momentáneamente suspendidas. Eso no fue posible.

Sin embargo, pese a estas complejidades, la policlínica continuó abierta y con ello el tránsito de la investigación siguió su curso, aunque con modificaciones.

En este capítulo se desarrolló la complejidad de los usos de sustancias, diversos tipos de ellas, cómo se relacionan con la situación de calle y parte del impacto por la pandemia de COVID-19 en esta temática. A continuación, se propone desarrollar parte de las características que hacen al proceso de trabajo en psicoterapia y cómo estas pueden ser denominadas basadas en evidencia, para ir consolidando intervenciones dentro del proceso de psicoterapia, que se basen en evidencia y trabajen en usos problemáticos de sustancias.

### **3. Investigación en psicoterapia**

Con el paso del tiempo ha habido un enorme progreso en la investigación de la psicoterapia, ya que se ha avanzado en el reconocimiento de varios tratamientos que tienen evidencia a su favor. Independientemente de esto, todavía no es posible una explicación dentro de las prácticas basadas en evidencias de por qué intervenciones con muchos antecedentes de estudio provocan los cambios en las personas. En la época actual existe una creciente constante de categorías diagnósticas en temas de salud mental, que a su vez se acompaña

cronológicamente con el incremento de tipos de psicoterapia. En la época de 1960 se mencionan al menos 60 corrientes psicoterapéuticas (Garfield, 1980), en los 70 se mencionan al menos 130 corrientes terapéuticas (Parlof, 1976) y actualmente se mencionan al menos 550 posibilidades de corrientes psicoterapéuticas (Kazdin, 2007).

En relación con esto, se indica que los estudios de eficacia en los tratamientos por usos de sustancias eran escasos antes de la década de los 80. Cuando comenzó a priorizarse la sistematización y la evaluación de los métodos de tratamiento, la situación cambió y se comenzó a evaluar la eficacia de las intervenciones cognitivas para pacientes con usos problemáticos. A principios de la década de los 90, la evolución de esas técnicas incorporó el entrenamiento para los terapeutas, la selección de las poblaciones de estudio y las metodologías (Carroll y Onken, 2005). Existe un debate en la comunidad científica sobre la eficacia de las investigaciones, sobre sus diversos diseños y métodos de estudio que no permiten comparaciones y sobre la cantidad de técnicas o estudios abordados. No es intención de esta tesis tomar este como un tema central, solamente se explicita que no existe en la comunidad científica acuerdo de estos métodos, ya que los temas de usos de sustancias no son lineales y obedecen a diversos factores, entre ellos a variables externas que no son del todo controlables. A continuación, se analizan los enfoques de prácticas que se basan en evidencia.

### **3.1. Prácticas basadas en evidencias**

Las prácticas basadas en evidencias (*EBP*, según la sigla en inglés) son enfoques que permiten tomar decisiones que inciden en la calidad de los servicios y que tienen en cuenta la experiencia en el contexto, la cultura y las preferencias de la persona consultante (American Psychological Association, 2006). Dichas prácticas modifican su accionar de acuerdo con las evidencias y direccionan las decisiones de los profesionales en torno a los resultados esperados, buscando eliminar las prácticas disfuncionales o sin resultados. El enfoque de las *EBP* implica «el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales» (Sackett *et al.*, 1996, pp. 71-72). Los profesionales por lo general usan alguna forma de evidencia en la toma de decisiones, aunque solo sea su experiencia pasada. Para mejorar los servicios de asistencia, es necesario perfeccionar la calidad de la evidencia utilizada.

De esta forma, se menciona que condicionar las decisiones de técnicos y justificar sus prácticas, brindara mayor confianza a quienes las lleven adelante ya que su accionar estará

justificado en la evidencia. Para mejorar los criterios de eficacia, son una de las herramientas que se recomienda ya que desemboca en un compromiso con la mejora continua de la práctica, con la evaluación constante y el aprendizaje permanente (Rousseau y Gunia, 2016).

Existen varias dificultades a la hora de querer medir el impacto de las diferentes intervenciones de tratamiento en sustancias. Esto se debe, en mayor medida, a los fenómenos multifactoriales que gestan esta complejidad y no son comparables entre sí. Por ello, sus mediciones no suelen ofrecer la misma precisión científica, como otras evaluaciones (por ejemplo, aquellas que investigan sobre impactos farmacológicos) (Babor, 2010). Ninguna de las investigaciones realizadas podría dar cuenta del mejor y único tratamiento para lograr los objetivos de las personas en temas de usos de sustancias, por ello existe un gran acumulado de múltiples producciones científicas que mencionan diversos índices de efectividad. En algunas se ponen en duda factores como la validez interna y sus autores concluyen que no es posible establecer los mejores métodos (Mayet et al., 2004). Rojas y su equipo (2011) ejecutaron una exploración en México con la intención de realizar una revisión de los estudios para evaluar los programas de tratamiento en consumo problemático. Encontraron que la mayoría de las investigaciones realizadas no cumplen con criterios de ensayos clínicos aleatorizados y utilizan un número reducido de muestras. Los autores culminan con el desarrollo de la necesidad de implementar programas dirigidos a poblaciones específicas, así como la relevancia de generar investigación científica aplicada a la evaluación de los tratamientos.

En relación con esto existe otra investigación que analizó los modelos de tratamientos. Esta no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones. Los autores revisaron 27 estudios controlados. Según sus resultados las intervenciones cognitivo-conductuales redujeron los abandonos del tratamiento y el consumo de cocaína de mejor forma que la comparación con otros modelos, además, tuvieron mejores resultados cuando se acompañaron del manejo de contingencias usando un incentivo monetario (Knapp *et al.*, 2007). Según lo dicho, Lefio y su equipo también indagaron acerca de las *Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas*, con una investigación que revisó y analizó la literatura científica, consultando bases de datos internacionales. Entre sus resultados determinan que las intervenciones psicosociales con mayores resultados positivos fueron la terapia cognitivo conductual, seguida de las intervenciones de tipo familiar, intervenciones de autoayuda vía internet, terapia conductual de pareja, refuerzo comunitario y entrenamiento familiar, seguimiento y apoyo telefónico, y terapia integrada del trastorno por abuso de sustancia con comorbilidad ansiosa y depresiva (Lefio *et al.*, 2013). De la misma forma, aunque sin poder tener un rigor metodológico comparable, diversos investigadores consignan en sus

publicaciones resultados alentadores en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y focalizadas en usuarios con problemas asociados al uso de sustancias (Allen *et al.*, 1995; Blanco *et al.*, 2002; Becoña *et al.*, 2010; Lefio *et al.*, 2013; Nguyen y O'Brien, 2016; O'Donnell *et al.*, 1995; Villa y Hermida, 2001). Por lo que resulta necesario, al igual que menciona Kazdin (2008), unir la investigación y la práctica clínica, ya que son dos aspectos indisociables para brindar una atención con el mejor método. De esta forma el autor focaliza en reforzar las intervenciones y la toma de decisiones clínicas con experiencia clínica, necesidades, valores y preferencias de los pacientes, además de su integración en la toma de decisiones. Para comprender sobre cómo se construye una práctica basada en evidencia en un tratamiento, en el siguiente capítulo se desarrollan diversas etapas que componen ese camino.

### **3.2. Etapas en el desarrollo empírico de un tratamiento**

Para el desarrollo de una investigación en tratamientos psicoterapéuticos, existen varios enfoques. Se toma el plan desarrollado por Kazdin (2004), en el que establece una serie de pasos para poder llevar adelante investigaciones en psicoterapia. El plan comienza con un desarrollo del trastorno, en el que se manifiesta y se define cuál es el tema a abordar en cuestión, cómo se define, cómo se desarrolla, cuál es la historia de su concepto, qué antecedentes existen acerca del trastorno y desde cuándo se inicia su nomenclatura. Posterior a su definición llega la etapa en la que se conceptualiza el tratamiento, de la misma manera, se recogen investigaciones en la temática, se manifiesta el porqué de la selección de ese dispositivo asistencial y, además, se hacen pruebas clínicas del tratamiento con la intención de validar la idea de investigación. Estas pruebas clínicas no tendrían por qué tener validez académica (en una primera instancia), si los pacientes denotan una mejoría en su estado, producto del tratamiento, se está en condiciones de pasar a la etapa en la que se describe el manual del tratamiento. Desde esta se realiza un trabajo detallado que garantice que distintos terapeutas apliquen de la misma manera procesos protocolizados y oficie de seguridad para terapeutas, evaluadores y revisores que están aplicando todo bajo un estricto trabajo detallado con todos los pasos a seguir. La sigue la evaluación sobre la adherencia y la competencia de los técnicos sobre el modelo desarrollado. Conocer las condiciones óptimas para brindar un tratamiento puede llevar a redirigir la práctica para lograr el cambio en la participación de mayor cantidad de usuarios, en la apertura sistemática de dispositivos asistenciales y en la adherencia a ellos. Estudiar los métodos asistenciales puede llevar a comprender las variables que hacen

depender la eficacia, permitiendo su influencia en el tratamiento sobre los logros alcanzados (Kazdin, 2007). Para investigar estas etapas es posible realizar una serie amplia de estudios, entre ellos los de caso único. Estos deben tener: un buen diseño, haber comparado la intervención dentro del modelo del diseño de caso único, contar con un manual de tratamiento, las características de la muestra deben ser identificadas y la efectividad de la intervención debe ser demostrada por al menos dos investigadores diferentes o dos grupos de investigación independientes en diversos contextos (Villaruel, 2004).

### **3.3 Tratamientos para personas con uso problemático de sustancias**

El uso de sustancias psicoactivas es uno de los mayores factores de riesgo de morbilidad a nivel mundial (Degenhardt *et al.*, 2018) y representa el 11 % de la demanda en dispositivos sanitarios (United Nations, 2020). Por este motivo, se mencionan la prevención y los tratamientos como ejes centrales a nivel internacional y nacional (OUD, SND, 2016b, 2021). En esos documentos se reafirma el compromiso de ampliar las coberturas. Sin embargo, existe disparidad acerca de la información sobre el acceso a dispositivos de atención, de las barreras para acceder a ellos y sobre las formas de atención. Esto puede considerarse central para conocer y mejorar los criterios de eficacia, son una de las herramientas que se recomienda estudiar ya que desemboca en un compromiso con la mejora continua de la práctica, con la evaluación constante y el aprendizaje permanente.

Una investigación internacional realizada en 26 países (en la que no figura Uruguay) evaluó los usos de sustancias psicoactivas y los factores asociados a los servicios de tratamiento. Se estudió la prevalencia por usos problemáticos. También investigaron sobre las personas que solicitaban tratamientos y la proporción de aquellos que lo recibieron en términos de cantidad y calidad. En sus resultados establecen que en general de todas las personas que presentaban usos problemáticos solo el 39,1 % manifestó la necesidad de asistir a algún tratamiento. Este reconocimiento fue más común en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos. Entre los que reconocieron la necesidad de tratamiento, el 61,3 % realizó una consulta (como mínimo) al proveedor de salud. Sus resultados más contundentes tienen que ver con la disparidad de acceso a los tratamientos. En los países con ingresos altos recibieron un tratamiento adecuado el 10 % de las personas que lo solicitaron, en países de

ingresos medios, el 3,4 %, y en países de ingresos bajos, apenas el 1 %. Esos datos son un insumo valioso para comprender la disparidad que hay en el acceso a servicios de salud, pues se aprecia que, incluso, en los países con ingresos altos, existen valores que no contemplan las necesidades de las personas (Degenhardt *et al.*, 2017).

Este tipo de inaccesibilidad tiene varios puntos de análisis, entre ellos, la insuficiencia de dispositivos para la atención y las barreras que pueden obturar para que personas con la intención de acceder no terminen acudiendo a solicitarlo. La estigmatización de los usuarios de sustancias por parte de los equipos primarios de salud y también por parte de los usuarios mismos es una de las variables mencionadas como una barrera para el acceso. Por lo que se vuelve necesario desarrollar estrategias de cambio de actitud en los servicios de atención, para facilitar el acceso de las personas. Con el fin de romper estas barreras de estigmatización y facilitar el acceso, se recomienda establecer una alianza entre los profesionales de la salud, la persona consumidora de sustancias, sus referentes socioafectivos (si estos estuvieran presentes) y la comunidad en general. De esta forma, el trabajo se enfoca en no asignar las responsabilidades únicamente a ninguna de las partes. Sin el trabajo de estos, las percepciones estigmatizantes y estereotipadas pueden afectar la motivación de quienes trabajan en estos lugares. Esto podría traducirse en mayores dificultades de acceso, retraso en la asistencia y por ende peor calidad del servicio brindado, lo que fomenta la baja adherencia (Ronzani *et al.*, 2009). En este punto es importante destacar que las capacitaciones por sí mismas (incluyendo las capacitaciones en tratamientos focalizados y de corta duración) no implican una solución contra la barrera del estigma. Distintos profesionales pueden capacitarse para aplicar las técnicas, pero esto no significa que se garantice el acceso y el cuidado de las personas usuarias de sustancias (Cruvinel *et al.*, 2013).

Según la OMS, la oferta de los tratamientos por usos problemáticos de sustancias es insuficiente a nivel mundial. Recientemente elaboraron recomendaciones para incidir en la cantidad y calidad de los tratamientos, entre ellas:

Ampliar las intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basadas en datos científicos que adopten un enfoque que tenga en cuenta múltiples factores, estén integradas dentro del sistema general de salud de cada país, sean asequibles y atractivas, estén disponibles y sean accesibles en entornos tanto rurales como urbanos, reemplacen los castigos o el encarcelamiento, estén a disposición de las personas que las necesiten, se basen en los principios de los derechos humanos y la ética y atiendan las diversas necesidades de las personas con trastornos por consumo de drogas (United Nations, 2020, p. 14).

Como ya se mencionó, no existe un consenso en la comunidad científica que permita identificar un tratamiento único y unívoco para cada situación. Las diversas investigaciones

sobre los tratamientos no permiten validar algunas prácticas y descartar otras. Entre los motivos por los que eso no es posible están la diferencia cultural en los lugares que fueron estudiados los tratamientos y la metodología aplicada, por lo que las evaluaciones de estos resultados carecen de los mismos criterios de impacto global (Babor, 2010).

Existen varias maneras de realizar un tratamiento para personas que usan problemáticamente las sustancias. De la misma forma, muchas de las prácticas que se emplean no cuentan con la evidencia científica que las respalde. En general, se dice que los técnicos reconocen la necesidad de realizar los tratamientos en modalidades de atención interdisciplinaria, con enfoques integrados que sean capaces de combinar estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y grupales. En Uruguay, la mayoría de los técnicos que desempeñan su rol en instituciones no cuentan con lineamientos sobre cuál modelo debería seguir para obtener los resultados que se esperan (Tomassini, 2017). En esa investigación se deja en evidencia que algunas de las prácticas que se emplean no tienen un fundamento teórico que las respalde, lo que da cuenta también de la existencia de modelos que puedan ser ineficaces o incluso dañinos para las personas. En ese sentido, algunos modelos de abordaje no cuentan, de por sí, con una revisión sistemática de sus formas llevar a cabo las prácticas (Mayet *et al.*, 2004).

Según la OMS, el término *tratamiento* para sustancias se define como el:

Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (UNODC, 2003, p. 124).

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (*SAMSHA*, por su sigla en inglés) definió al tratamiento de trastorno por uso de sustancias como un tipo de servicio que puede incluir medicamentos, asesoramiento y otros tipos de apoyo. A su vez, se encuentran diseñados para permitir que una persona reduzca o elimine el consumo, además de abordar los problemas de salud física o mental asociados (*SAMSHA*, 2016). Con respecto a los objetivos que pueden tener las personas que asisten a solicitar tratamiento, podrían categorizarse en tres. Primero, reducir el uso y los deseos de consumir drogas, incluyendo la abstinencia, reducción o incluso la gestión de riesgos del uso de drogas (Babor, 2010). Segundo, mejorar aspectos prosociales saludables como la salud física y el funcionamiento social. Tercero, prevenir recaídas (OMS Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2017).

Además, se establecen algunos lineamientos estratégicos internacionales que deberían tenerse en cuenta para desarrollar trabajos de tratamientos. Ellos son:

Estar disponible, ser accesible, atractivo, y apropiado. Asegurar estándares de cuidado éticos en los servicios de tratamiento. Promoción del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas mediante la coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios médicos y sociales. El tratamiento se debe basar en evidencia científica y responder a las necesidades específicas de los individuos con trastornos por el uso de drogas. Respuesta a las necesidades de poblaciones específicas. Asegurar el adecuado manejo clínico de los servicios y programas de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas. Las políticas, servicios y procedimientos de tratamiento apoyarán un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos a servicios complementarios deben ser monitoreados y evaluados de manera constante (OMS, 2017, pp. 5-15).

Algunos estudios en el campo de la psicología que evalúen los tratamientos podrían identificar estos conceptos. Para ello, resulta pertinente identificar las barreras que deben derribarse y proponer soluciones para hacerlo. Barlow *et al.* (2013) proponen, para incidir en los índices de salud pública, aumentar la eficacia de los tratamientos, ampliar el impacto de diagnósticos, precisar los mecanismos de acción de los tratamientos y obtener el mejor método para difundir e implementar las intervenciones psicológicas. Según estos autores esto se logra mediante el desarrollo de una técnica de estudio que permita evaluar la eficacia de los tratamientos y estimular la aplicación de los que sean validados científicamente.

Los modelos de atención del uso de sustancias deberían implicar diferentes estrategias. Se debe sacar el foco del tratamiento de los usos de sustancias y tomar a la persona en su integralidad, pues los tratamientos deben ajustarse a casos personales y según algunos patrones, como el riesgo individual de cada persona, el patrón de consumo y la accesibilidad a los servicios de tratamientos disponibles (Mrazek *et al.*, 1994). Existe otra tendencia que tiene que ver con separar a las personas, teniendo en cuenta factores como el género, edad, sustancia y variables socioculturales (NIDA, 2016). Tomar la definición del modelo de abordaje es una decisión a la que los técnicos se ven expuestos. Algunos toman definiciones personales según su experiencia clínica cuando no existen definiciones institucionales. En el caso de las instituciones uruguayas que trabajan en usos problemáticos de sustancias, son en su mayoría de la red de Salud Pública (Tomassini, 2017).

Ofertar los tratamientos que se basan en resultados confiables debería ser una de las prioridades para los decisores de políticas públicas, ya que el uso problemático de sustancias es uno de los problemas que viene creciendo a nivel internacional y, con ello, se vuelve necesario tener una herramienta que permita contemplar las necesidades de tratamiento de las personas que acuden a solicitarlo. Personas que buscan tratamiento para intervenir en sus usos

relatan querer intervenir en ellos no como un fin en sí mismo, sino como un medio para mitigar las consecuencias negativas que el uso de sustancias provoca y mejorar su calidad de vida. Por lo que, si los tratamientos se enfocan únicamente en promover la abstinencia, reducirla o gestionarla y no incidir en su calidad de vida como objetivo final, los tratamientos serán conceptualizados como ineficientes o inconclusos. Las evaluaciones de calidad de vida sirven como herramientas de evaluación y diagnóstico, además de ser uno de los indicadores que puede predecir el logro de la persona participante (Laudet, 2011). Si bien el término *calidad de vida* es un producto inacabado, existe consenso en la importancia subjetiva de la impresión del usuario para manifestar su calidad de vida y que no se base netamente en un conjunto de variables clínicas, signos y síntomas. Por lo que adaptar los dispositivos de atención para lograr generar mayor participación de los usuarios y al mismo tiempo mayor adherencia es una de las complejidades de estos temas. Existen al menos tres barreras por las que las personas no acuden a solicitar tratamientos a los servicios de salud. La primera tiene que ver con la dificultad en identificar o admitir que necesitan el tratamiento. La segunda se relaciona con dificultades en el acceso una vez que es identificada esta necesidad. Por último, el cumplimiento de lo acordado para el tratamiento (esta dificultad se posiciona ante personas usuarias y también ante instituciones que brindan el servicio) (Degenhardt *et al.*, 2017).

Otro de los factores claves para entender las complejidades en los tratamientos por usos de sustancias se debe a la adherencia. Ocurre que los abandonos de los tratamientos por usos de sustancias son frecuentes. Las razones para abandonarlas son varias y dependen mucho de la investigación que respalde la evidencia mencionada. De todas formas, existen diversos sesgos a la hora de medir la adherencia o el impacto en los tratamientos. Entre ellos, está la posibilidad de que un tratamiento, independientemente de que no haya sido culminado en su totalidad, pudiera producir un impacto en la persona que participó de él y, pese al abandono, quizás tenga mayores herramientas para lograr sus objetivos en el próximo intento. Otro de los errores frecuentes a la hora de estudiar los índices de adherencia y relacionarlos con los absolutos para obtener los objetivos data de aquellas personas que están teniendo un uso problemático de sustancias y deciden emplear vías alternativas para lograr la abstinencia, la reducción o la gestión y lo consiguen, sin la necesidad de un tratamiento específico. No existe registro de aquellas personas que pueden alcanzar por su cuenta los objetivos. Ellas quizás no intentaron por otras vías de tratamiento o quizás encontraron una mejor propuesta lejos de los dispositivos asistenciales para usos de sustancias en los que son registrados estos casos.

De los abandonos de los tratamientos se conoce que es uno de los principales obstáculos para lograr los cometidos de los servicios que lo brindan. Los obstáculos para la adherencia al

tratamiento pueden dividirse en factores personales y factores que obedecen al programa. Cuando se mencionan dificultades del programa se relacionan con: la insatisfacción con quienes llevan adelante los tratamientos, la falta de flexibilidad de los programas para adherirse a la vida de los individuos y se menciona también la imposibilidad de continuar por necesidades sociales insatisfechas y no contempladas por distintos programas. Aquellos obstáculos individuales que se aluden tienen que ver con no mantener un compromiso con el tratamiento y el uso de sustancias mientras estaban asistiendo, lo que imposibilitó su continuidad, dependiendo mucho también del tipo de tratamiento que se esté brindando (Laudet *et al.*, 2009).

Los tratamientos breves son uno de los modelos de abordaje en usos de sustancias, se componen por diversos módulos y existe un gran acumulado de producción científica que los respaldan (CICAD, 2017; García Rodríguez *et al.*, 2007; Martínez-González *et al.*, 2009; Sánchez *et al.*, 2011; Torres *et al.*, 2005; UNODC, 2003). Tienen en sus estrategias trabajar en los valores subjetivos saludables (o prosociales) con la intención de reducir la disponibilidad de la sustancia en el contexto cotidiano de las personas. La intención de estos enfoques tiene que ver con que la persona opte por actividades alternativas, que le resulten satisfactorias y las escoja en lugar de privilegiar el uso de sustancias (CICAD, 2017).

En este capítulo se realizó una introducción a los temas relacionados con las asistencias por usos problemáticos de sustancias psicoactivas. A continuación, se realizará una mención a una de las formas de trabajo en ellas, denominada *entrevista motivacional*.

### **3.4 Entrevista motivacional**

La entrevista motivacional es uno de los pilares en los tratamientos de personas con usos de sustancias, tiene su primera aparición en el ámbito académico por Miller (Miller, 1983). En 1983 crea un enfoque que toma su base de la psicología social y de la experimental. Este considera la motivación como un proceso que es individual y que puede ser dinámico, presenta una hipótesis que con un trabajo interpersonal entre el técnico interviniente y el usuario puede generar cambios. Miller, en este artículo, plantea una forma de entrevistar novedosa para la época, en la que lo que primaba eran los abordajes confrontativos. En este artículo, él se dedica a detallar una serie de prácticas que permiten empoderar a las personas para explorar sus sentimientos encontrados, su ambivalencia y generar planes de acción para confrontarlos. Inicialmente, este tipo de tratamiento fue puesto en práctica en personas que presentaban un

uso problemático de sustancias ilegales además del alcohol. Se menciona el término *cliente* para personas que acuden a consultas.

A partir de la incorporación de Rollnick en las siguientes ediciones (Miller, William y Rollnick, 1999; Miller y Rollnick., 2013) se recomienda su aplicación en distintos entornos, pasando por atenciones sociales, sanitarias, temas relacionados con la violencia basada en género o una diversa gama de situaciones. Además, a medida que comienza a emplearse en diversos ámbitos, comienza con la acumulación de ensayos de evidencia, con diversas técnicas de estudio. En sus inicios, se desarrolla la técnica, se exponen los principales métodos de tratamiento con pacientes con uso problemático de alcohol y esta técnica demuestra para los autores cierta efectividad positiva, incluso comparando la efectividad del uso de la entrevista motivacional con otras intervenciones con mayor intensidad. En dicha investigación se desarrollan pruebas de comparación con 35 pacientes en un grupo experimental y grupo control para pacientes con abuso de alcohol. Realizan intervenciones de evaluación y entrevista motivacional en algunos e intervenciones y atención (placebo) en el grupo control. Pacientes que recibieron atención en el formato de entrevista motivacional demostraron mayor efectividad que aquellos que recibieron otra modalidad de atención, aunque a los seis meses de seguimiento los resultados no continuaban siendo tan favorables (Bein *et al.*, 1993; Miller y National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (U S, 1992).

Siguiendo con los estudios de eficacia y con diversas metodologías, se realizaron entrevistas motivacionales de caso único con la intención de reducir el consumo de drogas y las percepciones de los riesgos y daños relacionados con las drogas entre los jóvenes. Se llevó adelante por medio de un ensayo aleatorizado por conglomerados en 200 jóvenes de 16 a 20 años. El informe manifiesta cambios en el consumo de diversas sustancias, como cigarrillos, alcohol y cannabis. El estudio menciona el cambio en percepciones sobre los riesgos y daños de estos jóvenes, con medición al momento del inicio, del final de la entrevista y seguimiento a los tres meses (McCambridge y Strang, 2004). Además, es de las técnicas más estudiadas en los primeros niveles de atención en salud, para intervenir en diversas afecciones, con evidencia de su efectividad en estudios de metaanálisis (Bóveda Fontán *et al.*, 2013).

Este tipo de técnica se menciona como una posibilidad de intervención para personas que estén en tratamiento por usos de sustancias, como una de las técnicas empleadas en diferentes terapias cognitivo-conductuales. Se centra en el usuario, busca explorar y resolver contradicciones sobre hábitos y conductas, busca el compromiso con el tratamiento y el cambio de hábitos de consumo. En cada sesión de entrevistas el profesional guía con intervenciones que se combinan con enfoques directivos y no directivos (Lizarraga y Ayarra, 2009; Miller,

William y Rollnick, 1999; Miller y Rollnick., 2013). El National Institute of Drug Abuse (NIDA) recomienda el uso de esta modalidad de entrevista, sobre todo en etapas iniciales del curso del tratamiento para fomentar su adherencia, su objetivo es fortalecer la motivación y el compromiso con el cambio (NIDA, 2012).

En intervenciones por usos de sustancias en la entrevista motivacional parte de lo que denomina *supuestos básicos*. Estos son fundamentos de su enfoque y tienen que ver con supuestos como que: un espíritu colaborativo con empatía generará un incremento de la motivación para el cambio; es necesario adoptar un estilo tranquilo; se debe considerar la ambivalencia natural y trabajar con ella, la motivación para el cambio no debe ser impuesta; la resistencia inicial eventualmente se puede reducir o también aumentar mediante las interacciones; un modelo de atención directivo también puede colaborar en examinar y resolver la ambivalencia; la relación debe ser colaborativa y amistosa; las personas son las responsables de su progreso o no, el profesional es un mero facilitador; en términos de usos de sustancias la abstinencia es un camino que puede considerarse seguro, pero no siempre apuntar a él es la mejor opción (Lussier y Richard, 2007; Miller y Rollnick S., 2013).

Se mencionan cuatro procesos escalonados para implementar la entrevista motivacional, además de estrategias para hacerlo. Los procesos, si bien son secuenciales, pueden ser retomados en los momentos que el profesional entienda pertinente. En el primer proceso se establece el compromiso profesional con el cliente. Consiste en establecer la alianza terapéutica. Se busca con esto un mayor compromiso con el tratamiento y fomentar la adherencia a este. El compromiso se basa en una relación de ayuda, en la que ambas partes van a buscar una solución determinada al problema identificado, basándose en el respeto y la confianza. En este intercambio es importante señalar que el cliente es un miembro activo en la búsqueda de la solución, por lo que se espera que el camino elegido sea construido en forma conjunta y no como mero receptor. El segundo paso se denomina *enfoque* y tiene que ver con desarrollar y mantener la dirección específica de la conversación para el cambio, evitando temas alternativos que no estén directamente relacionados con el problema identificado o con la ambivalencia. El tercer paso se denomina *evocar* y tiene que ver con poner en palabras sentimientos acerca del proceso del cambio, aprovechando ideas y valores mencionados para que el cliente sea activo en estos procesos. Por último, la planificación, esta tiene que ver con establecer la forma de cómo y cuándo se dará el proceso de cambio, desarrollando un plan para lograr su meta (Figlie y Caverni, 2021; Miller y Rollnick, 2013).

Para llevar adelante estos procesos se mencionan algunas estrategias, entre ellas: hacer preguntas abiertas, mantener una escucha reflexiva, afirmar y resumir. En relación con las

preguntas abiertas, se busca estimular la aplicación de preguntas que no sean fáciles de responder, incluso desde el momento de iniciar una conversación. De esa manera, se estimula acerca del intercambio y se da ánimo para que el cliente mencione todos los aspectos que le sean relevantes con la intención de abrir la comunicación, fortalecer y fomentar la autonomía del cliente. La segunda estrategia, la escucha reflexiva, tiene que ver con la respuesta que el profesional da a lo que dice el cliente. Tiene que ver con guardar una sintonía con lo que fue mencionado, no como interpretación, sino con la neutralidad de reflejar el concepto manifestado. Requiere centrarse específicamente en su discurso, visualizarlo, formular la hipótesis sobre la que manifestó la persona, sin interpretarla, y por último intercambiar acerca de la hipótesis. En este nivel de estrategia se emplea la del reflejo, en su versión simple y compleja. Los reflejos simples son una repetición de lo que el cliente viene mencionando y los reflejos complejos agregan otra información anexa. Con respecto a la herramienta de afirmación, se espera que esta brinde un refuerzo positivo. De esta forma, se trabaja sobre su autoeficacia. Avalando y resaltando las fortalezas, actitudes, cualidades, valores y habilidades de la persona. Es una forma de reconocimiento mutuo y apoyo genuino. Por último, se menciona la estrategia de los resúmenes. Entendidos como un conjunto de reflexiones empleadas para conectar los diversos temas que menciona el cliente (Figlie y Caverni, 2021).

En este capítulo se desarrolló una breve descripción de la entrevista motivacional, su surgimiento y las principales herramientas para su implementación. Para comprender el funcionamiento de estos dispositivos en el marco de los servicios asistenciales en el Uruguay, se detallarán la caracterización de servicios de asistencias en el país.

### **3.5 Sobre la asistencia en Uruguay**

El sistema uruguayo plantea muchas complejidades en el servicio asistencial de esta temática. Si bien el sistema de salud tuvo injerencia en la atención a esta problemática desde los años 1930, a partir de ese año se enfoca más en el control sobre el tráfico y usos de drogas, a pesar de la legislación existente de la ley N.º 9692 (Ley N.º 9692, 1937). En ella se establece la injerencia del Ministerio de Salud Pública. En el año 1988, se da la apertura de la Junta Nacional para el Control del Narcotráfico y el Uso Abusivo de Estupefacientes (JNC del N y UAE). Su finalidad es la de cambiar el enfoque y comenzar a generar políticas públicas que tengan como objetivo prevenir y controlar las gestiones realizadas por el Ministerios del Interior y Salud Pública sobre los usos de drogas. El órgano se ubica en Presidencia de la

República (Decreto N.º 69/988 Creación de La Junta Nacional Para El Control Del Narcotráfico y El Uso Abusivo de Estupefacientes, 1988). Con el paso de los años, esta junta mantuvo los lineamientos de intervenir en temas relacionados con el uso de sustancias con un enfoque en la seguridad, educación preventiva, asistencia, rehabilitación y cooperación internacional (Silva, 2016).

Posteriormente, se realiza el pasaje a la Secretaría Nacional de Drogas, y con el pasar del tiempo toma un enfoque centrado en la reducción de riesgos y daños. Con respecto a los temas de tratamiento en usos problemáticos de sustancias, podría visualizarse el primer aporte de esta secretaría en el año 2002, cuando se propone incidir sobre el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los adictos y realiza un trabajo de monitoreo en los centros que estaban en funcionamiento, conociendo sus formas de operar y publicando por primera vez una categorización de la temática (Presidencia, 2002).

En el año 2006 los servicios que intervienen en esta temática se presentaban como una red pública de atención en drogas. Ella estaba compuesta por diversos dispositivos de primer nivel de salud, un servicio que se brindaba en el Hospital de Clínicas, el Hospital Policial, la Policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel y el Centro de Adicciones de INAU, además del Portal Amarillo. Este último ofició como centro de rehabilitación integral de usuarios problemáticos de drogas con sus tres modalidades de abordaje: residencial, diurno y ambulatorio. Un año después, en 2007, se estableció el marco regulatorio para centros de tratamiento para usuarios problemáticos de drogas. En este, el Ministerio de Salud Pública anuncia una serie de recomendaciones técnicas con la pretensión de mejorar los distintos servicios y establecimientos que realizan prestaciones relacionadas con personas con uso problemático de sustancias. También desde ese año existe el Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N.º 18211, 2007), donde se fijan las prestaciones obligatorias y se establece el compromiso de brindar un servicio de tratamiento en temas de salud.

Según la ley 18335 (Ley N.º 18335 Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de Los Servicios de Salud, 2008) se establecen los derechos de las personas usuarias de salud del Uruguay. Con posterioridad, se aprueba una serie de decretos (Decreto N.º 305/011 inclusión en el decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, 2011; Decreto N.º 465/008. Aprobación de los programas integrales de salud y catálogo de prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2008) en los que se explicitan prestaciones mínimas obligatorias para personas con uso de sustancias. Entre ellas el derecho de recibir atención presencial o telefónica, asistencia de atención en un formato multidisciplinario de forma

ambulatoria y por último la posibilidad de ingresar en un dispositivo de internación. Además, en lo que tiene que ver con las prestaciones de salud mental se incluyen nuevas obligaciones para las instituciones que brindan servicios de salud, específicamente para usuarios de estimulantes, de cocaína y pasta base. De esta forma, se brindan módulos de posibilidades de intervenciones, con hasta 48 consultas con psicólogo anuales (para el módulo N.º 3).

Este sistema, por más que intenta garantizar el acceso a la salud para toda la población, no está regulado en sus precios y formas de asistencia. Lo que lo vuelve diverso entre los lugares de atención público y privados (y estos a su vez dependen cada uno de la sociedad que brinde los servicios). Además, existe disparidad, ya que los tratamientos son subvencionados según la sustancia que se denomine problemática. Entre ellas, el tabaco, cocaína o pasta base y no entran en las subvenciones estatales sustancias como el alcohol y la marihuana. A partir del año 2013 se genera el fideicomiso de administración denominado Red Nacional de Drogas (RENADRO) con la intención de brindar atención, tratamiento e inserción social a personas que presenten un uso problemático de sustancias. En los últimos años se priorizó la apertura de dispositivos de tratamiento para personas con uso problemático, denominados *de bajo umbral*. Son lugares que plantean pocas exigencias para su ingreso y suelen asociarse a personas en exclusión social. Su apertura tuvo la intención de acercarse a una mayor cantidad de población que se encuentre en vulnerabilidad social. Pese a estos intentos, y al sistema en paralelo funcionando desde la RENADRO, existe todavía una precariedad asistencial en estos temas, sobre todo en el acceso a tratamientos ambulatorios. Esto en principal medida se da por la casi inexistencia de ellos, o por profesionales no formados en la temática. Además, cuando distintas personas con usos problemáticos o sus familias toman contacto con los servicios asistenciales, su oferta no tiene una especificidad adecuada y se limitan a escuchar su demanda, pero no pueden brindar un servicio acorde a sus necesidades (Musto, 2021). La última publicación elaborada por Presidencia con fechas similares manifiesta los siguientes dispositivos ambulatorios y públicos de atención: Por la Red Nacional de Drogas (RENADRO), Ciudadela, y Dispositivos para personas privadas de libertad. Por la Administración de los Servicios de atención en Salud del Estado (ASSE), el portal amarillo, el Hospital Maciel, Grupos T. Por la UDELAR se menciona la posibilidad de intervención ambulatoria en el UNITRA (Presidencia, 2021).

En Uruguay aproximadamente un 6,3 % de la población ha solicitado en algún momento ayuda para dejar su consumo, lo que corresponde aproximadamente a 100.000 personas. De las solicitudes de tratamiento la principal es por tabaco (72 %), seguida de personas que usan alcohol (17 %), y, por último, por uso de cocaína (13 %). Se resalta que pese a la baja cantidad

de población que consume pasta base, esta tiene un alto índice en solicitar tratamiento por uso problemático. Tomando la muestra total de usuarios de pasta base y cocaína se llega a los resultados de que la demanda de atención por cocaína es del 33 % de los usuarios y por uso de pasta base es del 26 % de ellos, cifra mucho mayor a la solicitud de tratamiento en otros países por esas sustancias (OUD, SND, 2019). Otra investigación (Keuroglan *et al.*, 2019) específica en usuarios de pasta base establece que del total de su muestra un 54 % establecieron que habían demandado tratamiento alguna vez en su vida y del 46 % de quienes no lo hicieron, el 40 % creyó en algún momento necesitarlo. Entre los lugares que los usuarios mencionan para solicitar tratamiento se encuentran la más variada gama de intervenciones, entre ellos: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas, mutualistas, clínicas psiquiátricas particulares, policlínicas barriales, hospitales públicos, iglesias, programas comunicativos y centros de tratamientos privados. Estos autores destacan las solicitudes en dispositivos que se enfocan en modelos abstencionistas con el requisito de su abstinencia en el uso de sustancias y cómo este puede obstaculizar el ingreso. Además, las personas manifiestan elegir lugares de atención donde no son especializados y menos exigentes, incluyendo lugares donde la intervención está basada sobre todo en ofrecer un espacio para pasar el tiempo libre. Además, manifiestan la alta rotación de estas personas por diversos servicios de atención y los obstáculos que representan para estos usuarios la falta de disponibilidad permanente para acceder, la lejanía de su comunidad y las exigencias para sostener el tratamiento.

En este capítulo se desarrollaron las características de la evidencia en referencia a intervenciones psicológicas. En el siguiente capítulo se propone desarrollar algunas de las características que hacen al uso de sustancias para posteriormente relacionarlas.

#### **4. Sobre las teorías asociadas al uso de sustancias**

Comprender las teorías que explican los procesos que llevan de un uso recreativo a un uso problemático es un fenómeno inacabado, excede los objetivos de este proyecto de investigación y depende de la teoría en donde se fundamente. Como ya fue mencionado anteriormente, no existe un factor unívoco para medir los riesgos asociados a los usos de sustancias, porque independientemente de las cantidades y las frecuencias, un consumo experimental también puede ser considerado problemático, dependiendo de factores alternos.

En esta tesis se presentan solo las teorías relacionadas con su marco de estudio y se hace foco en la teoría del aprendizaje social. Se comienza analizando el modelo etiológico (Edwards *et al.*, 1982), que conceptualiza el consumo de sustancias como una conducta que se da en la interacción entre las características de la persona y del ambiente, diferenciando factores sociales e individuales. Entre los factores sociales se encuentran la integración con el grupo, la interacción familiar, el uso de drogas en la familia, las normas sociales del grupo, disponibilidad de la droga y variables demográficas. Entre los factores individuales se encuentran la experiencia precoz con drogas, el desarrollo psíquico, los rasgos de la personalidad y los estados de ánimo susceptibles de ser modificados por el efecto de una droga. Este modelo toma en cuenta la cultura, el momento histórico y la singularidad de cada individuo (Drake y Wallach, 2000; Pons Diez, 2008).

Se toman los supuestos básicos de la teoría del aprendizaje social. Fue promovida por Bandura (Bandura y Walters, 1977) y ha sido ampliada como teoría del aprendizaje social cognitivo (Heffernan, 1988). En esta teoría se proporciona un análisis de los principios del desarrollo, mantenimiento y modificación de las conductas. La teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura también propone el concepto de autoeficacia como uno de los ejes centrales, para explicar la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1995), toma como uno de los componentes centrales el concepto de autoeficacia ya que sirve para guiar y predecir la conducta (Bandura, 1982). Tomando la hipótesis de que las percepciones de las personas inciden en su capacidad de actuar, afectando a los propios niveles de motivación y de logros Esta teoría también basa su determinación en diversos factores y su interrelación, ellos son los factores personales, el entorno y el comportamiento frente a este. Se entiende según este modelo que la problemática en torno al uso de sustancias puede verse como el resultado de la interrelación de estas tres variables. Por lo tanto, se recomienda que las diversas formas de abordaje a estos temas deben hacer foco en esos pilares y sus relaciones funcionales (Smith, 2021). Siguiendo este encuadre, Siegel (1989) menciona dos procesos relevantes a la luz de la teoría del aprendizaje y su relación con los usos de sustancia: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El modelo del condicionamiento clásico tiene que ver con la forma de responder a determinados estímulos. Mediante la interacción de esos estímulos el cuerpo desarrolla una respuesta refleja, que le indica a la persona la preparación para una respuesta determinada. Esta reacción es automática e involuntaria y se relaciona directamente con el sistema nervioso central, por lo que diversos estímulos pueden provocar en el individuo reacciones como la taquicardia, sudoración, salivación, etc. Otra característica de este modelo es que las reacciones del sistema nervioso

central no se dan de forma primaria, sino que se van generando mediante la estimulación de experiencias. Lo que antes a una persona no le representaba estímulo alguno, podría ser posterior a experimentar situaciones determinadas (como comprar sustancias o consumirlas), podría representar en un futuro una aceleración en el corazón al pasar por el lugar. Incluso reunirse con personas con las que antes consumía sustancias también podría provocar un cambio en la respiración. Este acto reflejo muchas veces es mencionado por las personas como «necesidad» o «ganas» de consumir la sustancia en determinadas ocasiones y es un momento en el que los tratamientos hacen énfasis en la posibilidad de elección y en la selección de momentos o acciones en su vida que representen un desacomodo en su sistema nervioso central. Se mantiene el trabajo en la intervención con la intención de que la persona pueda o controlar, evitar o solicitar apoyo ante la situación determinada (CICAD, 2017). El condicionamiento clásico es la conexión entre un estímulo nuevo y un reflejo existente. Los mecanismos fundamentales son la habituación y la sensibilización. La habituación es cuando la persona usuaria de sustancias desarrolla un consumo agradable a su juicio, filtra algunos de los aspectos negativos de las consecuencias corporales y se queda con los positivos. La habituación cambia la respuesta al estímulo, no la sensación. La sensibilización se relaciona con el aumento de la estimulación sensorial cuando se consume de manera repetida. La respuesta a la estimulación aumenta con cada nueva experiencia de consumo. Los dos mecanismos seleccionan determinados aspectos y con cada nuevo consumo la persona desarrolla aspectos más placenteros del consumo de sustancias, esto por lo general regula el deseo de consumo ya que se forma una expectativa del efecto de la sustancia. El condicionamiento operante remite a reforzadores, positivos y negativos. Los positivos provocan recompensas agradables después del consumo. Vuchinich y Simpson (Vuchinich y Simpson, 1998) desarrollaron el concepto de *reforzadores negativos*. En el consumo de sustancias, estos pueden aminorar las sensaciones displacenteras, reducir las tensiones y las sensaciones desagradables. Es probable por ejemplo que, si la persona consume alcohol para aliviar una situación desagradable, pueda desarrollar una conducta adaptativa, siempre que experimente dichas sensaciones. Los principales procesos derivados del condicionamiento operante que inciden en los mecanismos de tratamiento son de reforzamiento y castigo. Siguiendo este modelo se identifican algunas variables centrales a la hora de entender los usos de sustancias. Entre ellas, están las personas que pueden hacerse dependientes de sustancias a través de fenómenos de aprendizaje en los que interactúan con estas en diversos contextos. La mayoría de las personas no desarrollan un problema con los usos de sustancias, sino que logran vivirlos de forma recreativa. La relación con los usos de sustancias son variables y aprendidas, por lo que pueden modificarse y

sustituirse mediante procesos de reaprendizaje. El proceso por el que una persona desarrolla un uso problemático es dinámico, la misma persona puede mantener un uso problemático de sustancias por un tiempo, modificarlo y posteriormente volver a tener problemas relacionados con su uso. Por último, es importante mencionar que no existe una relación directa que lleve a un deterioro (Fernández y Lapetina, 2008). En este nivel también el uso de sustancias psicoactivas tiene un carácter dinámico, por momentos puede considerarse problemático, por momentos, recreativo, y puede variar en relación con el contexto en el que se encuentre. Mediante este entramado de relaciones de intercambio del ser humano con la naturaleza es que va desarrollando un repertorio de conductas, con el que va evolucionando su adaptación.

En este capítulo se desarrollaron los conceptos introductorios acerca de uno de los modelos de abordaje en los usos de sustancias. A continuación, se desarrollan algunos aspectos relacionados para comprender con mayor cabalidad el fenómeno.

## **4.1. Conceptos relacionados**

Para una mayor comprensión del fenómeno, en este capítulo se desarrollan algunos de los conceptos que se relacionan con las principales teorías asociadas al uso de sustancias. Estos conceptos son: los procesos oponentes, la conducta operante, la habituación y sensibilización, la tolerancia, el *craving* o ansias y el valor subjetivo de las consecuencias del uso de sustancias.

### ***4.1.1. Procesos oponentes***

Según esta teoría, debido al uso repetido de sustancias y al principio de la homeostasis del cuerpo humano interceden diversos fenómenos, entre ellas: un contraste afectivo, una habituación resultado de la repetición frecuente y un síndrome de abstinencia. Estos procesos representan oportunidades para reforzar y dinamizar comportamientos que se relacionan con el uso de sustancias (Solomon, 1980). La idea central de estos procesos en el uso de sustancias es que el efecto placentero del uso de ellas está intercedido por el proceso opuesto, que tiende a buscar un equilibrio en el cuerpo humano. Por lo que se transita por diferentes estímulos, un estímulo A, que es el responsable de provocar el desenlace del efecto de la sustancia en el cuerpo y, por oposición, se genera un proceso secundario B, que es el responsable de generar un efecto opuesto al A.

Esta combinación de procesos A y B es la que genera la experiencia en torno al uso de sustancias. El proceso oponente (B) se produce indirectamente del uso de drogas. Este es desencadenado por vivencias pasadas, como consecuencia del condicionamiento respondiente.

Según esta teoría, todas las emociones placenteras y las displacenteras generarían automáticamente procesos contrarios al inducido. Relacionado con los usos de sustancias, operaría de la siguiente forma: «La administración inicial de una droga ejerce un efecto placentero de gran magnitud mientras permanece en la sangre (proceso A), que es reemplazado por un conjunto de sensaciones displacenteras de menor magnitud (proceso B)» (Pautassi, 2017, p. 47). El proceso B se fortalece con el uso de sustancias a largo plazo y pierde intensidad por la suspensión del uso de ellas. Por lo que a medida que la frecuencia se intensifica el proceso B aparecerá con mayor rapidez y tendrá un periodo de decaída más largo (CICAD, 2017).

#### **4.1.2. Conducta operante**

Siguiendo con la teoría del proceso de aprendizaje, los eventos de uso de sustancias se consideran hábitos aprendidos que se fortalecen por medio de los principios del condicionamiento operante. Se compone de una categoría denominada *reforzadores*, del que existen dos tipos: el positivo y el negativo.

Los reforzadores contribuyen al pasaje de un consumo recreativo o moderado a una repetición de consumo compulsivo o dependiente. Los reforzadores positivos generan sensaciones placenteras, tales como euforia, la elevación del ánimo y sentimientos placenteros mediados por la activación del centro de recompensa. Por esto se dice que refuerzan la conducta de consumo, ya que incrementa en su probabilidad de ocurrencia en el futuro, en búsqueda de repetir la experiencia placentera. Cuando las personas que mantienen un uso problemático se exponen de forma reiterada a situaciones con historias de consumos que los estimulen, se activan regiones hipoactivas, volviéndose hiperactivas, expresando el deseo por la sustancia (Volkow *et al.*, 2004). Los efectos reforzantes de las sustancias se relacionan también con la expectativa de ingesta. Se consideran, además, variables que afectan el sistema dopaminérgico y se relacionan con la expectativa de la persona en los efectos del consumo de la sustancia. Esto, al mismo tiempo, puede llegar a modificar la conducta operante, modelando la respuesta. Las personas con una historia de consumo suelen mencionar experiencias subjetivas más placenteras cuando están esperando consumir la sustancia que cuando no consideran hacerlo (Kirk *et al.*, 1998). Si el efecto positivo es inmediato (esto varía en función de la sustancia) se dice que las probabilidades de desarrollar dependencia son mayores.

Los reforzadores negativos tienen que ver con alteraciones fisiológicas periféricas, como alteraciones gastrointestinales y reacciones fisiológicas autónomas como el rubor facial. Algunas sustancias como el alcohol también tienen la capacidad de incidir en estados como ansiedad o disforia, disminuyendo su sintomatología. Por eso se dice que los efectos reforzantes negativos también influyen en la configuración de la búsqueda y el consumo de alcohol (Pautassi *et al.*, 2009).

#### **4.1.3. La habituación y sensibilización**

La habituación explica el hecho de que frente a una ingesta repetida la sustancia no mantenga el mismo nivel de estímulo. Se da un acostumbramiento al estado sensorial en el que va decreciendo la intensidad de la respuesta. Este tipo de acostumbramiento es un facilitador del incremento de magnitudes de consumo. Es un fenómeno reversible y se denomina *deshabitación* cuando una persona que había desarrollado un decrecimiento de respuesta a determinados estímulos por el uso prolongado de sustancias pierde esta característica. Se logra ante períodos de abstinencia y cambiando la modalidad, el escenario o la sustancia de uso. Si se producen cambios en su manera habitual de consumo, es posible que la persona vuelva a experimentar estímulos similares a los que se generaron con el consumo original. En forma opuesta a la habituación, la sensibilización aumenta la intensidad de la respuesta del estímulo de las sustancias, producto de una experiencia repetida. Con nuevas experiencias de uso la persona desarrolla un sesgo de la información, privilegiando los efectos placenteros del consumo de sustancias. Facilita así la sucesión de nuevos eventos de consumo y anticipa también en la persona el resultado de un futuro evento de consumo, quien se ve condicionado por su expectativa sobre un evento futuro (West y Brown, 2013).

#### **4.1.4. La tolerancia**

El concepto de *tolerancia a las sustancias psicoactivas* es uno de los conceptos básicos para quienes trabajan en los tratamientos de usos de sustancias. Tiene que ver con que una persona debido a la ingesta repetida de alguna sustancia psicoactiva obtendrá cada vez menos efecto de la cantidad consumida. Seguramente necesitará de mayor cantidad de la sustancia para lograr obtener un efecto similar al esperado. Si bien en la mayoría de las menciones sobre la tolerancia esta se toma como suceso aislado y se enfatizan consecuencias fisiológicas de la estimulación farmacológica repetida, es uno de los temas que tiene mayor longevidad en

estudios relacionados (Schütz, 1941; Tatum y Seevers, 1931). Con el paso del tiempo se consideran y relacionan otros sucesos asociados a la tolerancia como la experiencia del organismo, el entorno y la sustancia y de qué forma contribuyen a la tolerancia (Siegel, 1989, 2005).

#### **4.1.5. *Craving o ansias***

Este concepto aparece por primera vez en 1948, donde Wikler lo manifiesta como un sentimiento de urgencia intensa y agobiante por consumir. Posteriormente, en 1955, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la suma de las siguientes características: recaída, establecimiento de un uso excesivo de droga, pérdida de control y consumo diario excesivo (Chesa Vela *et al.*, 2004). También mencionado como *craving*, *ansias*, *deseo o anhelo*, este es uno de los conceptos en los que el acumulado de bibliografía se encuentra en ascendencia (Addolorato *et al.*, 2005; Drummond, 2001). Surge cuando el sujeto experimenta una situación bajo la ingesta de sustancias en determinado contexto y posteriormente la repite sin el uso de ella. Según esta teoría el contexto es el que será significativo al momento de desencadenar el *craving* si no se está en ese mismo contexto bajo los efectos de las sustancias. El *craving* puede ser desencadenado por señales ambientales (como algún lugar donde antes consumía), o alguna señal que lo haga recordar la droga (Drummond, 1990). Existen dos vertientes que identifican la necesidad del trabajo con este concepto. La primera contempla al *craving* como el causal de la necesidad del consumo de sustancias, ya que la considera su principal fuente de motivación para que la persona consuma, según esta teoría es indispensable el trabajo continuo para dominar el *craving*, para obtener los logros en los objetivos terapéuticos y también para prevenir recaídas (Robinson y Berridge, 2003; Baker *et al.*, 1986). La segunda describe al *craving* como una línea de trabajo a la hora de ocuparse de los objetivos de las personas, pero no le atribuye la responsabilidad como factor fundamental para el uso de sustancias psicoactivas (Baker *et al.*, 2004; Tiffany y Wray, 2012).

Según estas dos teorías y con base en el gran acumulado de investigación consistente, el *craving*, anhelo o deseo debe ser parte de cualquier lista que tenga en cuenta una intervención en personas que presenten uso problemático de sustancias psicoactivas.

#### **4.1.6. Valor subjetivo de las consecuencias (descuento temporal)**

Algunas personas relatan consumir sustancias por su efecto placentero o porque disminuyen el displacer que están sintiendo por algún motivo. Por lo que, mediante este proceso, el uso de sustancias también se vuelve funcional. Si una persona recurre a su uso para enfrentar situaciones estresantes o desagradables, quizás ante la repetición de esa situación sienta la necesidad de transitarla de la misma forma y recurra al consumo de sustancias para aliviar su sintomatología negativa (Emmelkamp y Vedel, 2006). Este sistema de reforzadores se considera central en la iniciación y el mantenimiento de las conductas de consumo, siendo que ambas fuentes de refuerzo aumentan las posibilidades de comportamientos que tienden a privilegiar tener acceso a sustancias (NIDA, 1993). Siguiendo la línea de valores subjetivos de las consecuencias, se hace referencia a la elección por la que una persona opta por una conducta en función de la recompensa que espera de ella, esto por el valor subjetivo que le otorga. Este tipo de valor es un constructo producto de la historia de consumo de cada persona, se va generando en función de los reforzadores que tuvo y de cómo estos actuaron en función de temas como la cantidad de estimulación, el tiempo y la probabilidad de que esa sustancia determinada haga el efecto esperado. Las decisiones relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas involucran optar entre usos de sustancias con ciertas consecuencias inmediatas y privilegiar esas decisiones por sobre otras que quizás representen mayores ganancias, pero tardarían más en llegar. Las personas tienden a descartar el valor de resultados demorados e inciertos (Green y Myerson, 2013). Existen investigaciones que manifiestan que personas con uso problemático de sustancias psicoactivas tienden a privilegiar la satisfacción inmediata, lo que denota una impaciencia por obtener el estímulo esperado en el corto plazo (Cruz *et al.*, 2015). Esta ponderación de conductas en pos de la satisfacción se hace en función de la valoración subjetiva, que se construye con base en la función de la sustancia de elección y el nivel de dependencia de las personas. También inciden el contexto de elección, los tiempos de demora de las sustancias y las consecuencias (Mejía-Cruz *et al.*, 2016).

En este capítulo se desarrollaron algunos de los conceptos centrales para construir el marco teórico en el que se basa esta tesis de doctorado. El próximo capítulo se relaciona con la problemática de sus usos.

#### **4.1.7. Sobre los usos problemáticos**

Son mayores los casos de personas que consumen sustancias de forma recreativa frente

a los casos que terminan desarrollando conductas de extrema repetición de empleo. No obstante, el consumo experimental u ocasional también puede ser problemático. Como se mencionó a lo largo de esta tesis, el consumo de sustancias es un fenómeno que se ha convertido en un problema de salud pública en función de las consecuencias negativas que produce y del deterioro biopsicosocial que causa. Existen muchos parámetros para definir el patrón de consumo de las personas y diferenciar cuándo hay uso problemático o relación de dependencia con una sustancia. Algunos criterios tienen en cuenta la frecuencia e intensidad del consumo, los contextos de consumo y la presencia de dependencia o de abuso de la sustancia. La dependencia es la manera más extrema del consumo, por lo general, se asocia a un uso diario de sustancias, y es identificada, en términos generales, por síntomas como la tolerancia, la abstinencia, la recaída y el cambio en las prioridades a favor del consumo de la droga, vale decir que la persona privilegia cualquier actividad relacionada con el consumo de sustancias antes que otras actividades que antes tenían importancia (Heyman, 2010). El consumo queda entonces calificado como *dependencia* cuando la vida del sujeto gira en torno a privilegiar la actividad del consumo, la persona dedica una gran cantidad de tiempo a planificar su uso, a conseguir la sustancia y a recuperarse de los efectos secundarios. Para hablar de diagnósticos en usos problemáticos de sustancias dentro de los manuales de referencias más empleados como el CIE-10 (OMS, 1992) y en el DSM IV, requieren que se cumplan al menos tres de los siguientes criterios: un fuerte deseo de ingerir la sustancia, una pérdida del control de su uso, síndrome de abstinencia, tolerancia, mayor tiempo dedicado a obtener, usar o recuperarse del uso y continuar consumiendo pese a los problemas que experimenta (Aliño *et al.*, 2008). El manual DSM en su versión actual tuvo modificaciones que ya fueron expuestas dependiendo de cada tipo de sustancia. En el último manual, además, se evita emplear el término *adicción*, ya que mantiene una connotación negativa y, si bien su uso se emplea para describir los cuadros más graves de los problemas asociados al uso de sustancias, su expresión no refleja el amplio abanico de complejidades en la temática. Puede ir desde cuadros leves a cuadros muy graves, pasar por escalas según la historia y la vida de la persona e ir oscilando por procesos de su vida, en los que desarrolla problemas con los usos de sustancias de forma itinerante (American Psychiatric Association, 2013).

Estos conceptos también se relacionan con distintas generaciones. En Argentina se encargaron de estudiar la toma de decisiones en jóvenes universitarios con uso moderado y problemático de alcohol, según el tipo de inducción emocional a la que fueron expuestos, podía ser una inducción emocional positiva o negativa. Administraron pruebas para evaluar y para inducir emociones, exponían a los jóvenes a diferentes fragmentos de películas. Concluyeron

que la experiencia emocional y el tipo de consumo de alcohol influyen sobre la toma de decisiones en los jóvenes universitarios. Es que el consumo intensivo de alcohol es muy frecuente en los jóvenes y se asocia a una acentuada toma de decisiones desadaptativa. Los estados emocionales actúan como marcadores somáticos, ya que están asociados con experiencias previas de recompensa o castigo ante una toma de decisiones y son recuperados para «marcar» anticipatoriamente la valencia, positiva o negativa, de las experiencias actuales de toma de decisiones. Estas, a su vez, son las habilidades para elegir una acción entre un conjunto de acciones disponibles (Caña *et al.*, 2015). Estudiar esta población específica es de importancia ya que en ella se encuentra mayoritariamente el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Además, tiene especial importancia por los daños secundarios que provoca, tales como bajo rendimiento académico, conflictos con familiares o con amigos y mayor frecuencia de ausentismo escolar (Hernández *et al.*, 2009).

Hasta aquí se presentaron los principales componentes a tener en cuenta para comprender algunas de las teorías que se basan en la evidencia, acerca de los usos de sustancias, sus características, además se analizaron los enfoques y las complejidades que hacen a los tratamientos en personas que tienen una problemática asociada a usos de sustancias. A continuación se detalla un protocolo con esas características denominado *Community Reinforcement Approach*.

## **5. Community Reinforcement Approach (CRA)**

El Community Reinforcement Approach es una modalidad de tratamiento para el uso de sustancias creada por Azrin, quien inicialmente trabajó en formas de asesoramiento en el matrimonio. Realiza un estudio en el que formula un modelo de discordia marital basado en la teoría del reforzamiento, desarrolló un procedimiento de consejería matrimonial asentado en esa teoría y evaluó experimentalmente su efectividad. Dentro del modelo, Azrin se plantea la discordia como resultado de un conjunto de reforzadores no correspondidos y, mediante procedimientos de intervenciones técnicas (consejerías breves), trabajan en restablecer la reciprocidad, enfocados en varias áreas de vida. En sus resultados encontraron que el procedimiento de reciprocidad aumentó la felicidad de la pareja (medida en autoreporte), mientras que el procedimiento en el grupo control no lo hizo. Según su hipótesis, una vez que se logró la reciprocidad en un área problemática específica, los beneficios se

generalizan a otras áreas (Azrin *et al.*, 1973). Desde esa fecha este modelo ha avanzado en la acumulación de evidencia. El programa posteriormente sufre modificaciones, en 1976, cuando se realizan diferentes procedimientos con personas que mantenían usos problemáticos de sustancias y familiares de estos, trabajando en procedimientos sociales, recreativos, informes diarios, asesoramiento grupal y un programa de motivación para garantizar la administración de un fármaco denominado *Disulfiram*. Según su investigación las personas con uso problemático de alcohol que recibieron el programa de Community Reinforcement Approach bebieron menos, trabajaron más, pasaron más tiempo en casa y estuvieron menos tiempo institucionalizados que las personas del grupo control que recibieron el tratamiento estándar. Estos resultados se mantuvieron estables durante un período de dos años (Azrin, 1976; Hunt y Azrin, 1973). Posteriormente, realiza un artículo en el que pone en duda las formas de investigar sobre la ciencia del comportamiento, argumentando que las formas de producción de conocimiento podrían llegar a ser denominadas *eficaces* para la comprensión, pero cuestiona su utilidad ya que según su juicio no estaban produciendo tratamientos clínicos efectivos. Propone diseñar tratamientos basados en principios de aprendizaje, pero enfatizando el resultado clínico y evaluándolos científicamente (Azrin, 1976). Por esto, propone un tipo de tratamiento que se encuentra dentro de las intervenciones ambulatorias, protocolizadas y de corta duración. Estos procedimientos normalmente requieren entre 6 y 18 sesiones (Miller *et al.*, 2011).

La base de este tratamiento es que las personas para volver a no consumir sustancias deberían experimentar estilos satisfactorios de vida, que les represente tal satisfacción para optar por no hacerlo. El enfoque principal de este tratamiento no es suprimir el uso de sustancias, sino que la persona vuelva a conectar con otras fuentes alternativas naturales de satisfacción, que en una versión positiva no impliquen el uso de sustancias y en su mejor versión sean incompatibles con él. En ese sentido el trabajo del profesional que aplique este tipo de tratamiento tendrá su base en un modelo de guía y buscará en conjunto con la persona consultante, su familia, amigos, o quien este manifieste pertinente, actividades de su vida que le permitan dejar de lado el consumo. Parte de la base de que su comunidad podría colaborar en la reorganización de vida de la persona para que reciba un beneficio a su conducta deseada. Se busca obtener actividades sociales no relacionadas con el consumo. Desde este enfoque se trabaja en objetivos saludables y en la manera de llegar a ellos.

Para lograr esto el CRA desarrolla una serie de pasos en los que primero se identifican antecedentes e historia del consumo de sustancias en la persona, después, se trabaja en diferentes habilidades para lograr los objetivos. Las técnicas tienen que ver con el

entrenamiento de habilidades de comunicación, habilidades de rechazo de drogas, resolución de problemas, terapia conductual de relación con la pareja, procedimientos para apoyar el cumplimiento de la medicación y orientación profesional. El CRA tiene diferentes pasos para su trabajo, independientemente de las técnicas de entrenamiento y habilidades de la persona emplea una serie de procesos para lograr sus cometidos. Ellos son: el análisis funcional de la conducta de consumo, la muestra de marcadores biológicos, la aplicación de la escala de la felicidad, monitoreo de medicación y prevención de recaídas.

El análisis funcional de la conducta de consumo permite identificar la historia de consumo de una persona, mediante una entrevista protocolizada y con la implementación de diferentes baterías de test se identifican distintos factores que puedan ser trabajados en las consultas. Estos tienen que ver con eventos que anteceden la conducta de consumo de sustancias, así como los sucesos posteriores a las posibilidades de consumo y la abstinencia (recientemente se incluyen la reducción o gestión), también, las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo. Este análisis es un momento de las sesiones en el que se focalizan las experiencias de consumo de la persona, identificando ciertos desencadenantes que anteceden las conductas de consumo, también se identifica lo que se denomina la *cadena de consumo*, que son los diferentes pasos que van llevando a consumir las sustancias y sus consecuencias. Posteriormente, este material será trabajado en las diferentes consultas para intentar romper con esa cadena y que se estimulen actividades saludables (o pro sociales) por sobre actividades de consumo de drogas. A este trabajo se le denomina *balance decisional* y tiene que ver con cómo «compiten» los satisfactores de una situación en la que se consume drogas con otra en la que no se consume y se trabaja en alguna en que la persona así lo desea.

La muestra de marcadores biológicos surge inicialmente como mecanismo motivador para estimular la continuidad de la abstinencia. Según estos autores, busca estimular la abstinencia del uso de diferentes sustancias psicoactivas para que la persona desarrolle consecuencias positivas de estar un tiempo sin su uso. Estas se dan tanto a nivel físico, como en las mejorías secundarias que seguramente obtenga (beneficios sociales, económicos, laborales, afectivos). Inicialmente, el mecanismo original era la abstinencia, posteriormente, se comprobó que es un método eficiente para reducir los usos de sustancias, aunque no represente el objetivo de la abstinencia. Esta estrategia se mantiene con la intención de estimular diferentes estrategias de afrontamiento, mejorar el vínculo con el terapeuta y aumentar la autoeficacia. Mediante el logro de periodos cortos de tiempo de abstinencia se busca estimular el logro de metas. Según el modelo original del CRA posterior a la aceptación de abstinencia, se pacta con el usuario el tiempo de duración, para que intente alcanzarlo (Azrin *et al.*, 1982; Hunt y Azrin,

1973). Posteriormente aparecen otros modelos del CRA que trabajan sobre la gestión o reducción de usos de sustancias (Meyers *et al.*, 2005; Roozen *et al.*, 2013a).

El monitoreo de la medicación es un seguimiento que se emplea con aquellos pacientes que se les receta medicación, no es un requisito del tratamiento que sí lo hagan. En ocasiones, algunos pacientes pueden no adherir a la posología recetada originalmente por lo que es parte del proceso protocolizado monitorear cómo se encuentra con la medicación que el profesional de la salud recetó, si viene obteniendo los resultados empleados y si le parece adecuado consultar para realizar un seguimiento de la situación. Este monitoreo originariamente fue generado como seguimiento a pacientes que utilizaban el Disulfiram, en este caso el seguimiento era empleado obligatoriamente como parte del tratamiento para pacientes que el fármaco fuera indicado (Azrin *et al.*, 1982). Este es un fármaco que causa efectos negativos en el organismo si la persona lo toma de forma conjunta con alcohol, en el peor de los escenarios puede ocasionar la muerte (Brewer *et al.*, 2012). Inicialmente se realizó una investigación sobre el uso del Disulfiram en diferentes poblaciones mediante una comparación de 43 personas con uso problemático de alcohol que usaron ese fármaco como parte del tratamiento, comparando el tratamiento tradicional con el fármaco, un tratamiento farmacológico motivado socialmente y terapia de reforzamiento con Disulfiram. En sus resultados constatan que los únicos pacientes que continuaban empleando el fármaco, y en abstinencia en los seguimientos a los dos años de terminar el tratamiento, fueron quienes estaban casados o vivían con parejas en unión libre (Azrin *et al.*, 1982). Después, este monitoreo se introdujo con la intención de controlar diferentes medicaciones que pueden hacer al control de la ansiedad, la depresión o incluso algunos trastornos (Meyers *et al.*, 2011).

Por último, el módulo de prevención de recaídas, mientras en el análisis funcional de la conducta de consumo se identificó la cadena de consumo, en este módulo se trabaja para romper esa cadena. De esta manera, se busca anteponerse a la posibilidad de la recaída y romper el enlace que conllevaba a la ingesta de la sustancia. Dentro de este enfoque también se trabaja con el apoyo de auxiliares (personas cercanas al consumidor) que puedan apoyarlo en el caso de que se encuentre próximo a una recaída. A continuación, se analiza la evidencia científica que avala esta técnica.

## 5.1 Evidencia del Community Reinforcement Approach

Desde la fecha de su aparición en 1973 (Hunt y Azrin, 1973) este modelo fue incorporando módulos y abordajes además de modificando su accionar según los resultados que en diversos ámbitos obtuvieron. En el libro *Treating Addiction* (Miller *et al.*, 2019) se mencionan dos características de este enfoque. La primera es que es uno de los métodos de tratamiento para personas con uso problemático de sustancias más apoyados en investigación empírica. Incluso puede ser considerado el primer método avalado por la evidencia, con investigaciones sobre su eficacia en tratamientos de usos problemáticos de sustancias. La segunda es que no es un método ampliamente conocido por profesionales de la salud para intervenir en estos temas.

Los estudios fundacionales del CRA se realizaron en personas que tenían un uso problemático de alcohol y estaban en salas de hospitales para su tratamiento. Al comparar el CRA con un grupo de Alcohólicos Anónimos en modalidad de intervención experimental, se obtuvo como resultado que fue significativamente mejor el logro de personas que pasaron por su programa. Incluso en niveles de estudio postratamiento, a los seis meses de su egreso los participantes de CRA habían bebido menos, se habían atendido menos en hospitales y obtuvieron mejorías en otras áreas de su vida, como el trabajo, que aquellos que habían pasado por los grupos de Alcohólicos Anónimos (Hunt y Azrin, 1973).

El segundo estudio sumó a sus procedimientos intervenciones familiares, el uso del Disulfiram y una práctica protocolizada, con la intención de aumentar su eficacia. Los resultados positivos del tratamiento se mantuvieron estables durante un período de dos años. Este tipo de práctica redujo su tiempo de intervención y arrojó datos prometedores para la época que fue realizada (Azrin, 1976). Continuando con la evaluación y mejora del programa por parte de los mismos autores, la tercera investigación incorporó evaluación del Disulfiram en un formato de comparación con dos grupos de tratamiento distintos. Empleó una muestra de  $N = 43$  personas con uso problemático de sustancias y un grupo con tratamiento tradicional (el tratamiento conocido de Alcohólicos Anónimos en el formato de los 12 pasos). El grupo control de tratamiento tradicional con compromiso de uso de Disulfiram y un grupo experimental aplicando el Community Reinforcement Approach combinado con uso de Disulfiram, con técnicas de reforzamiento para la adherencia farmacológica llevado a cabo por parejas o familiares, entrenamiento a familiares para el apoyo positivo y el monitoreo constante. Esto lo hicieron empleando apenas cinco sesiones para cada programa. En sus

resultados manifiestan que a los seis meses posteriores a su tratamiento el grupo de tratamiento tradicional bebía la mayoría de los días y ya no tomaba el Disulfiram. El grupo en el que se había empleado el tratamiento con Disulfiram resultó en abstinencia para casi todas las personas que estaban en pareja, pero no tuvo los mismos beneficios para las personas que estaban solteras. El grupo en el que se aplicó la combinación de CRA y uso del disulfiram produjo los mejores resultados, logrando una abstinencia para la mayoría de las personas que participaron, tanto solteras como en pareja (Azrin *et al.*, 1982).

Diversos científicos continuaron sumando evidencia, evaluando los niveles de intervención en muestras más grandes y con diversas sustancias de consumo. Para el tratamiento de personas con uso de cocaína realizaron una investigación en una población de  $N = 74$ , en la que realizaron un grupo experimental en usuarios que recibió tratamiento de CRA y un grupo control que recibió tratamiento de apoyo para el abuso de sustancias. Durante el último mes de tratamiento, el 81 % de los sujetos del grupo control y el 44 % de los sujetos del grupo experimental consumían drogas al menos una vez. Realizaron análisis posteriores al tratamiento y sus resultados arrojaron que, cuando el uso de sustancias se midió en términos de la cantidad de días de uso por mes, los sujetos del grupo control (los que recibieron tratamiento de grupos de apoyo) no disminuyeron el empleo de drogas ni al final del tratamiento ni durante el seguimiento. Para las personas que recibieron el tratamiento del CRA, el consumo de cocaína disminuyó en un 63 % al final del tratamiento y en un 73 % durante el seguimiento. Sus autores concluían que los resultados indican una reducción sustancial del uso de sustancias en usuarios que recibieron el CRA, con mayores índices de efectividad que el grupo de apoyo, comprobado además en los seguimientos que los resultados obtenidos en personas que pasaron por el CRA perduraban. En esta investigación también incluyeron la participación de familiares o personas significativas en la terapia (Azrin *et al.*, 1996).

Estas investigaciones continuaron con población heterogénea, en una investigación con muchas personas participantes ( $N = 237$ ) y con diversas sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína y heroína) que se realizó en ámbitos ambulatorios de tratamiento. Se investigó y confrontó el diseño del primer estudio ambulatorio. Aunque esta investigación fue menos contundente con los resultados de evidencia efectiva que los anteriores, el grupo que recibió el tratamiento CRA arrojó una ventaja sobre el tratamiento tradicional en varias medidas de resultado (Meyers *et al.*, 2011).

Como se mencionó, el CRA presenta la posibilidad de ser ampliamente flexible en la aplicación de diversas poblaciones y con usos de diferentes sustancias. Tal es así que se realizó una investigación en personas sin hogar, que residían en un refugio, dependientes del alcohol.

En ella se realizó un grupo experimental y un grupo control de asignación aleatoria. En el grupo experimental las personas recibieron una intervención del CRA en una modalidad grupal y en el grupo control, el tratamiento estándar que otorgaban tradicionalmente en ese refugio. Participaron 106 personas (91 hombres y 15 mujeres) con diversos grados de consumo de alcohol. La disminución de los niveles de consumo desde la ingesta hasta los seguimientos fue significativa. Las personas que participaron del grupo experimental lograron mejores resultados que los participantes del grupo control en términos de reducción del consumo de alcohol, posterior al tratamiento y en los seguimientos que se realizaron (Smith *et al.*, 1998).

La combinación del CRA con la técnica del manejo de contingencia y vales para personas que cumplen sus metas también fue altamente estudiada, con resultados que avalan su práctica (Roozen *et al.*, 2004; Secades Villa *et al.*, 2013; Secades Villa *et al.*, 2008; Strecker *et al.*, 2014). Existe, además de la mencionada, un acumulado mayor de evidencia que respalda el enfoque del CRA por sobre otros tipos de tratamientos (Finney y Monahan, 1996; Higgins *et al.*, 2003; Holder *et al.*, 1991; Meyers *et al.*, 2011; Secades Villa *et al.*, 2011).

El CRA se aplicó también a distintas poblaciones que no fueron mencionadas, entre ellas: con trastornos psiquiátricos (Roozen *et al.*, 2013a) y mujeres embarazadas (Schottenfeld *et al.*, 2011). Por último, el CRA, tiene su relevancia de trabajo a nivel internacional El libro «Clinical guide to alcohol treatment: the community reinforcement approach» (Meyers y Smith, 1995) estuvo traducido al alemán, japonés y holandés. Extendiendo su aplicación en Europa. Actualmente se está trabajando en estos modelos en Australia, Holanda, Irlanda, Gales, Escocia, Suecia, Japón, Alemania, México y Países Bajos (El-Guebaly *et al.*, 2021). Tienen sus manuales propios en Australia (Rose *et al.*, 2014), Holanda y Japón (Roozen *et al.*, 2013b) y en México (Barragán *et al.*, 2014). En el siguiente capítulo se analizarán las versiones y un tipo específico de adaptación para el habla hispana del programa.

## **5.2 Derivaciones del Community Reinforcement Approach**

Con la aplicación del CRA en otros países, con poblaciones específicas y contextos diversos, surgen dos versiones de este para el trabajo con distintas poblaciones: con adolescentes en su versión A-CRA y con familiares de personas que usan sustancias psicoactivas en su versión CRAFT.

En el caso de los adolescentes, la versión es el Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) resulta una adaptación en el formato tradicional del CRA, tanto en sus

instrumentos como en sus componentes. La finalidad de esto es que resulte efectivo en población adolescente y también se implique a sus adultos referentes en los tratamientos (Garner *et al.*, 2009; S. B. Hunter *et al.*, 2014; Passetti *et al.*, 2016). En investigaciones con diversos grupos de adolescentes, han logrado ser eficaces para intervenciones con jóvenes en diversas situaciones, entre ellas: con uso de diferentes sustancias, con sintomatología psiquiátrica, con problemas legales y con problemas forenses (Godley *et al.*, 2007; Godley *et al.*, 2014; Henderson *et al.*, 2016; Hunter *et al.*, 2014).

Para familiares, la versión que trabaja este programa se denomina *Community Reinforcement and Family Training* (CRAFT). Este programa, que trabaja sobre el refuerzo y capacitación familiar (CRAFT), también es una modificación del programa CRA, con la intención de involucrar a las personas que abusan de sustancias y se niegan al tratamiento, a través de la familia. Por lo que una estrategia de abordaje desde este enfoque es no trabajar directamente con el individuo con el problema de uso de sustancias, sino con el familiar o referente afectivo interesado. En este tipo de intervención se espera trabajar con los referentes para impulsar nuevos comportamientos y estrategias que este pueda realizar en su hogar. Tienen los objetivos de que la persona usuaria de sustancias que se estaba negando a acudir a tratamiento cambie de opinión y concurra, que la persona usuaria se mantenga en abstinencia o disminuya el uso de las sustancias y aumente la felicidad de los referentes socioafectivos. Para esto se trabaja sobre la motivación, información en temas de uso de sustancias y también se hace un análisis funcional de la historia de consumo de la persona y de la familia. Esto con la intención de cambiar el entorno de la persona consumidora, para lograr influir en él y estimular un entorno más saludable (Smith y Meyers, 2007).

Un ejemplo de la aplicación del CRA es el Programa de Satisfactores Cotidianos. El programa funciona como una adaptación del programa Community Reinforcement Approach, desarrollado por Hunt y Azrin en 1973 y aplicado en población mexicana (Barragan *et al.*, 2005) dentro del marco conceptual del análisis cognitivo conductual aplicado. En su adaptación se basaron en un diseño pretest-postest en el que participaron nueve usuarios consumidores de alcohol. Sus resultados demostraron que disminuyó el consumo, favoreciendo la abstinencia, aumentó la seguridad para evitar consumir y la satisfacción con su vida cotidiana. En su tesis de trabajo final de doctorado, Barragán (2005) realiza un estudio para validar su intervención, con una muestra de 20 participantes, en la que evalúan precipitadores, autoeficacia y satisfacción en la vida cotidiana. En las tres variables se encuentran resultados positivos. La investigadora unos años después evaluó en conjunto con un equipo el impacto de aplicación del Programa de satisfactores cotidianos en una muestra mayor de usuarios. Aplicaron el PSC a

53 usuarios, y encontraron que favorecieron la abstinencia y en algunos casos disminuyeron el consumo, aumentaron su autoeficacia y mejoraron la satisfacción en distintas áreas de su vida (Barragan *et al.*, 2009). El programa tiene como primer fin mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales de los usuarios, pretende incidir en el estilo de vida de las personas y estimular hábitos saludables. Consta de 12 componentes, para trabajar habilidades, que permiten afrontar los problemas del consumo y desarrollar herramientas que posibiliten alcanzar metas. Este programa comienza a partir del análisis funcional de la conducta de consumo con una entrevista estructurada y guiada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Le sigue la muestra de abstinencia. A través de esta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia. Este es uno de los modelos que apunta a la abstinencia en las personas. Posteriormente, se aplica el componente de metas de vida cotidiana, para estimular al usuario en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar y el armado de planes de acción para lograrlo. Los componentes que le siguen tienen que ver con las necesidades puntuales del usuario para mantenerse sin consumo y se enfocan en habilidades específicas: habilidades de rehusarse al consumo, de comunicación, de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, sociales y recreativas y control de emociones. Por último, se aplica el componente de prevención de recaídas, para entrenar al usuario sobre las eventuales recaídas y los modos de recuperación.

Se presentó la evidencia internacional y las versiones de esta técnica. En el capítulo siguiente se desarrolla en profundidad la aplicación del CRA en el proceso de intervención del presente estudio.

## **6. Enfoque de refuerzo comunitario**

Hay una buena razón para que la CRA se concentre en el refuerzo positivo en lugar de en las consecuencias negativas. De hecho, si el sufrimiento y el castigo curaran la adicción, habría mucho menos. La mayoría de las personas que visitamos para recibir tratamiento han experimentado niveles sustanciales, a veces asombrosos, de efectos adversos del uso de drogas: problemas familiares, de salud, financieros, sociales, legales y / o psicológicos...

Para dejar de consumir drogas, la alternativa debe ser más gratificante.  
(W. Miller *et al.*, 2019, p. 172)

A continuación, se presentan las bases del tratamiento que fue puesto a prueba en esta

tesis de doctorado, con la intención de desarrollar una herramienta con sustento en la evidencia, que dé prueba de sus resultados y además que pueda ser desarrollada por profesionales de la salud que se formen en la temática, utilizando esta guía como base para desarrollar intervenciones. Este formato tiene diversos objetivos en el tratamiento y para ello se basa en estrategias. Está elaborado para estimular cambios en la vida diaria de las personas con uso problemático de sustancias. Los objetivos pueden variar entre gestionar su uso de sustancias, reducirlo o eliminarlo, pero el objetivo final es promover un estilo de vida más saludable. Se presentan las pautas que guiaron esta investigación.

En este tipo de intervención los comportamientos deseados se consideran maleables por sus consecuencias y es muy probable que ocurran cuando se refuercen sistemáticamente. Toma la base en la comunidad (entorno de vecinos, familia, compañeros de trabajo) y en su vida laboral. Las actividades recreativas y sociales pueden modificarse (de forma reforzadora) para que tenga impacto en el uso de sustancias psicoactivas. Como parte de esta estrategia, el Enfoque de refuerzo comunitario estimula a las personas a realizar actividades agradables que no están relacionadas con el uso de drogas. En ese sentido, este enfoque propicia el desarrollo de nuevas habilidades para hacer que sus reforzadores sean más accesibles y para ayudarlos a hacer frente a los obstáculos y las posibles situaciones de alto riesgo (El-Guebaly *et al.*, 2021). Como tal, el CRA implica una variedad de técnicas que van a desarrollarse a continuación. La literatura menciona diferentes maneras de realizar trabajos desde este enfoque con tratamientos que pueden requerir entre 6 y 18 sesiones (Miller *et al.*, 2011). Entre cada una de ellas se realiza la sistematización de las intervenciones en cada sesión, el trabajo en la adherencia al modelo y el trabajo en determinados objetivos específicos en cada consulta. Por lo que se plantea una secuencia de actividades sugeridas y la discusión de temas relacionados con objetivos. El plan de tratamiento es consensuado y pactado entre las personas que acuden a intervenir y el profesional de la salud que guiará el proceso. En todo momento es posible modificar las estrategias.

Con cada consulta se realiza un automonitoreo en el que se reflexiona sobre los logros o los motivos para no alcanzar sus objetivos referidos al consumo de sustancias. Este tipo de plan fue realizado en un formato de dos consultas semanales, se opta por este formato ya que recurrir a una consulta por semana en temas de usos de sustancias podría ser mucho tiempo separado entre consultas. Cada consulta se sucede según la recomendación realizada por Carroll (Carroll *et al.*, 2010), este recomienda el formato de 60 minutos de consulta, ellos se descomponen en: 20 minutos en los que se revisa la evaluación de la conducta de consumo, los logros obtenidos y los planes de acción sesión a sesión, 20 para el entrenamiento y práctica de habilidades

específicas y 20 minutos dedicados al plan para desarrollarlo hasta la consulta que sigue. Los temas que la persona quiera incluir entre estos espacios serán aceptados.

El programa está dividido de la siguiente manera, aunque cada módulo tiene la intención de identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga.

Tabla 6. Protocolo de consultas

Consulta	Contenido protocolar
N.º 1	Consulta de admisión, formato de entrevista, carta compromiso y consentimiento informado, test de ansiedad, test de depresión, técnica del autorregistro, situación de riesgo/plan de acción.
N.º 2	Aplicación del test para evaluar el nivel de consumo de drogas. Autoregistro. Situación de riesgo/plan de acción.
N.º 3	Análisis funcional del consumo de sustancias. Trabajo con precipitadores externos e internos de su consumo. Autoregistro. Situación de riesgo/plan de acción.
N.º 4	Historia de consumo de sustancias. Plan de tratamiento. Autoregistro, situación de riesgo/plan de acción.
	Metas de vida, modelamientos. Autoregistro. Situación de riesgo/plan de acción.
	Rehusarse al consumo, modelamientos. Autorregistro. Situación de riesgo/plan de acción.
	Técnicas de comunicación, modelamientos. Autorregistro. Situación de riesgo/plan de acción.
	Solución de problemas, modelamientos. Autorregistro. Situación de riesgo/plan de acción.
	Habilidades sociales y recreativas, trabajo sobre la red de posibilidades y de contención. Modelamientos. Autorregistros. Situación de riesgo/plan de acción.
	Emociones, modelamientos. Autorregistros. Situación de riesgo/plan de acción. Se contempla incluir búsqueda y mantenimiento de trabajo; relaciones de pareja y referente socioafectivo.
	Prevención de Recaídas, apoyo en referente socioafectivo, modelamientos, autorregistros. Situación de riesgo/plan de acción.
	Evaluación cierre/ devolución del trabajo realizado.

Notas: los componentes que se dan en las primeras consultas tienen una intención diagnóstica, por lo que, si bien pueden alternarse, se recomienda aplicar las técnicas de esa forma. Posteriormente a la consulta N.º 4 no se mantiene

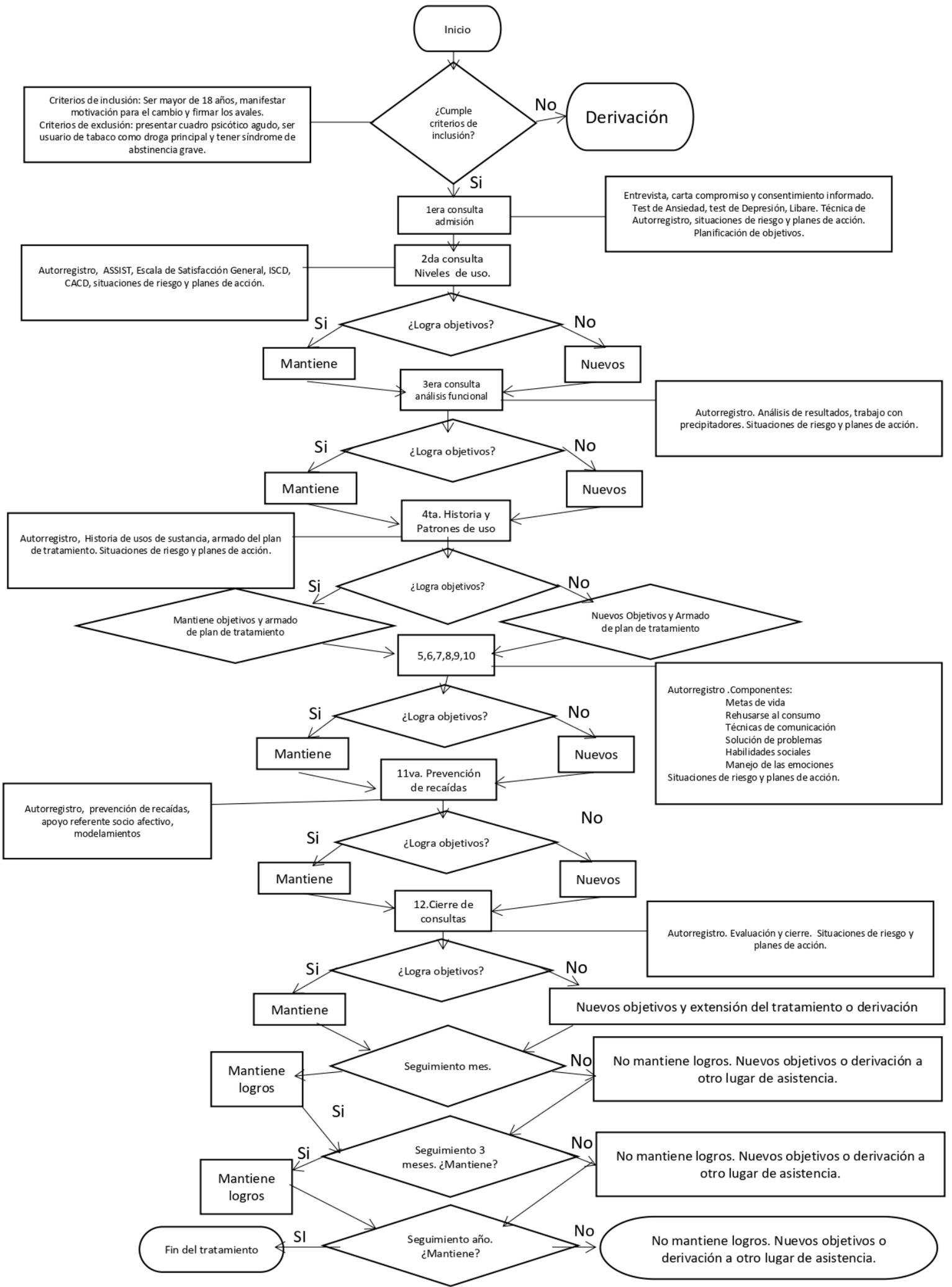
## 6.1 Sobre los módulos de este programa

Sobre este tipo de tratamientos es necesario aclarar que no todas las consultas serían necesarias y este programa mantiene la posibilidad de extender y modificar las consultas según justificación técnica, ya que son ampliamente flexibles y adaptables a diferentes ámbitos y escenarios. Si bien se presentó una guía sobre la modalidad de abordaje, no es la única posibilidad de ejecución. En todos los casos en los que se presenta una guía se corre el peligro de adherirse muy rígidamente a ese patrón y no reconocer las necesidades propias del usuario, en ese sentido es importante apoyarse de las evaluaciones iniciales y en la entrevista motivacional. Por lo que el armado del plan dependerá de la persona, de su contexto y de los acuerdos que realice con el profesional que realizará el tratamiento. De esta forma, se espera que algunos módulos puedan ser repetidos (por insuficiencia de tiempo en la consulta o por necesidad) y algunos puedan ser descartados, con la justificación técnica pertinente. La justificación tiene que ver con la situación específica de cada persona y de los beneficios que pudiera obtener de ellas. Por dicho motivo, el peligro de cualquier manual de tratamiento es que se pueda utilizar como una secuencia de pasos numerados. La aplicación literal del manual generaría un producto sin vida. En lugar de ello, trata de describir la preparación y ejecución de un plan de tratamiento, que sea adaptable a la situación concreta del usuario. Podría compararse con un proceso de creación, en el que, llevado al ámbito artístico, se trata de describir la preparación del lienzo, seguida del mundo del paciente, en el contexto de la interrelación vivaz y a menudo intensa con el terapeuta a lo largo del tiempo (Yeomans *et al.*, 2016).

El objetivo es que la persona participante pueda lograr los objetivos planteados, en ese escenario es que se ambienta el tratamiento. Dicho esto, el tratamiento tiene la posibilidad de ajustar todas sus consultas en orden y cantidad, pero se establece que el principal énfasis está en la realización de las tres primeras, en las que se manifiesta el encuadre de los tratamientos, se conoce sobre la situación de la persona y se establecen alianzas. En la cuarta consulta se crea un plan de tratamiento de forma conjunta. Posterior a la primera consulta y al inicio de todas las subsiguientes se analiza si la persona logra los objetivos propuestos, de esta forma el primer

análisis de cada consulta tiene que ver con que si la persona obtuvo sus metas planteadas. De ser así se realizan reforzamientos, de no lograr los objetivos se analiza sobre la posibilidad de cambiar los próximos objetivos o de evaluar las herramientas empleadas para su obtención.

Para su mejor comprensión, se presenta el desarrollo del protocolo utilizado en la presente tesis, en el siguiente diagrama de flujo:



## 6.2 Consulta de admisión

La consulta de admisión es la primera de este programa, tiene que ver con explicitar el encuadre, el funcionamiento y los contenidos temáticos. Se espera también obtener una serie de datos del usuario que permitan, por medio de una entrevista semiestructurada, obtener información personal y, mediante técnicas de evaluación, identificar aspectos relacionados con el uso de sustancias, antecedentes y consecuencias de su consumo. Además, esta entrevista tiene la intención de reforzar la motivación de la persona consultante, para estimular la adherencia al tratamiento y mejorar su autoeficacia. El desarrollo de la entrevista puede variar dependiendo del relato del participante, pero en esta primera etapa inicial es fundamental reforzar la adherencia y la motivación, empleando la entrevista motivacional como eje central. Para esto, se encuadra la modalidad de trabajo de dos encuentros semanales, ya que se entiende que los plazos cortos de trabajo entre una y otra consulta podrían favorecer la obtención de los resultados de las personas participantes y de esta forma motivarlos a continuar su participación (Barragán *et al.*, 2014).

En esta consulta también es deseable poder identificar si existe alguna persona que pueda acompañarlo en los objetivos de su tratamiento, de esa manera se espera identificar (si esto fuera así posible) si en etapas avanzadas del tratamiento el participante pudiera venir acompañado de alguna persona referente socioafectiva para realizar una consulta conjunta.

Asimismo, se indaga sobre los objetivos y las expectativas del tratamiento. Esto hace que sea necesario retomar situaciones de tratamientos pasados, logros obtenidos y también situaciones en las que no obtuvo lo que esperaba de los tratamientos y de sus intenciones en relación con las sustancias. Los objetivos deben pactarse a partir de un acuerdo entre el profesional de la salud y el participante y deben tener un plan realista. Es deseable que en este punto de la consulta se pongan a disposición todos los recursos de la comunidad, por ejemplo, el apoyo de algún club deportivo zonal, actividades recreativas, apoyos económicos para asistir (como boletos) y culturales, exámenes de salud, etc. Todo esto debe hacerse según el relato de los intereses de la persona y no según los intereses del técnico o las ofertas específicas de la comunidad.

Se busca lograr un nivel de involucramiento del participante en su tratamiento para modificar sus patrones de consumo, pero también mejorar positivamente en actividades que él así lo desee. Esto tiene que ver con modificar también acciones en su vida diaria, empleando reforzadores sociales que le permitan mejorar en diversas áreas en las que la persona entienda

que le representen satisfacción. Para eso, este tipo de intervención tendrá que ver con mejorar habilidades de comunicación para expresar sentimientos, poder solicitar y ofrecer apoyo, mejorar sus capacidades laborales o de búsqueda de trabajo, planificar estrategias para negarse al consumo, reflexionar sobre su situación de pareja, propiciar un vínculo familiar positivo que brinde apoyo al usuario y sobre todo llevar la discusión orientándola a esfuerzos que le permitan alcanzar metas y disfrutar de sus logros. En temas referidos a usos de sustancia se espera que el participante logre anticipar riesgos y pueda identificar conductas eficientes para obtener logros y mantenerlos.

El encuentro debe iniciar con la intención de generar un clima propicio para el intercambio, esto se logra mediante la estimulación de un buen espacio de *rapport*. La bienvenida al participante consiste en una presentación del equipo de trabajo, del lugar de trabajo, del formato de trabajo y de los antecedentes de la técnica en sí.

El segundo paso consiste en obtener información acerca del participante, esta entrevista semiestructurada debe obtener información sobre las motivaciones y además inscribir los siguientes datos: personales, motivos de consulta, antecedentes de usos de sustancias, datos socioeconómicos, tratamientos anteriores, problemas por usos de sustancias, problemas de salud, problemas en otros ámbitos, periodos de abstinencia y objetivos del tratamiento. En la Tabla 7 se plantea un formato de recolección de datos.

Tabla 7. Entrevista estructurada

Datos personales	Datos de contacto /Datos del referente socioafectivo.
Motivos de consulta	Motivos de consulta, autoeficacia.
Antecedentes	Problemas sobre el uso de sustancias, razones para dejar de consumir, motivación sobre los objetivos planteados.
Datos socioeconómicos	Estudio sobre características del empleo, vivienda y familiares.
Tratamientos anteriores	Participación sobre otros dispositivos de tratamiento, logros obtenidos y experiencias.
Patrones de consumo	Tipo de sustancias, frecuencia, tiempos de consumo.
Problemas de salud	Problemas de salud producto del uso de drogas.
Problemas en otros ámbitos	Problemas familiares, sociales, de pareja, laborales y legales.

Periodos de abstinencia	Intentos anteriores, mayor periodo de abstinencia, motivo por el que se abstuvo, motivo de recaída.
Objetivos del tratamiento	Gestión de riesgos, reducción de cantidades, abstinencia.

---

En esta tabla se plantean los principales ítems a recolectar en la entrevista inicial.

El tercer paso consiste en la aplicación de instrumentos que permitan medir niveles de emociones para poder desarrollar un plan de tratamiento acorde a la sintomatología de la persona, evaluando también posibles comorbilidades. Ya que la aplicación de este protocolo es flexible, pueden modificarse la aplicación de los diversos instrumentos, incorporando aquellos que sean de utilidad y empleando nuevas versiones de las diversas herramientas. La decisión sobre la batería de instrumentos empleados en esta tesis tuvo que ver con criterios de aplicabilidad y se emplearon los recomendados en el programa de satisfactores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014). En esta investigación se realizaron los test de depresión y ansiedad de Beck para medir síntomas asociados.

### **6.2.1 Test de depresión de Beck**

El test de depresión es un instrumento autoaplicable consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. Proporciona un índice del nivel de depresión que muestra el usuario recientemente, clasificándose en mínima, leve, moderada o severa (Beck *et al.*, 1988b), según su versión BDI II (Beck *et al.*, 2010). Con altos valores de confiabilidad de consistencia interna con un coeficiente alfa de 0,87 (Saenz *et al.*, 2003). Se espera que la aplicación del test pueda colaborar con el vínculo terapéutico y arroje datos que sean retomados en esta consulta o en otras posteriores. El test consiste en escala de respuestas (tipo Likert) que se codifican en puntajes desde 0 hasta 3. La puntuación total se obtiene mediante la suma de todos los enunciados y cuanto más alta sea la puntuación, mayor consideración de sintomatologías de síntomas depresivos, lo que lleva a pensar a mayor gravedad. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: de 0 a 13, depresión mínima, de 14 a 19, depresión leve, de 20 a 28, depresión moderada y de 29 a 63, depresión grave. El cuestionario en su versión BDI II se encuentra en el capítulo anexo 13.1.

### **6.2.2 Test de ansiedad de Beck**

Para indagar acerca de su situación con respecto a la sintomatología de ansiedad se trabaja mediante el test de ansiedad de Beck (Beck *et al.*, 1988a). Este instrumento consta de 21 reactivos con respuesta Likert que van del 0 (poco o nada) al 3 (severamente). Proporciona un índice del nivel de ansiedad experimentado por el usuario recientemente. Los resultados se clasifican en: 0-9 nivel mínimo de ansiedad, ansiedad leve es de 10-18, ansiedad moderada de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63 (Clark y Beck, 2012). Demostrando en su versión al español altos índices de consistencia interna ( $\alpha = 0,88$ ), (Sanz y Navarro, 2003). El test de ansiedad de Beck, en su versión aplicada, se encuentra en el capítulo anexo 13.2.

El ítem siguiente es pactar un contrato entre el profesional de la salud y el participante del tratamiento. Para esto, se firma la carta del compromiso, posterior a la explicación sobre el programa. En el contrato se especificarán los lineamientos que ambas personas deben cumplir a lo largo del tratamiento, los derechos y obligaciones de ambas partes, las posibilidades de derivación durante y después del tratamiento, mediante mutuo acuerdo. Los criterios de suspensión momentánea del tratamiento son dos faltas consecutivas sin aviso ni justificación. Aunque la persona sufra una suspensión (el criterio es pasar al final de la lista de espera) podrá mantener la posibilidad de retomar el tratamiento posteriormente.

### **6.2.3 Registro sobre consumo de sustancias y técnica del autorregistro**

Con la carta compromiso firmada por ambas personas el siguiente paso es explicar la importancia del registro en cantidades de uso de sustancias. Para realizar esto, se hace un análisis de las situaciones y cantidades de usos de sustancias. Se establece una línea de base. Para ello, puede ser empleado el instrumento LIBARE (Sobell y Sobell, 1996). En este instrumento, el patrón de usos de sustancias se mide en términos de cantidades y frecuencias. Entonces, se escriben los usos de sustancias en un calendario, desde la fecha de aplicación del formulario a un año para atrás. Se comienza desde la fecha de actual y la cuenta va en regresiva, apoyando y motivando el trabajo de recordar según fechas que la persona identifique que podrían ser importantes para estimular el uso de sustancias, como por ejemplos cumpleaños, fiestas y fechas especialmente importantes para la persona (con sucesos que recuerde). Se emplea el concepto de medida estándar para cada sustancia que se trabaje, de esa forma es posible establecer determinados patrones de uso de sustancias. Esta herramienta reporta buenos índices de confiabilidad entre test-retest (.91) y un dato interesante es que también fue

contrastado con entrevistas colaterales (con una confiabilidad de 0.82). La entrevista colateral contrasta la información aportada por las personas con alguno de sus familiares y/o referentes, indagando también la cantidad y la frecuencia del consumo de sustancias (Rodríguez Durán *et al.*, 2017).

En la investigación de esta tesis se empleó el análisis de cuatro semanas previas a la fecha de la primera consulta. Esta definición se toma ya que las personas que participaron de este test declararon no poder reconocer un análisis retrospectivo y se sentían presionadas para realizarlo. Por eso se optó por trabajar con un mes previo a la fecha de inicio del tratamiento, siguiendo el formato del test LIBARE, pero recortando su tiempo de registro sustancialmente.

Continuando con la medición de cantidades y frecuencias, la técnica de autorregistro es uno de los ejes fundamentales del tratamiento, para esto, es necesario que el participante comparta la fundamentación de esta técnica. Se realiza para poder evaluar, monitorear y entender los patrones de consumo de la persona y de esta forma intervenir en ellos, por lo que el principal interesado en los resultados de este registro debería ser la persona que quiere intervenir sus usos de sustancias. Sucede que muchas veces no existe tanta claridad sobre las cantidades y las formas de uso, incluso para la persona que las emplea. Por lo que consiste en un calendario en el que el participante deberá llenar: cantidad de consumo del día a día, el contexto del consumo (lugar y personas presentes), la duración del episodio, los antecedentes y las consecuencias. Asimismo, en cada consulta se irán planteando objetivos que también se registran. Las cantidades de uso de las sustancias se deberán anotar siempre en el mismo formato. Esto tiene la intención de evaluar correctamente avances en el corto, mediano y largo plazo. Por lo que la forma de registrarlo es el formato de medida estándar.

Esta es una unidad de medida que se emplea en usos de sustancias. La intención es registrar de la misma forma, durante un tiempo, para poder hacer seguimientos de la situación. Su inicio de registro se encuentra en los usos de alcohol, en los que se manifiesta que una bebida estándar son 10 gramos de alcohol puro en sangre. Esto podría equivaler a 250 ml de cerveza, a 100 ml de vino o 31 ml de licor. Al tener diferentes compuestos no se puede generalizar las distintas bebidas de por sí, por lo que se resalta la importancia del registro y entendimiento del usuario, ya que no es lo mismo la ingesta de diferentes bebidas alcohólicas (OMS, 2021). Existe dificultad en el registro de las medidas estándar en general, uno de los criterios que varía depende de la región y cultura en la que se registran los datos. Otro de los problemas principales es la varianza que se da en registrar otros tipos de sustancias psicoactivas. Al día de hoy, no existe consenso en una unidad de medida universal de otras sustancias. Esto dificulta la comparación de diversos estudios sobre las formas de usarlas y los

efectos que causan en el organismo. La gran variedad de formas en que las personas usan sustancias también es una de las variaciones que hacen a la dificultad de desarrollar una medida estándar de uso de drogas. En ese sentido, las comunidades científicas hoy en día se encuentran en debate para construir una unidad de medida estándar que permita producir investigaciones científicas con criterios de evidencia, con la intención de en algún momento poder elaborar recomendaciones basadas en la cantidad de uso (Freeman y Lorenzetti, 2020).

Si bien existen esfuerzos de construcción de estas medidas, en sustancias que no tienen que ver con el alcohol no son tan conocidas y hacen difícil la comprensión de la medida estándar por parte de los usuarios de drogas. En esta investigación se les pide a las personas participantes que registren de la misma forma los usos de distintas sustancias durante todo el proceso del tratamiento. Por lo que la unidad de medida se pacta con los participantes. En este sentido, las unidades de medida propuestas son: para el alcohol, una medida por 250 ml de cerveza, 100 ml de vino o 31 ml de licor; para el uso de marihuana, un cigarrillo armado o dependiendo de su forma de uso se pacta; para el uso de cocaína se mide en gramos o sus cortes; para el uso de pasta base la unidad de medida propuesta son los chasquis y en el uso de benzodiazepinas o psicofarmacológicas (no indicadas por un médico) el uso se mide por pastillas.

Muchas veces el registro del uso de sustancias puede resultar complejo y tedioso para los participantes, por lo que es importante que sea acordado de forma mutua como parte del encuadre de trabajo. En la primera consulta además de explicar esa técnica se hace un análisis retrospectivo de las situaciones de consumo, anteriores a la consulta del día de la fecha, con un mínimo de anterioridad de cuatro semanas. Para ese registro es importante basarse en un calendario, empezando con el día anterior a la consulta y apoyándose en situaciones concretas como cumpleaños, fiestas, feriados, fines de semana o eventos que el usuario relate como propicios para su uso de sustancias. Este registro nunca tendrá un fin regulador ni sancionador. El fin único es conocer las formas de usos, para así armar un plan y poder evaluar si existe un logro en la meta planteada. Para establecer un buen *rapport* en este registro, una de las estrategias empleadas fue no brindar ningún informe solicitado por las personas participantes correspondientes al tratamiento con respecto a las sustancias. Por lo que no debería existir ningún tipo de certificación, independientemente de lo que se mencione. Mediante técnicas de entrevista motivacional, se refuerza la importancia del involucramiento en esta consigna. La persona podrá tener si así lo desea un comprobante de asistencia a las consultas, pero no un informe que revele el contenido de ellas.

#### **6.2.4 Planes de acción**

Según este programa este es uno de los ejes claves que acompañará durante todo el tratamiento. Se espera que en todas las consultas se dedique tiempo a establecer los planes de acción ante situaciones de riesgo. El momento ideal es antes de finalizar la entrevista. Tiene que ver con pedirle al participante que identifique al menos tres situaciones, en las que entiende que podrían verse comprometidas sus planificaciones de logros. Los periodos que se trabajan van planificados en el corto plazo, es decir, desde la consulta que está finalizando hasta la próxima agendada. Para realizar esto, se anotan los objetivos que el usuario se plantea para la próxima consulta, teniendo como posibilidades la gestión, reducción o abstinencia. En el caso de que el usuario haga el planteo del objetivo de la reducción deberá especificarse la cantidad y en el caso de que el usuario se haga el planteo de la gestión deberá especificar en qué aspecto específico considera que estará gestionando sus riesgos del consumo de sustancias y cómo planifica hacer para lograrlo. Resulta relevante para este protocolo ser específico en las formas y objetivos planteados, por lo que resulta necesario cuantificarlos.

Posteriormente se identifican situaciones de riesgo que puedan poner en peligro el logro de los objetivos planteados. Para eso es necesario que la persona participante comente con la mayor apertura posible y con gran desarrollo del contexto. Pueden emplearse situaciones que en el pasado no pudo controlar o que el profesional identifica (según el discurso del participante) como riesgosas, como, por ejemplo: fines de semana, reuniones con amigos, entornos donde existe uso de las sustancias, etc. Identificadas las situaciones de riesgo se le solicitará gestar planes de acción para enfrentarlas, de la misma forma que se plantean las situaciones de riesgo es necesario detallar los pasos y procesos que lo llevarían a estar seguro de poder afrontar ese escenario. Los planes de acción resultan fundamentales para realizar planificaciones, ya que se pueden establecer las conductas de afrontamiento de forma anticipada, ante los riesgos de situaciones cotidianas y específicos para cada situación y su contexto. Esto favorece alcanzar y mantener sus objetivos, incrementar su autoeficacia (Barragán *et al.*, 2009).

### **6.3 Aplicación de test para evaluar el nivel de uso de sustancias psicoactivas**

Esta consulta tiene varios objetivos, entre ellos: realizar un análisis del patrón de consumo del participante, identificar diversas situaciones de riesgo y el nivel de autoeficacia para resistirse, además de indagar acerca de los distintos niveles de satisfacción en sus áreas de vida. Esta es una de las consultas en las que se indaga acerca de las situaciones específicas del uso de sustancias, su historia con ellas, los patrones clásicos de uso, sus reforzadores, sus motivaciones, sus deseos y sus historias de abstinencia, de reducción o de gestión.

A lo largo de la entrevista y entre los pasajes de los distintos test, se deberá prestar especial atención en los reforzadores de usos de sustancias. En este sentido, es necesario puntualizar que independientemente de lo que la experiencia de los técnicos puede marcar, cada reforzador es diferente para cada individuo. Por lo que es menester encontrar cada uno de los reforzadores únicos y exclusivos del usuario, en especial los que por la historia de su relato demuestran que fueron eficientes en otros momentos para lograr los objetivos planteados. Las fuentes de motivación para iniciar el tratamiento pueden fortalecer su proceso. En este sentido, es necesario conocer si el usuario inicia el tratamiento para obtener satisfacción o por cuestiones relativas al sentimiento de placeres que puede estar obteniendo producto del uso de sustancias (Kazdin y Sánchez Rivas, 2000).

Esta consulta, al igual que todas las posteriores, se comienza evaluando la situación del automonitoreo. En ese sentido, se analizan en conjunto con la persona participante los niveles de logros o no logros obtenidos en función de la meta planteada, los niveles de desviación de esa meta, las dificultades imprevistas y los niveles de satisfacción con la situación actual que comenta el participante. Esto tiene la intención de continuar evaluando las situaciones o estímulos que operan en la persona y conlleva a que manifieste situaciones en las que de una u otra manera siente que se estimula el uso de las sustancias de una forma que no es la deseable por él. Esos estímulos pueden ser intrínsecos o extrínsecos, ambos deberán analizarse para que el participante desarrolle estrategias que le permitan sentirse seguro para dominarlas. Se realiza evaluando la intensidad y el control de las emociones asociadas a esa situación (Bickel *et al.*, 1993).

### 6.3.1 Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening

La segunda parte de esta consulta se emplea para aplicar diversos test, entre ellos, la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (*ASSIST* por sus siglas en inglés: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) es un instrumento de tamizaje que detecta el grado de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínicos, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias. Fue elaborada como instrumento que toma la base de que las intervenciones tempranas en diversos servicios de salud son efectivas, bien aceptadas y de bajos costos. Además de que un diagnóstico temprano tiene incidencia en mejores resultados en el tratamiento posterior, realizando un primer tamizaje que permite evaluar los riesgos del uso de las sustancias (OMS, 2011). Se trata de un cuestionario de ocho preguntas, requiere un tiempo para su contestación de entre cinco y diez minutos, su puntuación indica el nivel de riesgo para cada sustancia (bajo, moderado o alto), y en cada caso determina la intervención más adecuada, informando a las personas sobre el nivel de riesgo y reflexionando acerca de sus patrones de uso (OMS, 2010). El instrumento es de acceso público para su aplicación global, se aplica en su versión original como una batería de preguntas por cada sustancia y de forma protocolizada. Además, consta de formas asociadas para llevarlo adelante mediante consejería breve. Este instrumento marca una base sobre diferentes tópicos que hacen a la historia del uso de sustancias de la persona, permite tamizar y diagnosticar diferentes riesgos además de que permite identificar cuál es la recomendación del tratamiento para la persona, según el puntaje total del instrumento. Las categorías se dividen en las sustancias y las opciones varían en riesgo ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, que además son las que se asocian a la recomendación de la intervención más adecuada para el individuo, van desde ‘sin intervención’, ‘intervención breve’ o ‘tratamiento intensivo’. Las pautas también varían dependiendo de las sustancias. Un puntaje considerado bajo corresponde a una puntuación de 0 a 3 en todas las sustancias menos el alcohol, para esta droga la puntuación va de 0 a 10, se considera que este puntaje incluye a personas que, si bien usan la bebida ocasionalmente, al momento de efectuado el test no se visualiza un problema con riesgo bajo a desarrollar futuros problemas. Se consideran usuarios con riesgo moderado a las personas que en el resultado del test obtuvieron una puntuación de entre 4 y 26 (11 y 26 para alcohol). Este test conceptualiza esta puntuación a personas que quizás presenten algunos problemas en diversas áreas de su vida. Las puntuaciones de más de 27 puntos en cualquiera de las sustancias indican un riesgo alto, seguramente esta persona esté

transitando problemas en diversas áreas de su vida (salud, social, económico, legal, relaciones de pareja, etc.) (OMS, 2011). Las preguntas aplicadas se encuentran en el anexo 14.3.

Es importante aclarar que los resultados de los tests no deberían leerse de forma unívoca y no deben tomarse en cuenta como criterio excluyente para ingresar en diferentes servicios. En el desarrollo de esta investigación se emplea esta técnica para conocer sobre el individuo, su historia y poder trabajar con intervenciones específicas en situaciones que la persona relata mientras se desarrolla el cuestionario. Si una persona presenta resultados altos y hacen pensar en la necesidad de que transite por un dispositivo de atención intensivo, esto debe ser conversado con la persona para especificar que el resultado de un test significa que la recomendación es la realizada por el instrumento. Pero ello no significa que no pueda transitar su pasaje por el dispositivo ambulatorio con buenos resultados. De igual manera, el pasaje por el tratamiento que se está investigando puede representar algún nivel de cambio en la persona, o incluso puede emplearse para motivar la solicitud de un dispositivo asistencial con internación o acompañar a la persona en los tiempos de espera que suelen asociarse a esa solicitud.

### **6.3.2 Escala de satisfacción general**

La escala de satisfacción general evalúa 10 diferentes áreas de la vida cotidiana y valora la escala de satisfacción del usuario en su funcionamiento cotidiano en una escala Likert que va desde 1 hasta 10 puntos. El formulario consta de 10 reactivos y se evalúan distintas áreas de vida, entre ellas: el área de uso de sustancias, progreso laboral, manejo del dinero, vida social, hábitos personales, relaciones de pareja, asuntos legales, vida emocional, comunicación y felicidad general (Meyers y Smith, 1995). Esta escala sirve para marcar las bases de diferentes áreas en las que posteriormente se trabaja en consulta.

Esta escala se usa ampliamente para evaluar la calidad de vida, se emplea como herramienta del CRA y, además, se aplica en tratamientos de personas con usos de sustancias en general. Si bien se emplearon estudios del método CRA, en los que se incorpora esta técnica como método holístico y como parte integral del tratamiento, no existía un gran acumulado en investigación que reafirme la eficacia de este método de forma aislada. En el 2020 se aplicó un estudio que aplicó el formulario en cinco países (Estados Unidos, España, Argentina, Uruguay y Países Bajos) a población Universitaria (N = 3388). Se llevó a cabo con la intención de evaluar las diferencias en el CRA-HS en función del sexo y el país, y comparar la validez relacionada con el criterio. El estudio empleó diversos análisis factoriales y establece como conclusión que

la versión abreviada de 10 ítems del CRA-HS es invariante entre sexos y con coeficientes de confiabilidad (.82 en submuestras .89 en muestra total), siendo un modelo aceptable (Roozen *et al.*, 2020). Estos autores, además, especifican las ventajas de emplear una técnica como la escala de felicidad o satisfacción general. Ya que el costo de respuesta es muy bajo y lleva muy poco tiempo el ser aplicada (90 segundos), permite aplicar análisis de progreso clínico (al aplicarse como estudios pre y posclínicos) y establecer una lista de prioridades en las que el participante guía sobre las áreas de vida en las que quiere trabajar, enfocando la consulta en otras áreas de vida que no sean directamente relacionadas con el uso de sustancias pero que le permitan incrementar su calidad de vida. En este trabajo de investigación se emplearon los ítems de la escala de satisfacción general desarrollada en México (Barragán *et al.*, 2014). El instrumento escala de satisfacción general se encuentra en el capítulo «anexos». Esta escala puede aplicarse en varios momentos del tratamiento para aportar información y también con la intención de realizar monitoreos sobre diferentes áreas de vida.

## **6.4 Inventario de situaciones de consumo de drogas**

Esta parte de la entrevista tiene la intención de poner especial atención en los reforzadores (que son únicos y exclusivos de cada persona) que el usuario mantiene en relación con el uso de sustancias. Estos reforzadores pueden ser de cualquier situación u ocurrencia cuya aparición es relacionada, por la persona, con la ocurrencia de un evento de uso de sustancias. En esta etapa se vuelve fundamental trabajar en la identificación de aquellos que suelen fortalecer la concreción de sus metas, sea esta la abstinencia, la reducción o la gestión. Esta etapa ya comenzó en la primera consulta con la identificación de las motivaciones para comenzar el tratamiento y a lo largo de las siguientes consultas es un ítem a fortalecer. Este producto nunca se dará por acabado ya que constantemente pueden estar apareciendo situaciones nuevas o retomar anteriores que cobren mayor intensidad, por lo que, siempre que aparezcan reforzadores, es necesario retomarlos en consulta. Entre ellos, la discriminación de los objetivos en términos de reforzadores positivos y negativos también se vuelca con los objetivos de la meta del usuario. Si alguno de ellos decidiera trabajar sobre su abstinencia, debería identificarse si es con la intención de obtener sentimientos placenteros por sacar la sustancia de su vida o, si por el contrario, lo que lo motiva a optar por la abstinencia tiene que ver con evitar el displacer que relaciona con la sustancia (Kazdin, 2000), sobre todo, para analizar las formas de hacerlo.

Para evaluar las situaciones que el usuario reporta como reforzadores para el uso de sustancias se aplicó el inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD). Este test tiene su antecedente en el Drug Taking Situations IDTS, en el que originariamente constaba de 50 ítems. Esta teoría toma como base que la identificación de las situaciones de riesgo de consumo de sustancias juega un papel central en la implementación de modelos de tratamientos efectivos por uso de sustancias. Comprender las motivaciones del uso de sustancias en las personas permitirá diseñar un programa de tratamiento personalizado, identificando las motivaciones internas y externas. También pueden emplearse dos categorías distintas, en las que los estados personales se involucran como respuestas a fenómenos de naturaleza física y la otra categoría son las situaciones en las que se involucran otras personas que causan influencias significativas para estimular el uso de sustancias. Por último, los creadores de este test identificaron que el manejo de esas motivaciones podía ser el primer paso para establecer una ruta para lograr los objetivos de un tratamiento, para ello, crearon su método de trabajo (Annis y Graham, 1985).

Investigar los reforzadores de cada persona es una forma de potenciar su meta objetivo del tratamiento, pero, además, una forma de trabajar en la prevención de recaídas. Para esto es necesario trabajar en las consultas sobre los patrones de comportamiento a través del autocontrol e intercambiar sobre el estilo de vida actual, para generar una versión que sea resistente al estrés psicológico y los patrones de hábitos no saludables (George, 1989). Si bien los reforzadores son individuales, un trabajo clásico (Cummings *et al.*, 1980) clasificó las categorías de reforzadores en: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, pruebas de control personal, impulsos y tentaciones de consumir, conflicto con los demás, presión social para consumir y momentos agradables con otros. Además, establecen que por lo general el índice de recaídas suele asociarse a las emociones desagradables.

En este sentido el ISCD permite elaborar un perfil de cada individuo analizando las situaciones en las que una persona empleó sustancias y se basan en las categorías descritas en el párrafo anterior. Este método fue investigado en términos de confiabilidad, estructura factorial y validez evaluando a 699 personas que estaban en tratamiento en Addiction Research Foundation, ubicada en Toronto, demostrando que las subescalas son fiables. Además, concluyeron que la puntuación total se correlaciona con la gravedad del uso de sustancias y una posible escala de dependencia. También presentaron evidencia de que las subescalas se pueden agrupar en tres categorías: situaciones negativas, situaciones positivas y situaciones de tentación (Turner *et al.*, 1997).

De León y Pérez (2001) adaptaron este instrumento a población de habla hispana, estimaron la confiabilidad de los reactivos obteniendo un alfa de .90 y .92, lo que indica

consistencia interna alta. Las personas respondieron consistentemente a los reactivos dentro de cada subescala. Además, estos autores establecen que los resultados de estos reactivos muestran una confiabilidad sustancial. En su adaptación trabajan con población mexicana aplicando el test a 300 personas, 150 con uso de sustancias y 150 no usuarias de estas. Investigaron la validez mediante grupos contrastados; al analizar con muestras independientes, todos los reactivos fueron significativos al .000.

Para la aplicación de este instrumento, en su versión de habla hispana (ISCD), se establece que en la primera fase se identifican datos generales (esa información ya es recolectada en las consultas anteriores en este formato). Se le pide al usuario que identifique hasta tres diferentes clases de sustancias y que se le van a presentar reactivos para cada una. Este test se puede analizar desde dos perspectivas, en relación con la puntuación de los índices y, en segundo lugar, con el perfil de la persona. El índice del problema se forma de diferentes subescalas índices y van en un intervalo de 0 a 100. Indican la magnitud del problema de esa persona y el estímulo que puede llegar a recibir. En ese sentido una persona que puntúa 0 en una subescala determinada implica que durante el año pasado nunca empleó drogas en esa situación, lo que según este test arroja una probabilidad baja de que la persona emplee sustancias por encontrarse en dicha situación. La escala aumenta en probabilidad de uso, sucesivamente, llegando hasta el 100. Un resultado de este tipo implicaría una situación de riesgo alta en los usos de sustancias en dicha situación.

El perfil del individuo se emplea para mostrar las áreas de mayor riesgo para el uso de sustancias, en ese sentido se trazan las distintas subescalas en una gráfica. Una de las estrategias se emplea para analizar también perfiles opuestos, es decir, una persona podría emplear sustancias con mayor frecuencia cuando se encuentra en compañía de otros y no consumirlas cuando se encuentra solo. Por lo que la estrategia es, además de presentarle la gráfica, realizar diferentes índices de puntuaciones. Por un lado, se analizan los ítems relacionados con los estados personales y, por otro, las subescalas que involucran a otras personas. Esto también puede darse en viceversa y no leerse de una manera lineal. El ISCD, sus formas de puntuar y de presentar los resultados se presentan en el capítulo de anexos.

#### ***6.4.1 Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas***

Este cuestionario valora la autoeficacia para enfrentar situaciones específicas de uso de sustancias, toma la base en la teoría de la autoeficacia y, al igual que el cuestionario anterior, se basa en la clasificación de los distintos factores de riesgos para recaída (Marlatt y Gordon,

1985). Está compuesto de ítems para evaluar la autoconfianza que las personas tienen para resistirse a la situación de uso de drogas. En este ítem la autoconfianza se define como «la creencia que tiene un individuo de ser capaz de enfrentarse efectivamente con una situación particular o específica de riesgo» (De León y Pérez, 2001, p. 62).

Este instrumento posibilita monitorear la autoeficacia, la divide en situaciones específicas del uso de drogas, lo que permite planificar situaciones sobre el curso del tratamiento. Las categorías de este test se componen de la misma forma que el Drug Taking situations IDTS y se toman las dos principales situaciones. Las que tienen que ver con estados personales, en los que las situaciones de uso de sustancias se relacionan con eventos de índole física o psíquica. Estas categorías se componen de emociones displacenteras, incomodidad física, emociones placenteras, prueba de control personal y necesidad física y tentación para usar sustancias. En la otra categoría se encuentran situaciones que tienen que ver con otras personas y esta se compone de conflictos con otros, presión social para usar las sustancias y tiempo agradable con otras personas. En este formulario la autoconfianza se mide en una escala de seis categorías, que oscilan entre las categorías de 0 (no sienten nada de confianza) hasta 100 (se sienten muy confiados), y se mide en 60 situaciones, que se subdividen en ocho más. Este test fue adaptado al habla hispana (De León y Pérez, 2001). La técnica fue nombrada como *Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas* (CACD), reportando buenos índices de confiabilidad, una correlación entre el nivel del uso de sustancias y el nivel de reporte en términos de autoconfianza del uso de sustancias. Es decir que, entre más reporte de usos de sustancias, menor autoconfianza, sobre todo en situaciones de presión social y momentos agradables con otros. El cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas, sus formas de puntuar y de presentar los resultados se presentan en el capítulo de anexos.

Las puntuaciones de autoeficacia van con un rango de 0 % a 100 % e indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al uso de sustancias ante cada situación; por ejemplo, una puntuación de 80 % indica que el usuario tiene bastante confianza de resistirse al uso de sustancias ante esa situación. De igual forma, un usuario que reporta un porcentaje de 20 % está indicando que se siente más expuesto a no poder resistirse al uso de drogas en determinada situación. Este cuestionario es un instrumento eficaz para identificar niveles de autoconfianza en personas que se encuentren en tratamiento, permitiendo la resistencia a usos de sustancias al realizar técnicas de modelamiento o evitar desencadenantes que lo involucren en situaciones en las que entienden que se sentirían estimulados a usar las sustancias. Al finalizar la consulta, se aplican los planes de acción y situaciones de riesgo con el objetivo marcado para la siguiente consulta.

## 6.5 Análisis funcional del uso de sustancias

En esta entrevista se examinan los antecedentes y consecuencias del uso de sustancias. Se busca indagar sobre precipitadores del uso de tal manera que se pueda identificar lo que se denomina *cadena de eventos que promueven la conducta de consumo* (Barragán *et al.*, 2009). Además, el análisis funcional implica identificar las consecuencias, tanto positivas como negativas, de dicha conducta, analizando estas en largo y corto plazo. Se espera que el usuario pueda identificar sus fortalezas y debilidades, pueda plantearse los objetivos con claridad y logre fortalecer su autoeficacia. En esta consulta se espera comprender la situación con mayor profundidad, analizando también el lugar que el uso de sustancias ocupa en su vida. A partir de esta consulta se tienen mayores herramientas para entender la conducta adaptativa del uso de sustancias y se trabaja con la persona para modelar estrategias o herramientas que le permitan enfrentar esa serie de estímulos que lo puedan llevar a sentirse estimulado para el uso de sustancias. Para ello, es necesario intercambiar sobre su uso, pero también sobre otras áreas de su vida que le representan o representaron niveles de satisfacción.

En el diseño de este programa se toma la base de que tratamientos que apuntaron a trabajar solamente con las consecuencias negativas de los usos de sustancias fracasaron. Independientemente de que fuera con la intención de motivar a las personas a lograr su abstinencia, ellos no dieron los resultados esperados (Barragán *et al.*, 2014). Con base en este dato se plantea un abordaje diferente en los tratamientos por usos de sustancias. Dentro de esta modalidad y avalada por la teoría del aprendizaje social se trabaja para identificar aquellas actividades placenteras que no tienen que ver directamente con el uso de sustancias y de los beneficios que la persona obtiene de dichas actividades. La intención es fomentar la aparición de mayor cantidad o intensidad de actividades pro saludables que no estén relacionadas con el uso de sustancias, para ello es necesario identificarlas mediante esta entrevista en el análisis funcional de la conducta de consumo.

Al igual que en las entrevistas anteriores y posterior a brindar la bienvenida, reforzando la adherencia al tratamiento y cómo esto puede impactar en el logro de sus objetivos es que se pasa a revisar el autoregistro del uso de drogas. Se contrasta con los objetivos planteados la semana anterior, con los planes de acción y se refuerzan sus logros (esto por medio del autoregistro y de los apuntes del profesional). Si la persona no pudo obtener los logros esperados, se intercambia sobre esto, se reafirma la importancia de plantearse objetivos alcanzables. Además, se revisan los factores que podrían haber incidido en sus objetivos,

intercambiando en temas como el día, las personas con las que estaba, el lugar, hora, pensamientos, sensaciones físicas, emociones, cantidades, frecuencia, duración, eventos previos al uso de sustancias, así como los sentimientos, pensamientos y consecuencias (las positivas y negativas). En esta consulta se espera intercambiar información sobre los resultados de los tests aplicados en profundidad, identificando los patrones propios de la persona y sus características.

Un análisis funcional del uso de sustancias debería incluir variables como: ¿cuáles son las razones que el usuario identifica para el uso de sustancias?; ¿cuáles son los contextos de las situaciones de consumo?; ¿cómo identifica las emociones previas y posteriores al uso de sustancias?; ¿reconoce sensaciones físicas previas y posteriores al uso de sustancias?; Identificar características del consumo de la(s) sustancia(s) y por último, indagar acerca de las consecuencias (tanto las positivas como las negativas) del uso de sustancias.

La intención de estos ítems es intercambiar las conductas de uso de sustancias por otras conductas positivas, que el usuario identifique como satisfactorias y que además no le traigan las consecuencias negativas que el uso de sustancias representa para él. Para lograr esto es necesario explicar la intención del análisis funcional, en el que la finalidad es conocer y comprender más sobre su vida en general y también cómo el uso de sustancias impacta en ella, estimulando y motivando a incrementar las actividades que le generen satisfacción. Corresponde emplear un espacio de la consulta para intercambiar acerca de intereses, gustos y motivaciones en la vida, que no tengan que ver con el uso de sustancias. Con respecto al uso de sustancias, se relevan los siguientes datos para el intercambio con las personas participantes:

Con respecto a los precipitadores, se indagan los externos (personas que estaban presentes, ubicación y momento del día) y los internos (pensamientos previos al uso de sustancias, sensaciones físicas y emociones). Se analizan también las conductas del uso de sustancias, con la intención de conocer en profundidad la sustancia de empleo, las cantidades y la duración de los episodios de uso de sustancias. Por último, se realiza el análisis de las consecuencias positivas y negativas del uso. Esto se hace a través del análisis de las consecuencias positivas en el corto plazo y las negativas a mediano y largo plazo.

Un proceso similar ocurre con el análisis de la actividad que el usuario entiende que podría suplantar el uso de sustancias, por lo que de la misma forma se tendría que tomar un tiempo para identificar la conducta de no uso de sustancias. En ese sentido, el trabajo consiste en intercambiar con la persona participante acerca de diversos precipitadores (externos e internos), las conductas, consecuencias negativas (a corto plazo) y positivas (a largo plazo). Esto se realiza porque las conductas que el participante identifica como saludables y con

potencial para suplantar la de usos de sustancias pueden tener componentes que le resulten poco placenteras, aunque eso sea solamente momentáneo (como comenzar a practicar algún deporte, o algún empleo nuevo). Es importante, por lo tanto, que la persona privilegie los beneficios a largo plazo (los globales) por las satisfacciones a corto plazo (las locales). Se toma nota de estos reforzadores, para que puedan ser incorporados en sesiones posteriores y se agreguen como motivaciones para seguir un estilo de vida más saludable. Se espera motivar la ocurrencia de las actividades satisfactorias para el participante, por lo que se pactan objetivos sobre esta acción también para la entrevista siguiente.

Al igual que la consulta anterior, para finalizar esta se aplican los planes de acción y situaciones de riesgo con el objetivo marcado para la siguiente. Si bien todas las consultas pueden ir variando en función de sus contenidos y de los acuerdos entre el profesional y la persona participante, este módulo en especial suele llevar más de una sesión.

## **6.6 Historia y patrones de uso de sustancias**

Esta parte de la entrevista tiene la intención de poner especial énfasis en la historia de uso de la sustancia en su vida, complementar los reforzadores con un análisis de las cantidades y de los usos de otras sustancias en su vida. En diversos manuales (Barragán *et al.*, 2014; Meyers *et al.*, 2011; Meyers y Smith, 1995; Torres *et al.*, 2005) incorporan en esta etapa del tratamiento la modalidad de la muestra de abstinencia y el uso del Disulfiram como parte del encuadre de este componente. Con respecto a la muestra de abstinencia, si bien no es un requisito excluyente del tratamiento, puede plantearse como un acuerdo entre el participante y el profesional, en el que el primero se compromete a estar en abstinencia en un periodo no menor a los 90 días y se realizan muestras de antidoping por medio de tests que detecten los marcadores biológicos correspondientes a la sustancia que el usuario acude para solicitar tratamiento. Esto se realiza con la intención de que el usuario experimente los beneficios de no tener en su cuerpo la sustancia, lo que podría motivarlo para obtener la abstinencia y continuar en ella (Meyers y Smith, 1995). Para estos autores, la premisa de realizar muestras de abstinencia en el usuario mientras se encuentra en tratamiento podría reducir la posibilidad de que el usuario se niegue a intentar la abstinencia como meta del tratamiento y lo prepararía para el uso del Disulfiram. Algunas guías de trabajo incorporaron esta práctica e incluso la muestra de abstinencia exitosa como parte de sus criterios de permanencia en el programa. Por

ello, si algún usuario alcanza una cantidad determinada de antidopings positivos (tres testeos), es derivado a otro centro de tratamiento (Barragán *et al.*, 2014).

Para el desarrollo de esta investigación no se empleó el muestreo de abstinencia como parte de un módulo específico del tratamiento, solo se realizaron testeos de antidoping cuando la persona participante lo solicitaba y no forma parte del cometido de esta investigación. La solicitud podía darse en el marco del tratamiento o mientras estaba en periodo de seguimiento. Se desalentó el antidoping para personas que no se planteaban la abstinencia o que declaraban el uso de sustancias, aunque fuera en reducción o sus metas estuvieran relacionadas con la gestión de riesgos. El contenido de los antidopings no fue un insumo que se pactó desde el inicio del tratamiento, por lo que en este caso no formó parte del material de estudio de cada caso, al no formar parte de la solicitud del comité de ética ni ser parte del acuerdo con cada usuario al inicio de las consultas. Se toma esta propuesta porque se identifica que, en población uruguaya y en especial en el contexto en el que fue aplicada esta investigación, el requisito del antidoping podía ser un factor excluyente en lugar de facilitar el acceso y la confianza entre el profesional y quienes participaron del programa.

Con respecto al Disulfiram (también conocido como Antabuse o Esperal), es un fármaco que se emplea en otros países para personas con uso problemático de alcohol. Su uso provoca en usuarios que toman el fármaco y también usan bebidas alcohólicas una serie de eventos adversos como: cefalea, hipertranspiración, vómitos, náuseas, rubor facial, dolor en el pecho, debilidad, visión borrosa, confusión, asfixia, dificultad para respirar y ansiedad (NIH, 2022). En el peor de los escenarios el uso de este fármaco y la ingesta prolongada de alcohol puede llevar a la muerte, ya que se presentan reacciones agudas casi inmediatamente después de consumir alcohol, si el consumo del alcohol es sostenido las reacciones continuarán. Es un fármaco que su administración debe ser supervisada cuidadosamente ya que la dosis adecuada es importante para lograr determinados resultados. En algunos países (como Uruguay) no está permitido su uso o el máximo recomendado no es suficiente para el tratamiento (Brewer, 1992). Aquellos manuales que coinciden en el uso del Disulfiram, concuerdan en que es necesario informar al participante sobre las características y efectos e incluso le solicitan firmar una carta que exonere de responsabilidad a los técnicos intervinientes, volviendo responsable al participante de los efectos producto de su uso y de contraindicaciones que puedan establecerse con enfermedades hepáticas, cardíacas y antecedentes de psicosis (Azrin, 1976; Barragán *et al.*, 2014; Miller *et al.*, 2011; Smith *et al.*, 1998).

El uso del Disulfiram fue desestimado como método de acompañamiento farmacológico para esta investigación. Si bien es un fármaco que en diversas investigaciones pudo demostrar

su evidencia (Azrin, 1976; Azrin *et al.*, 1982; Brewer, 1992; Roozen *et al.*, 2004; Smith *et al.*, 1998), los riesgos y el impacto de su uso pueden ser no deseados. Por lo tanto, en este protocolo se procedió con las siguientes acciones:

Se deriva a las personas que reportan algunos de las siguientes características a una consulta con un Dr. en Medicina con la especialización de medicina familiar y comunitaria para su examinación y posterior seguimiento en el caso de que:

- La persona participante manifieste deseo de hacerlo.
- La persona participante hace algún tiempo no se realiza ningún examen de control.
- La persona participante quiere participar de alguna actividad deportiva.
- La persona participante presenta niveles elevados en los tests de ansiedad o depresión.
- Si la persona participante estaba previo al tratamiento usando sustancias y se plantea alguna de las metas de reducción o abstinencia o si aparecen algunos síntomas que evidencian un síndrome de abstinencia.
- Si el profesional interviniente entiende necesario hacer la derivación y se realiza un mutuo acuerdo.

## **6.7 Componentes del Programa de Refuerzo Comunitario**

Los componentes que se presentan a continuación oficialen de un modelo de base para el tratamiento siguiendo el enfoque del CRA y del PST. Los pasos a seguir deben ser consensuados entre el profesional y la persona participante y el armado del plan de tratamiento debe estar realizado a medida. Si bien los contenidos de las consultas son especiales, respetando la singularidad de la persona en su contexto, se presentan los modelos de abordaje que en la práctica clínica han demostrado su efectividad para intervenir en temas relacionados con tratamientos ambulatorios, basados en el Programa de satisfactores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014). Ellos son:

### **6.7.1 Metas de vida**

Existe una línea de investigación que relaciona la autopercepción con respecto a la calidad de vida y la relaciona con el uso de sustancias. En ese sentido, las personas que manifestaron una mala calidad de vida estarían más expuestas a una vida con un uso

problemático de sustancias. Con el alcohol, por ejemplo, se estudió si la calidad de vida percibida difería entre personas con un trastorno por uso de alcohol y otras que no. Los resultados constataron que las personas con un uso problemático de alcohol manifiestan una percepción en su calidad de vida más baja que las personas que no mantenían un uso problemático (Menon y Edward, 2014; Welsh *et al.*, 1993), estos estudios también se realizan con resultados similares en otras sustancias como la cocaína (Brunswick *et al.*, 1990). Los resultados deberían tomarse con los recaudos de la multicausalidad y multifactorialidad, pero se establece una posible causal acerca de esa baja percepción de su calidad de vida y los usos de sustancias. En este componente se refuerza la importancia y se motiva acerca de la búsqueda de logros o metas alcanzables en diferentes áreas de la vida cotidiana.

El trabajo en este sentido es primero identificarlos, con la intención de retomar actividades o emplear logros satisfactorios para la persona, indagando acerca de la serie de actividades o acciones requeridas para acercarse a la meta que se pretende alcanzar y que estas tiendan a sustituir las actividades relacionadas con el uso de sustancias, reorganizando sus rutinas diarias y sus planes de acción para obtenerlas. Se espera por lo tanto que el usuario identifique sus metas, sea capaz de percibir los obstáculos, de establecer las mejores estrategias para vencerlos y que sea capaz de autorreforzar sus estrategias para el logro de la meta determinada. Además, se espera que el profesional de la salud pueda acompañar este proceso que implica obstáculos y logros, reforzando las consecuencias positivas de sus esfuerzos y reafirmando o analizando las conductas necesarias para obtenerlos.

En este apartado se toma como referencia el instrumento de satisfacción general de vida, que puede ser retomado de la aplicación anterior o puede ser aplicado nuevamente. Eso y una introducción a la temática establecen la capacidad para instaurar nuevas metas en áreas de su vida, metas cotidianas y alcanzables. Para eso se plantean planes de acción para obtenerlos y periodos que pueden oficiar de corto y mediano plazo para sus logros. Establecer metas en la vida diaria en personas que se encuentran en tratamiento por uso de sustancias podría colaborar en: incrementar la confianza; resolver obstáculos para obtener logros; aplicarse para persistir en sus metas; comprometerse con actividades satisfactorias; cambiar conductas que no se desean; establecer un orden de prioridades según obtenciones de logros en corto, mediano y largo plazo, por último, permite reflexionar acerca del uso de sustancias y otras áreas de vida en general (Barragán *et al.*, 2014).

### **6.7.2 Rehusarse al consumo**

En este componente se enfatiza en diversas estrategias para que la persona pueda lograr sus objetivos en situaciones en las que pueda sentirse presionado para optar por el uso de sustancias. Para eso, se trabaja sobre los precipitadores que fueron identificados en las sesiones, con aquellos que el usuario quiere trabajar o con los que el profesional propone con base en el relato de las consultas. Los precipitadores que anteceden el uso de sustancias pueden ser internos (sensaciones, emociones o antecedentes) y externos (presión de alguna persona o grupo). Además, la presión también puede ser conceptualizada en directa o indirecta. Directa, cuando se le ofrece el uso de determinada sustancia, incluso aunque la persona no la quiera. Indirecta puede catalogarse cuando alguna situación genera alguna reacción por el contexto (por ejemplo, personas usando sustancias en el mismo lugar). La presión social es uno de los factores que más han sido estudiados como precipitadores para jóvenes, adolescentes y adultos. Se relaciona con recaídas, incrementos en las cantidades de consumo y obstáculos para no lograr objetivos de tratamiento (Anicama *et al.*, 2001; Lisset *et al.*, 2017; Londoño *et al.*, 2008). Incluso la presión social fue estudiada para medir el impacto positivo que esta puede tener en el tratamiento, sugiriendo que la presencia de referencias legales y presiones de las redes sociales no afecta el compromiso de la persona posteriormente al ingresar al tratamiento (Wild *et al.*, 2006).

En este componente se trabaja con las estrategias para que la persona tenga mayor cantidad de herramientas a la hora de optar por sus objetivos. Esta estrategia puede consistir en las siguientes habilidades: involucrar a familiares y amigos en el problema; discutir situaciones de riesgo; aprender asertivamente a rechazar; reestructurar pensamientos negativos (Roozen *et al.*, 2013a). Como primer paso para este módulo se establece una red de apoyo de referentes socioafectivos, esto se hace con la intención de que las personas obtengan un reforzador positivo de su entorno social y que esto colabore en la participación de más actividades identificadas como placenteras por las personas y no relacionadas con el uso de sustancias. Se intercambia con la persona participante sobre la posibilidad de informar a sus familiares y amigos de su decisión, de su tratamiento y de sus metas a corto y largo plazo. Si bien en la consulta pueden surgir una gran variedad de dinámicas, es importante reflexionar acerca de quiénes podrían impactar de forma positiva y negativa acerca de sus objetivos, por lo que se pide enunciar y anotar quiénes forman parte de esa red. También, en esa lista es necesario identificar cuál puede ser el apoyo específico que podrían brindar esas personas, de esa manera se planifica y se modela la forma de conversación que mantendrían para que previo a esa

conversación la persona identifique sus posibilidades y se sienta con mayor confianza de hacerlo. Se espera que el juego de roles permita realizar retroalimentación sobre la forma en que el usuario realiza esa conversación y así se moldee esa interacción planificada.

El segundo paso es identificar cuáles son las situaciones de riesgo. Para esto se puede tomar antecedentes de conversaciones previas y del análisis funcional del consumo de sustancias. Se revisan las situaciones que según el ISCA tienen el mayor riesgo de estimular un uso de sustancias y se contrastan con aquellas que según el CACD tienen menor confianza en resistirse a un uso de sustancias. También se emplean las situaciones que la persona participante trae a colación y se incluyen aquellas que el profesional entiende que se desprenden del discurso del usuario con base en las entrevistas. Se plantea por lo tanto analizar las situaciones en las que se ve más estimulado para el uso de sustancias y menos confiado en poder lograr sus objetivos en esa situación. Se realiza una lista de esas situaciones, con planes de acción y modelamientos en ensayos de juego de roles. Se toma la experiencia de las situaciones de riesgo y los planes de acción de consultas pasadas y se pone en práctica la planificación de posibles eventos que la persona participante entienda pertinente. Con respecto a los precipitadores internos, la intención de esta entrevista es detectarlos y poder sortearlos en el momento que se identifica el pensamiento. Si un pensamiento surge y se identifica que puede ser el inicio del desencadenante para que no logre sus objetivos, es necesario realizar la reestructuración cognitiva. Esto le permite identificar y modificar los pensamientos, encausándolos a aquellos que no estén relacionados con el uso de sustancias.

En los modelamientos existen estrategias que han demostrado su eficacia para el ensayo y posterior puesta en práctica de habilidades para negarse al uso de sustancias frente a la presión social (Mares y Barragan, 2010; Roozen *et al.*, 2013a; Rose *et al.*, 2014; Barragan *et al.*, 2005). La aplicación de esta habilidad les permite a las personas en tratamiento castigar el ofrecimiento de uso de sustancias a quienes lo hacen, reconocer el autocontrol, fortalecer la autoeficacia y motivarse para mantener su decisión, no cediendo ante otras personas (Barragan *et al.*, 2009). Entre las estrategias se encuentran las de entrenar el lenguaje corporal, para que el discurso y su expresión corporal sean acordes entre ellos y coincidan en una expresión que no deje dudas en su intención. Se espera por lo tanto que la persona desarrolle estrategias que la hagan sentirse firme para transmitir lo que desea, analizando sus motivaciones en técnicas de juego de roles. El ensayo de los modelos de respuesta frente a estímulos externos e internos y las presiones sociales es uno de los módulos que los usuarios relacionan con el éxito en el tratamiento, por lo que en este modelo se siguen las recomendaciones realizadas en el Programa de satisfactores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014). Estas estrategias pueden ser empleadas de

forma conjunta según la persona identifique la situación o incluso en una modalidad escalonada, pasando de menor a mayor complejidad.

En las estrategias de negarse de forma segura, se ensaya el lenguaje corporal. Se espera poder transmitir sus intenciones sin dar ninguna justificación a sus acciones, pero de una forma que comunique su intención de no usar esa droga o exprese sus elecciones para el logro de sus metas. Con respecto a la estrategia de sugerir alternativas, la intención es ofrecerle, a la persona que lo está invitando, realizar una actividad que no tenga directa relación con el uso de sustancias y que además sea de disfrute para ambas. En ese sentido, es importante identificar y ensayar cuáles podrían ser las actividades que más le gustan o que al momento le puedan representar satisfacción para ambas personas.

Otra estrategia mencionada es la de desviar la conversación, consiste en que frente a la sugerencia de ir a usar sustancias o cuando el usuario identifique que se está por comenzar a perfilar la conversación con ese rumbo, el usuario desviará el foco de conversación. En este sentido, el usuario podrá hacerlo si antecede una invitación explícita o si entiende que la conversación podría provocarle estímulos internos y no desea continuar conversando de esos temas. Por lo que se espera que posterior al ensayo la persona pueda dirigir la conversación a otros temas que le resulten de interés y no estén relacionadas con el uso de sustancias.

También está la estrategia de justificar su decisión con argumentos. En este caso se espera que el usuario se sienta seguro en la forma y el contenido de cómo transmite el mensaje de no desear usar sustancias. Para ello, es necesario ofrecer una serie de baterías que lo hagan sentirse seguro de no ser juzgado y pueda sortear las dificultades que aparezcan. Una de esas herramientas tiene que ver con la excusa que entienda que puede ser mejor recibida por sus pares, con la intención de que avalen su decisión o al menos no le sean tan insistentes con la idea de usar sustancias.

Se menciona la estrategia de interrumpir conversación. Frente a la insistencia reiterada de las personas o frente a la identificación de reforzadores que hagan más difícil el logro de los objetivos, una estrategia segura es la de alejarse. Esta se puede realizar de una manera amena y cordial, secuencial o abrupta (en la que la persona se retira sin despedirse). Se pone en la balanza decisional el logro de los objetivos y se espera que la persona identifique a largo plazo los beneficios de retirarse del lugar colaborando con sus objetivos del tratamiento y de su plan de metas.

Por último, se espera que se desarrolle la estrategia de confrontar. En esta, antes de realizar la acción de interrumpir la interacción saliendo del lugar, podría emplear una conversación que busque confrontar la insistencia de las personas. Se espera con esta acción

que la persona pueda hacer valer su discurso, se sienta estimada y segura de sus objetivos y métodos. En ese sentido, se espera que esté preparada para contrarrestar cualquier tipo de argumento que pueda llegar a recibir. Es parte del juego de roles necesario en esta etapa identificar situaciones pasadas o personas que identifique que sean de insistir con la idea del uso de sustancias.

### **6.7.3 Técnicas de comunicación**

Algunas investigaciones mencionan problemas en la forma en que se comunican personas con usos problemáticos de sustancias con otras personas en general. Puede ser con familiares e incluso con los técnicos que intervienen y este puede ser uno de los temas fundamentales a la hora de trabajar en los tratamientos para el uso de sustancias (Secades Villa *et al.*, 2007). En ese sentido, se identifica que algunas personas que mantienen problemas de usos de sustancias también presentan dificultades para comunicarse con otros, incluso sin identificar las dificultades que se les presentan para mantener una conversación de forma asertiva. Se identifica que el entrenamiento mejora la forma y las habilidades de comunicación, por lo que puede tener impacto positivo en los objetivos del tratamiento (Barragán *et al.*, 2014; Barragan, Vázquez, *et al.*, 2005).

En este módulo se espera que la persona pueda identificar sus formas de transmitir sus deseos e impresiones, identifique si mantiene problemas interpersonales con alguien en particular y pueda mejorar el nivel de relación con quien desee hacerlo. Además, se espera que esta mejora pueda propiciar un mayor apoyo de personas cercanas, evitar conflictos y mantener vínculos con personas que no se relacionan directamente con el uso de sustancias, llegar a acuerdos, brindar y recibir apoyo para el logro de sus objetivos y para realizar otras actividades no relacionadas con uso de sustancias. Para lograr mejorar las habilidades en la comunicación se proponen una serie de estrategias. Ellas buscan generar espacios de apoyo y empatía, compartir la responsabilidad de la situación y proporcionar ayuda (Azrin *et al.*, 1973). Por lo que siguiendo el Programa de satisfactores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014) la primera acción de este módulo es intercambiar sobre su situación con respecto a las habilidades de comunicación y la importancia que representa para el usuario mejorarlas. En este sentido, el siguiente paso será identificar la importancia de los aspectos no verbales de la comunicación, modelando y ejemplificando una conversación con técnicas de modelación. Entre ellas están mantener contacto visual, ajustar el tono de voz y que esté acorde a sus sentimientos, estar cercanos a la o las personas con la que se está conversando y controlar los gestos y postura del

cuerpo. Posterior al trabajo y ensayos, en los aspectos no verbales se trabaja sobre las siguientes estrategias puntuales, todas ellas con sus técnicas de modelamiento.

Una de las técnicas es iniciar una conversación. En ella se especifica la posibilidad de iniciar una charla. La intención es ensayar sobre la primera parte de una charla. Se propone un ensayo en el que la persona comience la conversación y se espera que inicie planteándose conversar sobre temas sencillos, puede ser acerca de una situación (anécdotas o preocupaciones personales). Es importante que escuche las devoluciones, cuidar los tonos de voz y que esté atento. Usar preguntas abiertas es una estrategia que propicia el intercambio. Se hace el modelamiento esperando que se termine la conversación de una forma amigable.

También, escuchar con atención a otras personas. En este caso, se espera que la persona muestre interés y entendimiento sobre el tema que se está conversando. Para eso se debe cuidar el lenguaje no verbal, escuchar con atención, priorizando el espacio de escucha antes de buscar el tiempo adecuado para hablar, mostrar interés e intentar comprender el tema de conversación, compartir qué le hace sentir lo que se está hablando y que comente vivencias similares.

También se trabaja sobre la empatía. Para esto se inicia la conversación evidenciando que se puede mostrar atención a los problemas y sentimientos de quien los está comentando y ofrecer su punto de vista. Se espera que mediante el juego de roles la persona participante se posicione desde el punto de vista de quien lo está comentando y relate sus sentimientos al escuchar la situación, con la sugerencia de aplicar simultáneamente técnicas como expresar entendimiento, compartir la responsabilidad y ofrecer ayuda.

Parte de los cometidos de este módulo es que la persona pueda compartir la responsabilidad sobre determinada situación. Se espera que, en el intercambio de determinadas problemáticas, pueda asumir de forma conjunta la responsabilidad en su origen. No tienen por qué ser temas referidos al uso de sustancias, la intención es involucrarlo en los antecedentes del inicio del problema. Posteriormente, se trabaja ofreciendo ayuda. En este aspecto, la intención es colaborar con la búsqueda de soluciones determinadas, puede ser de la misma situación planteada en su origen o como estrategia compensatoria. Otra de las habilidades consiste en reconocer y recibir reconocimiento. Tiene que ver con reforzar y expresar las cualidades que siente que tiene una persona y después estar dispuesto a recibirlas, aceptando los cumplidos, no negándolos ni minimizándolos. Siguiendo con las habilidades para mejorar la comunicación, corresponde entonces prepararse para compartir sentimientos. Se espera que los modelamientos tengan la intención de ensayar cuestiones relacionadas con poder expresar los sentimientos actuales o pasados a otras personas, positivos o negativos. De este modo, se

podrá hacer que la persona interactúe en una situación modelada, manifestando su impresión y cómo se siente. Se trabaja con situaciones que se vivieron en el pasado o situaciones actuales.

Llegando al final de las habilidades, la siguiente es la de hacer críticas, expresando los desacuerdos. Esta implica la intención de provocar un cambio en el accionar de otra persona y, por lo tanto, tiene la justificación en la negociación. Se espera que la conversación modelada se dé en un marco de calma, que el intercambio se dé en positivo, solicitando al final de la charla el hecho o suceso específico que le gustaría modificar. Para esto es necesario que no se generalice demasiado, sino que se hable sobre acciones específicas. De la misma forma que se ensaya el poder intercambiar haciendo críticas también se debe trabajar sobre la aceptación de las críticas de los demás. Para eso, se recomienda no ponerse a la defensiva, siempre que tenga alguna duda, preguntar hasta que entienda desde el punto de vista de la otra persona, aunque lo comparta solo parcialmente, manifestando su impresión y realizando acuerdos. Por último, se trabaja sobre solicitar ayuda. Se espera que la persona pueda solicitar ayuda en el caso de que entienda que la necesita para alguna situación específica. En ese sentido, el modelamiento podría darse con una situación real que sea evocada por la persona. Para eso es necesario partir desde el comienzo, iniciando la conversación con la persona a quien le pedirá ayuda, explicarle la situación en su globalidad y hacer la solicitud.

#### **6.7.4 Solución de problemas**

Se espera que en esta instancia de las consultas ya exista un tiempo de conversación sobre los objetivos y sus planes de acción que, de una manera u otra, pudiera lograr alguna mejora en su vida. Sin embargo, es razonable que haya algunos temas que las personas tengan pendientes, que les gustaría lograr alguna mejoría y esta puede, pero no tiene que, estar directamente relacionada con el uso de sustancias. En ese sentido, este módulo espera poder ensayar habilidades y reflexionar sobre las conductas que le permitan enfrentar situaciones que sean consideradas conflictivas. Los módulos de solución de problemas implican el proceso cognitivo y conductual por el que una persona identifica los problemas y descubre soluciones efectivas para las dificultades que están afectando su vida, estos pueden ser cotidianos (Nezu *et al.*, 2012). El surgimiento de este módulo se da, ya que existen investigaciones que evidencian que el trabajo en habilidades para la solución de problemas permite identificar los problemas reales, afrontarlas con los recursos existentes y esto impacta en diversas áreas. Entre ellas, el uso de sustancias, la adherencia a los tratamientos y evita las recaídas (Chaney *et al.*, 1978; Espada *et al.*, 2011; Griffin *et al.*, 2009). Además, de forma inversa, quienes consideran

que no tienen un buen manejo para afrontar los problemas, o no cuentan con las herramientas internas para ello, se relacionan con un mayor uso de sustancias (Cooper *et al.*, 1988; Evans y Dunn, 1995; Holahan *et al.*, 2001). El uso de sustancias, como forma de enfrentar situaciones problemáticas, se da frecuentemente. En este sentido, se busca con este módulo que la solución de problemas permita identificar de forma conjunta las conductas necesarias para enfrentar situaciones difíciles, logrando así los objetivos de su tratamiento y potenciando sus satisfactores de vida. Entonces, se espera que esto repercuta en mayores actividades saludables que no estén relacionadas directamente con el uso de sustancias. Por lo que al final de este módulo se espera que tenga las herramientas para resolver problemas, controlar su ambiente, disminuir tensiones y, consecuentemente, mantener los logros alcanzados en el tratamiento, trabajando en sus objetivos. Se trabaja en conjunto con las personas para potenciar su nivel de autosuficiencia en el momento del tratamiento, pero con el objetivo explícito de que este se mantenga posterior a su egreso. Se propone para este módulo definir el problema, generar alternativas, analizar las posibilidades, optar por una solución y ejemplificar el camino para alcanzarla. La definición del problema tiene que ver con realizar una lista de preocupaciones, separarlos en orden de jerarquía, ver cuáles de ellos se interconectan y definirlos detalladamente. Además, se le solicita al usuario que opte por uno de ellos, para trabajar con mayor énfasis.

Otra de las estrategias es la generación de alternativas, esta tiene que ver con un método para buscar las posibles soluciones a los problemas. Para ello, se plantea la estrategia de realizar una lluvia de ideas para un problema o varios de ellos, fomentando que la persona manifieste la mayor cantidad de posibles soluciones. Se evita desacreditar cualquier posibilidad. Se analizan las repercusiones que esa solución podría tener con otras áreas de su vida, pero quedándose dentro del problema específico. Se analiza cada una de las posibles soluciones con la intención de identificar las consecuencias que podría tener (positivas y negativas). Es necesario analizar identificando los niveles de ventajas y desventajas en todos los niveles posibles.

Se espera que en esta instancia la persona ya pueda elegir por una de las soluciones planteadas. Es necesario que la persona elimine las opciones que identifica que no le generan la seguridad necesaria para llevar adelante la solución del problema. Puede haber problemas que requieran varios intentos o diferentes opciones de soluciones. Asimismo, quedarán los caminos que le representarán mayor satisfacción. Por último, se espera que el usuario ejemplifique la manera en que llevaría a cabo la opción elegida, con el mayor detalle posible. Para esto, debe describir las formas de llevar a cabo la solución, identificando los obstáculos y

herramientas para sortearlos. Se espera que la persona se sienta segura de la posible solución al problema elegido. Se generará un compromiso para aplicar la solución al problema que él desee para la próxima consulta, de esta forma, la persona podrá identificar las ventajas y desventajas de su propuesta y trabajar de forma conjunta en ella. Antes de aplicar la opción elegida, se deben analizar los efectos que puedan no tener la consecuencia deseada cuando lo aplique. Se trabaja en algunos de los posibles escenarios negativos, para no generar frustración. Una de las posibles preguntas disparadoras es la siguiente: ¿considera que es mejor aplicar esa solución, aunque no sepa con seguridad su resultado? Si es así, se acuerda para retomar y que comente su experiencia en la consulta próxima. Si la persona no se encuentra segura de esta modalidad, se podrá retomar en la consulta siguiente, hasta que exista un consenso sobre sus posibilidades.

### **6.7.5 Habilidades sociales y recreativas**

Este programa se basa en que conductas sociales y saludables representen para el usuario mayores satisfacciones que el uso de sustancias. Es parte del desafío del tratamiento que la persona identifique cuáles son las más adecuadas y fomentar su repetición. Algunas personas en tratamiento suelen reportar que la mayoría de sus actividades se relacionan con los usos de sustancias y, por lo tanto, en sus actividades recreativas o sociales se estimula su uso, por lo que no participan de acciones que no estén relacionadas con estas (Barragán *et al.*, 2014). Existen experimentos que estudian el valor del contexto en relación con la respuesta de las personas. Es decir que, para que la persona realice determinada respuesta, se analiza el valor de los refuerzos. En este sentido, tienen su evidencia de la economía conductual, ya desde hace mucho tiempo. Esta postula que la asignación de una respuesta se vincula con las propiedades de refuerzo del estímulo, pero que también este estímulo está en relación con otros distintos (Herrnstein, 1974). Existen mayores posibilidades de que la respuesta de una persona se incremente si decrece la recompensa de otra posibilidad de respuesta. En referencia a los usos de sustancias se dice que existe mayor posibilidad que la persona use una droga cuando en el ambiente no existen otros reforzadores saludables que compitan con la recompensa del uso de ellas. Por lo que, de forma inversa, si en el contexto existieran otras actividades que pudieran ser satisfactorias como actividades sociales o recreativas, se incrementa la posibilidad de que la persona opte por no usarlas. En otras palabras: «hay un balance entre las diversas ganancias y pérdidas de la respuesta; por lo que la conducta es controlada por todas las recompensas y castigos que operan en un momento dado» (Barragán *et al.*, 2014, p. 76).

De los primeros estudios en estos temas, surge el parque de las ratas. Se investigó sobre el consumo de morfina con ratas en aislamiento y alojadas en escenarios «enriquecidos». Sus resultados arrojaron que en el momento de la prueba las ratas en el parque se autoadministran menos morfina que las ratas aisladas y esto se justifica por el escenario enriquecido, sugiriendo que frente a la existencia de otros, el de uso de sustancias puede disminuir (Alexander *et al.*, 1981). Esta fue una de las primeras líneas de investigación experimental en usos de sustancias en ratas que tuviera en cuenta otros factores que no sean solamente la sustancia. Posteriormente, algunos investigadores siguieron esa línea investigando el valor de reforzadores como la rueda de correr y las diferencias de sexo entre ratas (Cosgrove *et al.*, 2002). De a poco, el parque de las ratas fue abriendo el paso a otras investigaciones con humanos. El concepto de estos estudios tenía que ver con el valor del refuerzo y la recompensa sin sustancias y con sustancias. Son una gran gama de estudios que avalan el valor de diversos reforzadores que «compiten» con el uso de sustancias, en el 2019 se identificaron al menos 443 investigaciones en la temática (Acuff *et al.*, 2019).

En relación con estos estudios en humanos, se encuentra el clásico trabajo realizado por Vuchinich y Tucker, quienes investigaron sobre la elección y las condiciones bajo las que el consumo de sustancias (alcohol) emerge como una actividad preferida para algunas personas, entre un conjunto de actividades disponibles. Estos autores investigaron los criterios que modificaban el accionar y como estos tenían que ver con las restricciones directas sobre el uso de sustancias y con la disponibilidad de reforzadores alternativos (dinero, actividades sociales, etc.) (Vuchinich y Simpson, 1998; Vuchinich y Tucker, 1988; Vuchinich y Tucker, 1983). En consecuencia, estos estudios sugieren que los niveles de uso de sustancias se influyen directamente por la disponibilidad de reforzadores alternativos, lo que permite establecer un impacto en los tratamientos y las formas de abordaje terapéuticas. También fue estudiada su implicación en formas de promocionar la reducción del uso de sustancias (Correia *et al.*, 2005) en personas con estado de ánimo alterados y el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento (Rousseau *et al.*, 2011), en el mantenimiento de la abstinencia posterior a un tratamiento (Daughters *et al.*, 2018).

Por lo expuesto, se vuelve necesario conocer, comprender y proyectar las recompensas en la persona que se encuentra en el tratamiento. De este modo, se podrá vislumbrar cuándo la sustancia se vuelve más reforzante y cómo otras actividades placenteras pueden competir con el uso de sustancias, para hacer que las probabilidades de usarlas sean menores. Esto puede trabajarse analizando el acceso, la disponibilidad de la sustancia y las situaciones de riesgo (eso ya se hace en un trabajo, consulta a consulta, desde el inicio del tratamiento). Pero, además,

otras alternativas gratificantes pueden competir con el uso de sustancias, para esto es necesario indagar acerca de ellas, sus beneficios, su disfrute, sus dificultades de realizarlas y la historia de esa actividad en su vida, ya que su uso problemático puede asociarse con el decremento de otro tipo de actividades de no consumo. Sin embargo, esto no significa que se vea opacada la capacidad de sentir placer o reforzamiento, sino que más bien las personas dejan de experimentarlo. Es por esto que para el trabajo con la persona se mantienen los siguientes ítems para intercambiar: identificar las actividades sociales y recreativas de su agrado, identificar amigos y amigas con quienes realiza actividades relacionadas con el uso de sustancias, identificar amigos y amigas con quienes realiza o realizaba actividades que no se relacionan con el uso de sustancias, informar acerca de posibles actividades en la zona o accesibles, establecer compromisos de participación, identificar dificultades para el logro de sus actividades elegidas, ofrecer realizar las derivaciones institucionales pertinentes (Barragán *et al.*, 2014).

La primera parte tiene que ver con solicitarle intercambiar sobre las actividades sociales y recreativas de su agrado, sobre su historia en su participación, sobre qué eventos impidieron que continúe participando y sobre qué tanto le gustaría retomarlas. Como segundo paso se plantea analizar qué actividades de las que está realizando al día de la fecha (sociales o recreativas) se centran en el uso de sustancias y qué amigos y amigas son las que pudieran estar estimulando su uso. Es decir, qué actividades realiza y con quiénes el uso de sustancias es el centro de la actividad o indirectamente se relaciona con sus patrones de uso.

De la misma forma, se pide intercambiar sobre aquellas actividades alternativas que son de su agrado, las esté realizando o no. Y, además, con qué personas le gusta realizar actividades en las que no se vea estimulado el uso de sustancias y disfrute de su compañía. Esto tiene el objetivo que pudiera apoyar la meta de su tratamiento. Es importante no estimular una actividad por el simple hecho de ser accesible o conocida popularmente, como jugar al fútbol, se trata de intercambiar sobre estrategias que la persona identifique como pasar un tiempo placentero mientras las hace. También puede ser que la persona nunca hubiera realizado esa actividad, pero tenga ganas de intentar algo nuevo o algo que tenía ganas de realizar antes. El uso de sustancias puede ser un reforzador que hace decrecer la práctica de otros reforzadores, esto vuelve difícil que algunas personas identifiquen actividades recreativas que les sea de su agrado. Puede intercambiarse sobre las actividades accesibles de la comunidad o los foros donde se promocionan actividades recreativas y culturales.

Se espera que con la finalidad de estimular la participación en distintas actividades sociales y recreativas se pueda ofrecerle a la persona una lista que contenga las actividades

disponibles. Para eso, se recomienda realizar una guía de recursos deportivos, culturales y sociales a los que podría acceder, de así quererlo. En esta investigación se estableció un acuerdo con el complejo SACUDE ubicado en Casavalle. Es un espacio público, accesible y cogestionado por los vecinos y vecinas de la zona, que promueve el acceso a la cultura, el deporte y la salud. Se cuenta con un gimnasio cerrado y polifuncional, vestuarios, actividades de teatro, cancha de fútbol y equipamientos comunitarios saludables. El acceso a estas actividades fue acordado con la directiva del espacio con la finalidad de apoyar a las personas (e incluso a sus familias, fomentando la participación de sus hijos e hijas) a establecer interacciones sociales distintas a las que habitualmente mantienen. En este sentido, se ofrece la participación de una variedad de opciones accesibles, pudiendo optar por la que se entienda que aplicará mayor beneficio para cada persona.

Se establece un compromiso de participación, en el que se pueda establecer una rutina fija para las actividades deportivas y también para la participación o intentos de participación sociales. Durante las próximas consultas deberá evaluarse cómo fueron los resultados de las experiencias recreativas sociales. También se espera analizar si su participación en estas actividades fomentó mantener o alcanzar los objetivos del tratamiento y las ventajas y desventajas. Posteriormente, se analizará si cumplió sus expectativas y si existió una estimulación para el uso de las sustancias de forma que no había considerado. Ese momento puede ser una buena oportunidad para establecer el contacto con las instituciones para realizar actividades sociales y recreativas. El usuario podría realizar las gestiones para consultar por los horarios y de esta forma establecer un primer vínculo con la institución. Si fuera necesario, por cuestiones de cupo o de cuidados especiales, el profesional podría realizar una nota de derivación, en la que especifique que en el marco del programa se recomienda la participación en dicha institución.

Se continúan identificando las dificultades para las actividades elegidas. Intercambiando sobre los motivos por los que podría no asistir a las actividades planificadas. Posterior a esto, se analizarán las herramientas para sortear dichos obstáculos. En esta investigación (a modo de ejemplo), en usuarios que reportaron no tener acceso a pagar el transporte para hacer actividades, se realizaron las gestiones para que pudieran acceder al transporte público en el marco de su tratamiento, servicio que se brinda a todas las personas que están en tratamiento en Montevideo. También se explorarán las razones por las que podría no involucrarse con personas de otro entorno social. Eventualmente, si la persona manifiesta dificultades en iniciar actividades nuevas, tanto por temor a exponerse como por el motivo que fuera, se podrá trabajar en conjunto con algún referente social afectivo para que pueda acompañarlo o el profesional

podrá acompañarlo hasta que mantenga la rutina acordada y se sienta cómodo y confortable haciéndolo. En consultas posteriores se intercambiará sobre sus experiencias en dicha participación, para identificar si es necesario cambiar de actividad o si tiene la intención de continuar con ella y con los vínculos que manifestó que podrían ser de ayuda para lograr sus objetivos.

### **6.7.6 Manejo de las emociones**

La relación entre uso de sustancias y manejo de las emociones es una línea de investigación relativamente novel. Se mencionan los usos de sustancias como forma de provocar emociones positivas y evitar negativas desde variadas formas y a lo largo de la historia en general (Escohotado, 1998).

En términos de afrontar malestares de las emociones con usos de sustancias, su primera aparición explícita podría ser considerada en la década de 1930 (Radô, 1933). Sin embargo, existe una gran variedad de estudios posteriores que avalan su conexión, al menos 51 de ellos (Kun y Demetrovics, 2010). En estos, se evidencia que un nivel más bajo en la capacidad de identificar y controlar las emociones se asocia con un mayor uso de sustancias. Existen dos grandes áreas que inciden en esto: la diferenciación de las emociones y su regulación.

Resulta claro que el uso de sustancias puede verse influido por las emociones y sentimientos. Barragán señala que las emociones comienzan a causar problemas cuando su intensidad es desmedida o desproporcionada a la situación que se está viviendo. En esta línea, recomienda que el manejo de las emociones permitirá favorecer el logro de los objetivos del tratamiento, mejorará la calidad de vida y favorecerá el mantenimiento de los objetivos logrados, ya que un factor frecuente para las recaídas son las emociones desagradables (Barragán *et al.*, 2014). Esta autora plantea, para abordar estos temas, trabajar en: identificar las emociones, ensayar habilidades para controlarlas y elaborar estrategias.

En ese sentido, el primer paso tiene que ver con intercambiar sobre aspectos relacionados con las emociones, su función, su intensidad en general y su intensidad en relación con determinadas personas. El objetivo es identificarlas con claridad. Se intercambia, por lo tanto, en las ventajas de manejar las diversas emociones, la historia de consecuencias negativas que la persona experimenta por no poder hacerlo de la manera deseada. El ensayo de habilidades para el manejo de las emociones tiene que ver con modelar ante una situación determinada el manejo de distintas estrategias para el dominio de las emociones, de esta forma, se espera que la persona se visualice y practique la manera en que se enfrenta a determinadas situaciones. A

continuación, se presentan estrategias, siguiendo el Programa de satisfactores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014).

Para el manejo del enojo, se presentan las siguientes técnicas:

Como primera instancia, dominar los tiempos de las emociones. Consiste en que, al momento de identificar que una situación empieza a provocar la sensación de enojo, la persona se aleje lo suficiente para pensar en otra cosa y no tenga posibilidad de reaccionar físicamente. Se espera, por lo tanto, que se haga otra actividad que intente postergar el transitar por esa situación que le provoca esa reacción. Posterior a la calma, podrá transitar, con apoyo de otra persona o incluso con el profesional tratante, por esa situación determinada.

También, una estrategia que puede emplearse es la distracción. Esta consiste en que, al momento de identificar que una situación empieza a provocar la sensación de enojo realice actividades para quitar el foco de atención. Para ello se puede brindar atención al contexto (a todo lo extra que está sucediendo en el entorno, pero no a lo que le genera ese sentimiento específicamente). De esa forma, puede dar lugar a realizar alguna estrategia que le permita abstraerse y no reflexionar en ese momento. También podría realizar actividad deportiva y aplicar técnicas de respiración. Estas pueden ser modeladas con las personas, encontrando de forma conjunta la mejor herramienta.

Desde la teoría que rige el Programa de satisfactores cotidianos se establece que los pensamientos son la causa de sus conductas. En ese sentido los pensamientos negativos llevan a conductas negativas o a consecuencias negativas y, de forma inversa, pensamientos positivos pueden generar un cambio en su forma de sentirse y eventualmente de actuar. Por lo que provocar un viraje de lo negativo a lo positivo es parte de una de las estrategias de manejo del enojo. Todas estas estrategias pueden emplearse en una misma situación en forma secuencial.

La elaboración de estrategias consiste en que trabaje sobre alguna situación que en el pasado le haya sucedido y se generen alternativas hasta que la persona se sienta segura de poder transitar esa misma situación si volviera a suceder. Posteriormente se analizan situaciones que puedan provocar esa emoción en términos futuros. Esto podría contrastarse con los diferentes tests y planes de acción diarios para identificar situaciones en las que la persona relate eventos precipitadores del consumo relacionados con esta emoción. Para el manejo de la tristeza, una de las herramientas posibles son los monitoreos mediante las escalas de los diferentes test (depresión de Beck) que pueden volver a aplicarse siempre que el profesional lo considere y compararse con los resultados iniciales. Se plantean las siguientes técnicas:

En primera medida es importante realizar un análisis sobre los pensamientos que conllevan esa carga emocional. Se espera con esta técnica que la persona logre modificar los

pensamientos que tienen su génesis en el sentimiento de tristeza. Para esto se plantea una estrategia de reestructuración cognitiva, en la que el primer paso tiene que ver con identificar el pensamiento y emoción que estuvo al inicio del sentimiento de tristeza. Lo siguiente es identificar qué serie de pensamientos se desprenden del inicial, haciendo énfasis en la noción de pensamiento automático. Para esto, se trabaja en las formas individuales de percepción, con la definición de las formas de autoperibirse (la observación de sí mismo) y autoevaluarse (formular juicios sobre su propio valor) y las formas en que ellas condicionan las maneras de sentir. El sistema de autoevaluaciones y autopercepciones es el encargado de analizar su accionar diario. De esta manera, influye de forma continua en el modo de sentirse. Este sistema actúa automáticamente, analizando las situaciones y provocando sentimientos acordes a su lectura (positivos o negativos). En otras palabras: «el individuo puede no percatarse de esas señales de sí mismo a menos que centre en ellas específicamente su atención. Entonces esas cogniciones pueden representarse en una forma particular denominada pensamientos automáticos» (Beck *et al.*, 2005). Se analizará la situación, con la intención de verificar con datos objetivos acerca de su pensamiento automático. Para esto, se reflexiona la situación con preguntas que tomen valores de análisis objetivos. El fin de este análisis es que se desprendan pensamientos alternativos que se basen en análisis objetivos de la situación y que en definitiva sean motivacionales.

También se analiza la implicancia de la participación en actividades de su agrado y cómo esto se relaciona con su estilo de vida. Se indaga sobre gustos personales y se intercambia sobre actividades que colaboren en pasar un momento agradable con otras personas y también actividades que disfrute de realizarlas sin la compañía de nadie. De esta manera, se interpretan todas las actividades en las que participa para analizar el beneficio y los aspectos positivos de cualquiera de ellas.

Para el manejo de la ansiedad, de la misma forma que para la depresión, pueden emplearse técnicas de monitoreo producto del test de Beck (de ansiedad) aplicado inicialmente. Este puede replicarse cuando el profesional considere pertinente, como escala de medición, de seguimiento o como insumo para su derivación. Aplicar técnicas de relajación es una de las formas más estudiadas para tratar esta sintomatología. Tienen su evidencia en resultados para tratar a personas con niveles de ansiedad elevados (Broota y Dhir, 1990; Kominars, 1997). Una de las técnicas para realizar relajaciones mediante la meditación es la generada por Jacobson, se denomina *relajación progresiva*. Tiene que ver con trabajar en varios grupos de músculos, tensándolos y relajándolos de manera secuencial, prestando atención a las sensaciones. Se espera que la persona pueda ir descomprimiendo y reconociendo sensaciones y emociones. De

no lograr los resultados esperados con este ejercicio específico, puede intentarse otra serie de ejercicios de relajación de los disponibles. Otro de ellos es la relajación profunda (Gay *et al.*, 2002; Payne, 2005; Turk y Gatchel, 2018).

Por último, se identificarán diversas estrategias que hagan sentir a la persona segura para controlar las situaciones en las que sienta ansiedad. Mediante un diálogo abierto se trabajará para identificar los síntomas que anteceden la situación generalizada de ansiedad y cuáles tienen mayor intensidad. En este punto es pertinente revisar el test de ansiedad de Beck para contar con mayor cantidad de insumos. Es una estrategia que se espera oficie de intercambio en una entrevista modelada con situaciones cotidianas que le generen ansiedad.

### **6.7.7 Prevención de recaídas**

La prevención de recaídas es uno de los aspectos centrales en las investigaciones de uso de sustancias y sus tratamientos. Es caracterizada como uno de los aspectos que más se ha estudiado en relación con los tratamientos, y se hace énfasis en la importancia de su desarrollo por todos los dispositivos de asistencia cual sea su modalidad. En todos ellos se destaca la gran cantidad de personas que tienen recaídas, la diferencias en las sustancias, la necesidad de establecer estrategias individuales acordes a cada persona y su singularidad, resaltando la gran gama de posibilidades de intervención (Catalano *et al.*, 2009; García Rodríguez *et al.*, 2007; Grau-López *et al.*, 2012; Grau-López *et al.*, 2014; Guenzel y McChargue, 2021; Martínez-González *et al.*, 2009; Milton y Everitt, 2012; Sánchez-Hervás *et al.*, 2004; Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Se resalta la importancia de que posterior al tratamiento la persona pueda reconocer las situaciones de alto riesgo, desarrolle las habilidades para enfrentarlas y elabore estrategias para poder vivenciarlas sin un resultado que afecte sus logros (Villa, 1997). Este punto es central para el desarrollo de una vida con satisfactores cotidianos y es por ello que se trabaja desde la primera consulta en reforzar las consecuencias positivas del logro de sus objetivos. Para trabajar sobre la prevención de recaídas se toman insumos, que son productos de: los planes de acción de cada consulta (en los que se ven posibles reforzadores para el uso de sustancias y las estrategias para afrontarlos), los autorregistros (en los que se ve la eficacia de los planes de acción planificados), los test ASSIST, ISCA y CACD (en los que se brindan insumos de acuerdo con patrones de uso de sustancias de las personas, el análisis funcional y el manejo de las emociones frente a situaciones que podrían estimular el uso de sustancias). También en esta consulta se espera que pueda trabajarse en el involucramiento de otras personas para lograr una

estabilidad con el logro de sus metas frente a los momentos en los que se presenten riesgos. Por lo que, en este módulo, se trabaja para que la persona se sienta segura, confiada y respaldada de poder mantener sus logros obtenidos en el marco del tratamiento y de conseguir nuevas metas.

En este sentido, se analizan las cadenas conductuales de uso de sustancias que la persona identifica que pudieran oficiar alguna de sus recaídas (si ellas existieran) mientras dura el tratamiento y también se retoman otros episodios en los que se identifica que había logrado sus metas, pero sufrió una recaída. En este sentido se trabaja con la identificación de la ya mencionada cadena de precipitadores, se detecta cuáles fueron los desencadenantes de la situación de uso de sustancias y en qué punto esa cadena podría haberse roto. Al identificar el punto de quiebre se hacen trabajos de planificación que brinden la seguridad necesaria para que la persona se sienta segura de poder vivir esa situación sin hechos que perjudiquen sus logros.

### **6.7.8 Otros módulos**

Este programa tiene la posibilidad de incluir diversos módulos según las necesidades y especificidades de cada persona, de esta forma, los que siguen a continuación podrían ser incluidos para armar un plan en función de las necesidades de cada individuo. Se presentan aquellos que han demostrado su eficacia en su inclusión según el Programa de satisfactores cotidianos (Barragán *et al.*, 2014).

#### Búsqueda y mantenimiento de trabajo

Conseguir un nuevo trabajo o mantenerlo para algunas personas puede ser visualizado como positivo para la persona en tratamiento y para su entorno. Además, podría brindarle reforzadores positivos articulados con el logro de metas. Si el trabajo es rentado, podría implicar una mejoría en su situación económica, lo que repercute en su calidad de vida, además de los beneficios primarios. Este módulo, por lo tanto, se incorpora para poder trabajar en habilidades para mantener o conseguir un trabajo y que este opere como reforzador positivo. El primer paso tiene que ver con identificar: ¿por qué desea conseguir un trabajo o mantenerlo? Se espera que logre detectar las consecuencias positivas de ello y los logros que podría tener al conseguirlo. El profesional hará la retroalimentación correspondiente. Se realizará también un intercambio en el que se espera identificar sus intereses laborales, sus metas, su historia laboral

y sus habilidades. Con una charla sobre sus antecedentes laborales se puede construir un esquema de sus habilidades adquiridas.

También es pertinente intercambiar sobre los trabajos que no le gustaría hacer, se trata de que la persona ponga en su balance decisional y establezca la mejor opción para el momento dado. De ser necesario, se elaborará un CV o se modificará el que la persona traiga a consulta, por último, se establecerá una guía de recursos con posibles fuentes de trabajo. Para realizar esto, es necesario contar con un análisis de las redes de recursos zonales, empleos públicos y privados, permanentes o zafrales. Se trata de que la persona conozca posibilidades para obtener trabajo y también cursos de formación para realizarlos (Barragán *et al.*, 2014).

### Relaciones de pareja

En su modelo original, el Community Reinforcement Approach relaciona el apoyo entre parejas como una de las estrategias que le permitan al usuario mejorar sus satisfactores de vida y promuevan una vida más saludable. En 1973, Azrin *et al.* (1973) incluyen el estudio de intervenciones que contengan la consejería marital, basados en una investigación en condiciones experimentales de grupo control. En este, realizan intervenciones basadas en reforzadores y psicoeducación en términos de refuerzos positivos y negativos, para investigar sobre la infelicidad en la pareja. Según sus resultados, establecen que intervenciones de este tipo incrementan la felicidad en la pareja y mejoran el relacionamiento entre ellos. Esa línea de investigación continuó por dos caminos diversos. Uno de ellos centró sus estudios en la capacitación familiar con la intención de involucrar a usuarios en el tratamiento, quien dio su futura línea de investigación en el mencionado CRAFT (Meyers *et al.*, 1998). El otro camino continuó investigando sobre la incidencia de mejoras de las parejas y su impacto en la disminución del uso de sustancias y en la satisfacción en general. En el habla hispana se adaptó este estudio en parejas que consultaron por problemas de usos de sustancias. Trabajaron en entrenar a los cónyuges para que logren desarrollar un intercambio de reforzadores recíprocos, con la intención de que puedan mantener conversaciones positivas y resolver los conflictos entre ambos. Comprobaron que el trabajo en las habilidades de reforzamiento mutuo y en la solución de problemas logró incrementar el nivel de satisfacción en la pareja y esto repercutió en la disminución del uso de sustancias (Barragan *et al.*, 2004). Para el inicio del trabajo se desarrolla un análisis de satisfacción individual en la pareja y, de esta forma, se espera identificar distintas problemáticas que hacen al relacionamiento en la pareja. Se aplica individualmente con la importancia de recibir su impresión individual, ya que los puntajes van

a permitir entender más la situación, si las dos personas conciben de la misma forma su vida juntos o no. Esto permitirá elaborar estrategias que tengan como fin mejorar las áreas en las que existe mayor discrepancia. También podrán retomarse herramientas de otros módulos como el manejo de las emociones y las habilidades de comunicación.

#### Referente socioafectivo

El programa original define al otro significativo como un familiar o un amigo no consumidor. En esta investigación se toma la definición de *referente socioafectivo* como aquella persona que pueda officiar de apoyo y sostén emocional para acompañar en el marco del tratamiento y que no presente uso problemático de sustancias. Se espera que el rol de su participación favorezca un ambiente de colaboración y apoyo. Por lo que la intención de este módulo es aplicar habilidades de análisis funcional respecto a la conducta de consumo del usuario, mejorar su comunicación, poder plantear alternativas para el camino a la solución de los problemas que vienen transitando o que comparten y desarrollar estrategias que permitan identificar cuándo existe una situación de riesgo para el uso de sustancias, con su plan de acción correspondiente. Se espera que eso incida en su relacionamiento y que, además, tenga repercusión directa sobre el logro de sus metas del tratamiento. El referente podrá ser convocado en el marco de tratamiento, cuando la persona más lo considere oportuno, pero se espera que en el caso de contar con un referente socioafectivo este pueda participar en al menos alguna de las entrevistas posteriores al análisis funcional y en la consulta de cierre, para elaborar estrategias conjuntas del mantenimiento de sus objetivos y de la convivencia. En el caso de la necesidad del uso de farmacología, el referente socioafectivo es una de las herramientas fundamentales para consolidar su correcta administración.

#### **6.7.9 Evaluación y cierre**

En la evaluación final y el cierre se espera poder identificar las fortalezas y debilidades del tratamiento, cuáles fueron los aspectos que identifica que le hicieron mejor, los puntos que cree que le hacen falta fortalecer y las estrategias de seguimiento. Para esto, el profesional realizará estrategias que le permitan fortalecer la permanencia en las actividades que se visualizan como placenteras y no están directamente relacionadas con el uso de sustancias. En ese sentido se retoman todos los contenidos de los módulos anteriores, se establecen metas para las consultas siguientes y se realizan acuerdos posteriores.

Como otra estrategia se plantea el apoyo del referente socioafectivo, quien puede ser convocado para proyectar planes de acción de forma conjunta. La intención de esto es establecer un canal de comunicación posterior al tratamiento para que, cuando el usuario identifique eventuales riesgos, el referente socioafectivo pueda colaborar y juntos anticipen sus recaídas y establezcan la mayor estrategia para mantener sus logros. Además, pueden retomarse estrategias de módulos anteriores, identificando cuál de ellas fue más efectiva para lograr sus metas y quiénes podrían ayudarlo ante eventuales precipitadores que puedan llevarlo a una recaída. Al finalizar la entrevista se pactan los seguimientos posteriores, se espera que se puedan volver a concretar al mes, a los tres meses y al año.

Una etapa importante en esta consulta es establecer las posibles vías de contacto en el caso de que el usuario de sustancias sienta que necesita mantener un contacto con el equipo que estuvo a cargo de su tratamiento. En el caso de que la persona perciba que no logró los resultados esperados, sintiéndose insegura para continuar sin el apoyo del tratamiento o en el caso de que quien estuvo a cargo del tratamiento lo considere, se podrá realizar una derivación a otra institución, pactar nuevos encuentros o cambiar los objetivos.

### ***6.7.10 Seguimientos***

Los seguimientos se encuentran pactados según el último módulo enfocado en el cierre, corresponde según este nivel de trabajo establecerlos en las fechas acordadas al mes, a los tres meses y al año. Esto si la persona identifica que todo sigue según los parámetros establecidos. Si se detectan potenciales riesgos o recaídas en el tiempo que la persona no estuvo en tratamiento, es parte de este módulo establecer una derivación a otro servicio acorde u ofrecer la orientación pertinente para que se puedan lograr las metas. Se espera por lo tanto que en este módulo se aplique el cuestionario de satisfacción general, se indague en las puntuaciones bajas de esos ítems y de cualquier aspecto de su vida que el usuario indique. Se indagará acerca de la autopercepción de riesgo en el uso de sustancias. Si la identifica o no como riesgosa. Si existieran recaídas, se intercambiará en una modalidad abierta sobre cantidades, contextos y planes de acción que había elaborado durante el tratamiento. Si la persona entiende que mantiene un uso problemático con las sustancias se le ofrece ser referenciado a otro dispositivo que pueda contemplar su situación actual. Además, se espera poder identificar de la misma forma que fue realizado el cierre los aspectos que entienden colaboraron en su tratamiento y aquellos que le hubiera gustado modificar. También se le puede ofrecer este tratamiento para personas que estén en su núcleo o sean conocidas.

Hasta aquí los aspectos que hacen la teoría que sustenta esta investigación y el programa desarrollado, Refuerzo comunitario. A continuación, se presentan los objetivos y la estrategia metodológica utilizada en la presente tesis.

## 7. Objetivos

La presente investigación busca contribuir con el acumulado de evidencia científica en temas relacionados con usos problemáticos de sustancias y modalidades de intervención psicológica. Los objetivos de investigación pretenden indagar en las principales características de las personas que poseen usos problemáticos de sustancias en un primer nivel de atención en salud para desarrollar y evaluar una práctica de intervención protocolizada. Parte de supuestos que hacen la insuficiencia de dispositivos de asistencia en una población que se encuentra en constante cambio y la necesidad de replantearse modelos que incorporen la participación de usuarios en la forma de abordaje. El trabajo de campo se realizó en la policlínica Los Ángeles, correspondiente al primer nivel de atención en salud, con personas usuarias de diversas sustancias ubicada en el barrio de Casavalle en Uruguay. Se trata de una policlínica perteneciente a la Intendencia de Montevideo de acceso a usuarios del sistema público de salud.

### Objetivo general

Contribuir a generar prácticas psicológicas basadas en evidencia para la atención en población con uso problemático de sustancias.

### Objetivos específicos

1. Evaluar la eficacia en los participantes del estudio de un dispositivo de intervención protocolizado denominado *Enfoque de refuerzo comunitario*.
2. Identificar las características al ingreso del tratamiento y los patrones de uso de sustancias psicoactivas en la población que accede al programa *Enfoque de refuerzo comunitario* en la policlínica Los Ángeles.
3. Describir los precipitadores que anteceden el uso de sustancias y los planes de acción que las personas identifican pertinentes para afrontarlos mientras dura el tratamiento.
4. Analizar los cambios de comportamiento y las dificultades para su acceso de personas usuarias de sustancias en función de su tránsito por distintos servicios de tratamiento.

### Preguntas de investigación

Para dar cumplimiento a los objetivos, se planteó una serie de preguntas de investigación, que se presenta a continuación en función de cada objetivo específico.

Para dar cumplimiento al primer objetivo: ¿cómo visualizan su pasaje por este dispositivo(en cuanto a percepciones de cambios en el consumo, riesgos asociados, logros en diferentes áreas de su vida y su bienestar)? ¿Logra el Enfoque de refuerzo comunitario disminuir el patrón de consumo de drogas en población uruguaya? ¿Cómo se mantienen sus logros posteriores al tratamiento(con un seguimiento hasta el año posterior a su egreso)?

Para dar cuenta del segundo objetivo, las preguntas planteadas son las siguientes: ¿Cuál es la prevalencia de uso(s) de sustancia(s) de la población que asiste a un dispositivo del primer nivel de atención en salud para solicitar tratamiento ambulatorio por usos problemáticos? ¿Cuáles son los patrones de consumo (frecuencia) de esta población (hasta un año después de su pasaje posterior al tratamiento)? ¿Cuáles son los niveles de riesgo por cada una de las sustancias antes de iniciar el tratamiento? ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión de esta población al ingreso del tratamiento? ¿Qué tipo de alteraciones de la salud sufrieron producto del uso de sustancias? ¿Qué otras consecuencias identifican que fueron producto del uso de sustancias?

Para dar cuenta del tercer objetivo, las preguntas planteadas son las siguientes: ¿Cuáles son las situaciones de riesgo (precipitadores) que las personas identifican pueden poner en riesgo los objetivos de su tratamiento? y ¿cuáles son las estrategias para vencer las dificultades que se presentan en el logro de sus objetivos?

Para lograr el cuarto objetivo, se plantean las siguientes preguntas: ¿cuáles son los servicios asistenciales por los que ya pasaron las personas? , ¿cuáles fueron sus percepciones acerca de cada dispositivo y de sus mayores logros? y ¿ qué insuficientes o barreras identifican para acceder a los tratamientos y favorecer sus logros?

## **8. Metodología**

En el armado de la metodología se dieron ciertas complejidades en el marco de la pandemia por COVID-19 que plantearon nuevos escenarios y retos para esta investigación. Inicialmente, en el proyecto de doctorado se planteó un diseño de estudio que permitiera generar una investigación experimental, realizando un grupo control vs un grupo experimental,

con la intención de generar datos estadísticos sobre la efectividad en las intervenciones. El estudio se desarrolló entre los meses de noviembre del 2019 y enero del 2022, con la pandemia por COVID-19 en pleno auge (transitando la primera y segunda ola). Incluso con el peligro al día de la fecha de nuevas variantes, se optó por transformar el enfoque metodológico por una investigación que permita expandir y generalizar la teoría (Yin, 1994).

Las medidas implementadas pautaron un nuevo escenario sanitario. El Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) se encuentra realizando un estudio multidimensional con el objetivo de dar cuenta de la situación de la oferta y demanda en el periodo de la pandemia. De datos preliminares puede saberse que el volumen de ingresos de usuarios a tratamientos especializados en drogas disminuyó con respecto al mismo período (marzo-mayo) de 2019 (sin publicar). Una vez declarada la pandemia, se paralizaron o enlentecieron ingresos nuevos a la Red de Tratamientos en Drogas (por disposición sanitaria) y se modificaron aspectos en lo que hace a la asistencia (Pascale, 2020).

## **8.1 Diseño**

El estudio planteado para el desarrollo de esta investigación es de diseño mixto, secuencial y explicativo en dos fases. La fase cuantitativa consiste en un estudio de casos únicos, con la modalidad de réplica; la fase cualitativa se realiza a partir de entrevistas para el análisis de los planes de acción en cada una de las consultas y entrevistas de seguimiento. En un modelo de método mixto se recogen, analizan e interpretan diversos datos producto de técnicas cuantitativas y cualitativas. Estos modelos integran estos tipos de análisis en un modelo de análisis conjunto y sistemático generando solidez en resultados y conclusiones (Creswell *et al.*, 2013). Se caracteriza por una primera fase de recolección y análisis de datos cuantitativos, seguido de una segunda fase de recolección y análisis de datos cualitativos (Creswell, 2009).

Realizar abordajes metodológicos para estudiar temas relacionados con los tratamientos por uso de sustancias es complejo. Tanto por la calidad de los datos aportados, como por la posibilidad de emplear una metodología que permita, por un lado, conocer de primera mano la información aportada y, por el otro, permitir generar insumos válidos para diseñar o planificar producciones académicas. Esta en particular se realiza en un contexto comunitario, con un tipo de intervención ambulatoria, lo que complejiza aún más, dado que hay condiciones externas no controlables que pueden incidir en los procesos a lo largo de ellos y mucho más en los

seguimientos posteriores. Es por eso que se recurrió a una metodología que combina un diseño cuantitativo y cualitativo en un método combinado, de forma tal que aporten la flexibilidad necesaria para intervenir en población compleja. De esta manera, se obtiene una comprensión del fenómeno a estudiar más abarcativa y holística, triangulando entre diversas fuentes de datos (Clark y Creswell, 2008; Newman *et al.*, 2002; Sampieri y Mendoza, 2008; Mertens, 2010). También se plantea que esta modalidad permite una mejor exploración y explotación de los datos, una mayor fidelidad de los instrumentos, un mayor aporte al momento de presentar resultados y además son adecuadas para lograr un mayor entendimiento del fenómeno a estudiar (Sampieri y Mendoza, 2010). La fase cualitativa está dada por la aplicación de instrumentos de evaluación pre y posintervención.

## **8.2 Fase cuantitativa**

Como se ha expresado anteriormente, para la fase cuantitativa se realiza un estudio cuasiexperimental de caso único, con la modalidad de réplica. Este diseño se encuentra entre dos extremos metodológicos, los estudios que no tienen casos controles y los diseños experimentales, en los que se emplean medidas que fortalecen la validez interna, permitiendo sacar conclusiones causales entre las variables. En los diseños de investigación cuasiexperimentales, se toman decisiones metodológicas para incorporar condiciones experimentales (Kazdin, 2001).

Se asocia este diseño de investigación al año 1957, cuando Campbell publica una serie de características que hacen a las dificultades de investigación en temas sociales, entre ellas la historia, maduración, pruebas, decadencia de instrumentos, posibilidad de regresión, selección y mortalidad. Según su artículo, estas características comprometen la validez interna de los experimentos. Además, la interrelación de estas variables y la dificultad de su control en temas relacionados con la vida humana en sociedad afectan la validez externa, lo que no permitiría la correcta generalización de los resultados experimentales (Campbell, 1957). Investigar en un entorno natural, como es la persona en su vida cotidiana y en relacionamiento con la comunidad presenta desafíos que hacen al estudio de distintas variables nuevas, que resultan imposibles de incorporar en estos diseños para fortalecer la validez, en el entorno de la vida cotidiana. Como resultado general se señala que estos tipos de estudio, en lugares naturales, provocan ambientes inciertos e inestables, imposibilitando establecer patrones causales (Fernández-García *et al.*, 2014). Los estudios de casos únicos (con su capacidad incluso de réplica)

mantienen un rigor metodológico que permite elaborar una estrategia de combinaciones de recursos para fortalecer la validez interna. Según Kazdin este tipo de estudios no podría reemplazar los estudios experimentales, pero son válidos cuando no se dispone de alternativas metodológicas. Para ello establece una serie de características que los estudios de caso único, sin grupo control, deberían tener para mejorar su rendimiento. Entre ellos se menciona establecer una línea de base, analizar los tipos de efecto, número y heterogeneidad de la muestra, entre otras variables (Kazdin, 1981). En esta investigación se establece una línea de base, con mediciones sobre temas relacionados con el consumo de sustancias y con la historia de su consumo medidos con los tests ASSIST, BDI, BAI, ISCD, CACD, LIBARE y Escala de satisfacción general. En este sentido, se incluyen cuatro semanas anteriores al inicio del tratamiento en las cantidades, también se realiza una medición consulta a consulta sobre los objetivos de los participantes y el logro de su meta. Esto se mide mediante el autorregistro. Al finalizar el tratamiento se retoman las mediciones sobre usos de sustancias y se realizan los seguimientos al mes, a los tres meses y al año. Para incorporar la variable de cambio sostenido posterior al tratamiento se mide con el instrumento original, pero se suma la entrevista semidirigida, con la intención de asociar el tiempo sin tratamiento investigando a qué factores acreditan la conducta de mantenimiento o la recaída. Los tipos de efecto, los cambios que se producen inmediatamente después de aplicado el tratamiento colaboran en fortalecer la inferencia de que la intervención fue la causante del cambio de la conducta a medir. Las suposiciones a futuro toman la base de que, si el problema particular es estable desde hace tiempo, comprobable mediante evaluaciones de línea base antes de realizar el tratamiento y se produce un cambio inmediato asociado al principio del tratamiento, se puede suponer que fue éste el causante del cambio. Esta variable toma los cambios abruptos, rápidos y evidentes como fortaleza para la confianza, además de analizar el número y la heterogeneidad de los sujetos participantes. Incluso en estudios de casos únicos este es un problema que se plantea y tiene que ver con que el número de participantes en la investigación influye en la confianza para realizar cualquier inferencia que dé como resultado el tratamiento. En este sentido, las investigaciones que realizan varios casos (réplicas o estudio de caso único múltiple) se presentan con mayor evidencia, mientras más participantes mejoren con la intervención es más factible atribuir al tratamiento y menos probable que se atribuya el cambio a eventos ajenos a la intervención. Con respecto a la heterogeneidad, los cambios se demuestran entre pacientes que presentan diferentes características personales, como por ejemplo la edad, la raza, la clase social y los problemas clínicos. Si la muestra es heterogénea se pueden hacer inferencias con mayor sustento (Kazdin, 2001).

La muestra empleada no cumple con la función de realizar generalizaciones estadísticas, se emplea esta teoría para poder realizar abstracciones sobre la teoría en general. La intención es contrastar la investigación con la teoría misma, como un experimento que confronta el conjunto de datos con la teoría y otras investigaciones en similares contextos (Chaves y Weiler, 2016). El uso de réplicas en los modelos de casos únicos es una técnica que se viene empleando desde hace años. Yin plantea cuatro posibles tipos de análisis para estudios de caso. El primero analiza un caso único como unidad de análisis. El segundo analiza un único caso, pero se realizan en el mismo caso subunidades de análisis con contenidos distintos. El tercero realiza múltiples casos, pero se analiza cada uno de ellos de forma holística. El diseño seleccionado por esta investigación es el cuarto, que implica un diseño de múltiples casos, conteniendo cada uno en sí subunidades de análisis (Yin, 2009). En la investigación de casos existen muchas variables para poder indagar situaciones que tengan una alta complejidad una buena práctica es basarse en múltiples fuentes de evidencias, para que estos datos puedan triangular (Monge, 2010).

### **8.3 Fase cualitativa**

Para el trabajo de la fase cualitativa se analizan los planes de acción de cada una de las consultas y la entrevista inicial y las de seguimiento. En estos formatos de registros se prestó especial relevancia en tomar datos de conceptos, percepciones, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, vivencias y procesos de las mismas. Con la intención de recabar aquellos motivos subyacentes que no pudieron ser registrados con profundidad en la etapa cuantitativa (Sampieri *et al.*, 2010). La recolección de estos datos se realizó con base en instrumentos no estandarizados, entrevistas, observaciones directas y planes de acción. Para los instrumentos de entrevistas de seguimientos se aplicaron entrevistas semiestructuradas, entendidas como una reunión para intercambiar información basada en una guía de asuntos y preguntas, y en las que el entrevistador tiene libertades para introducir nuevas preguntas (Hernández *et al.*, 2006). El análisis cualitativo tuvo la intención de describir las experiencias de las personas que pasaron por el dispositivo, teniendo en cuenta su punto de vista, sus expresiones y su lenguaje (Creswell, 2009), además de brindar un marco que permita interpretar y evaluar diferentes unidades y patrones que no se reflejaban en los métodos cuantitativos (Henderson, 2009).

## **8.4 Procedimiento de selección de muestra**

La selección de la muestra fue no probabilística, seleccionada por conveniencia. No se realizó un criterio aleatorio, dada la necesidad de brindar disponibilidad de asistencia a las personas interesadas en formar parte de la muestra, por lo que se ofreció participar a todos ellos. A fines del 2019 se realizó un llamado a personas interesadas en informarse o tratar sobre su consumo de sustancias en las redes públicas del complejo SACUDE, se convocó a todas las personas interesadas. En el primer encuentro a usuarios que consideraron que tenían un uso problemático de drogas se les ofreció participar de la investigación.

Esta consistía en participar de un tratamiento ambulatorio llevado a cabo por un psicólogo con formación en la temática, con apoyo interdisciplinario. Las consultas tenían una hora de duración (aproximada) y se agendaban las siguientes consultas con posterioridad al primer encuentro. Se aplicó un régimen de atención bisemanal. El tratamiento lo solicitaron 50 usuarios, de los que los siguientes no son incluidos a continuación: cinco solicitaron asesoramiento en general sobre las posibilidades asistenciales, ocho consultaron por temas de salud mental, cinco personas definieron no ingresar en la investigación (aunque sí se les brindó el tratamiento) y diez no asistieron a la consulta pactada. Fueron 22 las personas que decidieron participar del tratamiento protocolizado, aportando datos para la investigación, la asistencia fue voluntaria, firmando el consentimiento informado, fue una muestra intencional no probabilística.

### ***8.4.1 Población participante***

La investigación se realizó en la policlínica Los Ángeles ubicada en el complejo Salud, Cultura y Deporte (SACUDE). Fue construido en 2010, en el marco de la regularización de tres asentamientos de la zona: Barrios Unidos, Curitiba y 3 de Agosto. Es un centro cultural que depende del programa Esquinas de la Cultura de la Intendencia de Montevideo. Ubicado en el barrio Municipal, en la Cuenca de Casavalle. El complejo está gestionado por una comisión integrada por funcionarios/as del gobierno departamental, representantes del Municipio D y representantes de la comunidad, electos por los vecinos y vecinas, quienes toman las decisiones de forma conjunta en reuniones de Cogestión. En el complejo se realizan actividades deportivas, culturales y funciona una policlínica del primer nivel de atención a la salud, que se denomina Policlínica los Ángeles o Policlínica del Sacude. En la zona se

concentran bajos índices de desarrollo humano de la capital uruguaya. En el año 2019 una de estas comisiones de Cogestión (grupo salud), trata los temas de usos problemáticos de sustancias como una de sus preocupaciones y entre ellas la falta de acceso a servicios de atención para quienes estaban en el barrio, en ese momento existía un conflicto con la continuidad de otro servicio comunitario de atención a usos problemáticos de sustancias psicoactivas en el territorio. Esta solicitud se traslada a la policlínica donde el investigador principal llevaba adelante tareas de atención en temas de salud mental, eventualmente se realizan reuniones y se conforma una nota con la solicitud a las autoridades departamentales para poder llevar adelante el servicio de atención a personas usuarias de sustancias, quienes brindan el aval afirmativo para ofrecer este servicio y enmarcarlas en esta investigación.

Tal como se dijo, los usuarios que se presentan en esta tesis fueron 22, a ellos se les ofreció el tratamiento ambulatorio y los seguimientos al mes, a los tres meses y posteriormente al año de egreso. Los criterios de inclusión a la investigación fueron ser mayor de 18 años, manifestar motivación para el cambio en los usos de sustancias y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión para la investigación fueron presentar un cuadro psicótico en agudo al momento de la entrevista, niveles de ansiedad o depresión severo (posterior a una compensación de cuadros agudos si podrían ingresar en el tratamiento), ser usuarios del tabaco como droga principal y presentar un síndrome de abstinencia grave (posterior a la desintoxicación si podrían iniciar su tratamiento).

## **8.5 Instrumentos utilizados en la investigación**

Como se mencionó anteriormente, el protocolo es flexible, por lo que puede modificarse la aplicación de los instrumentos diagnósticos, incorporando aquellos que sean de utilidad y empleando nuevas versiones de las herramientas. Se presentan, a continuación, los instrumentos utilizados en la fase cuantitativa y cualitativa.

### Fase cuantitativa

Estos instrumentos se mencionan en profundidad en el capítulo «Enfoque de refuerzo comunitario», en el que se detalla cada instrumento y el valor de su aplicación. Para una mejor comprensión del diseño cuantitativo se detallan todos los instrumentos empleados:

Instrumento línea base retrospectiva (*LIBARE*). Este explora el patrón de consumo, representado a través de la medición de la conducta de consumo. Arroja datos en

cantidad y frecuencia de consumo, permitiendo evaluar nivel de consumo antes, durante y después de la intervención. Para efectos del presente estudio, únicamente se considerará el último mes, el instrumento original toma como base los siete meses previos a la intervención (Sobell y Sobell, 1996) (Sobell y Sobell, 1992). Con una confiabilidad test-retest alta ( $\alpha=.91$ ), una correlación aceptable entre el reporte del individuo y el del referente realizado en entrevistas colaterales ( $\alpha=.82$ ) (Rodríguez Durán *et al.*, 2017), presenta validez concurrente medido con test de similares características como la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST). Además, se emplea la técnica de autorregistro para medir los diferentes grados de usos de sustancias, en la modalidad de registro de medida estándar (Barragán *et al.*, 2009).

- La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) es un instrumento de tamizaje que detecta el grado de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínicos, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Se trata de un cuestionario de ocho preguntas, su puntuación indica el nivel de riesgo para cada sustancia (bajo, moderado o alto), y en cada caso determina la intervención más adecuada (OMS, 2010). Con coeficientes de fiabilidad aceptables para diferentes subescalas de tabaco ( $\alpha=0,83$ ), alcohol ( $\alpha=0,76$ ) y marihuana ( $\alpha=0,73$ ) y con validez concurrente determinada con pruebas de correlación entre otros test como el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) , Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (FTND) y el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20) (Tiburcio et al, 2016).
- El inventario situacional de consumo de drogas (ISCD) es un instrumento que consta de 60 reactivos que evalúan situaciones de riesgo en el consumo y permiten planificar el tratamiento y el proceso de recaída (Annis, 1982). Con una consistencia interna elevada ( $\alpha= .9861$ ) y un alto nivel de validez medido por análisis t de student , con significancia de .000 por ítem (De León y Pérez, 2001).
- Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas(CACD). Este valora la autoeficacia para enfrentar situaciones específicas de uso de sustancias. Está compuesto por 60 ítems para evaluar la autoconfianza que las personas tienen para resistirse a la situación de uso de drogas, la consistencia interna de este instrumento fue alta ( $\alpha= .9941$ ), con una estabilidad Phi para cada reactivo de .000, 1 brindando una alta confiabilidad (De León y Pérez, 2001).

- Inventario de ansiedad de Beck. Este instrumento autoaplicable consta de 21 reactivos, proporciona un índice del nivel de ansiedad experimentada por el usuario recientemente, los resultados se clasifican en mínima, leve, moderada o severa (Beck *et al.*, 1988a). Reporta altos índices de consistencia interna ( $\alpha=0,88$ ), (Sanz y Navarro, 2003)
- Inventario de depresión de Beck. Este instrumento autoplicable consta de 21 reactivos. Proporciona un índice del nivel de depresión que muestra el usuario recientemente, clasificándose en mínima, leve, moderada o severa (Beck *et al.*, 1988b). Reporta altos valores de confiabilidad de consistencia interna ( $\alpha=0,87$ ) (Saenz et al, 2003).
- La escala de satisfacción general evalúa diez diferentes áreas de la vida cotidiana y valora la escala de satisfacción del usuario en su funcionamiento cotidiano en una escala Likert que va desde 1 hasta 10 puntos (Barragán *et al.*, 2014), con coeficientes elevado de confiabilidad ( $\alpha=.89$ ) (Roozen *et al.*, 2020).

Entre los cuantitativos, se utilizan los datos de resultados de los test, los autorregistros sobre las características del consumo de sustancias consulta a consulta, los formularios de seguimiento, el diagnóstico situacional según el DSM 5 y la escala de satisfacción general desarrollada en el seguimiento.

### Fase cualitativa

- Se desarrolló una entrevista inicial, estructurada con campos abiertos. Contempla datos que se desarrollan en el capítulo «Enfoque de refuerzo comunitario», entrevista admisión, estructurada.
- Se contemplan los datos brindados en cada una de las consultas que estuvieran registrados en el plan de acción y situaciones de riesgo. Instrumento de campos abiertos, desarrollado por Barragán *et al.* (2014).
- Se realizan las entrevistas de seguimiento en formato semiestructurado. Evaluando sus niveles de usos de sustancias, su experiencia por el pasaje del dispositivo y datos agregados que así lo deseen.

Los datos de análisis cualitativos obedecen a los planes de acción que al final de consulta los participantes, de forma simulada y con modelamientos, ensayaban para lograr sus objetivos, los registros de la información aportada por referentes socioafectivos, fragmentos de las entrevistas iniciales y las entrevistas de seguimiento desgravadas. Cabe agregar que es una población que presenta dificultad para realizar entrevistas de seguimiento. Esto se había

constatado en una investigación con características similares, en la que mencionan la dificultad de obtener la posibilidad de un seguimiento posterior a un tratamiento (Arocena, 2019).

## 8.6 Procedimiento

Se realizó una convocatoria pública en redes sociales a personas interesadas, las personas se inscribían en el mostrador de la policlínica o por vía telefónica con el personal administrativo. El investigador principal de esta tesis fue el encargado de convocarlos a la primer entrevista, llevar adelante todo el proceso del tratamiento de las personas que se mencionan en esta investigación, además fue el responsable de sistematizar, digitalizar y analizarlas. La formación de quien aplicó los tratamientos incluye: Licenciatura en Psicología, Especialización en Psicología Cognitiva, Maestría en Psicología Clínica y vinculación con la temática de más de 10 años (incluyendo gestión de dispositivos y experiencia clínica). Las personas que cumplían criterios de gravedad eran derivadas inmediatamente con un Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria para realizar una valoración. Las consultas tenían un tiempo de duración de 60 minutos y se proponían dos consultas por semana, siendo los días propuestos Lunes y Miércoles o Martes y Jueves.

El desarrollo del tratamiento incorporó las mediciones que se ven reflejadas en la Tabla N8, donde se ejemplifica en un desarrollo modelo como se da el desenlace de las consultas y cuando son las mediciones realizadas. Las consultas “Admisión”, “Niveles de uso”, “Análisis funcional”, “Historia y patrones” y “cierre” corresponden al menos una consulta (de aproximadamente 60 minutos de duración), con respecto a los módulos su cantidad varía en función del plan de tratamiento desarrollado.

*Tabla 8 Diagrama longitudinal con discriminación de herramientas*

	Herramientas Cuantitativas	Herramientas Cualitativas
Admisión	LIBARE, BAI, BDI,	Entrevista inicial, estructurada con campos abiertos; Plan de acción y situaciones de riesgo.
Niveles de Uso	ASSIST, ISCD, autorregistro	Plan de acción y situaciones de riesgo.
Análisis funcional	CACD, escala de satisfacción general, autorregistro	Plan de acción y situaciones de riesgo.
Historia y Patrones	Autoregistro	Plan de acción y situaciones de riesgo.
Módulos	Autoregistro	Plan de acción y situaciones de riesgo.

Cierre	Autoregistro y Escala de Satisfacción general	Plan de acción y situaciones de riesgo.
Seguimientos al mes, tres meses y al año.	Autoregistro y Escala de Satisfacción general	Entrevistas de seguimiento en formato semiestructurado

---

Formato de aplicación de herramientas cuantitativas y cualitativas a lo largo del tratamiento y los seguimientos, modelo propuesto.

## 8.7 Análisis de resultados

De acuerdo con los propósitos de la investigación, el estudio se desarrolló mediante los siguientes análisis:

### Para la fase cuantitativa

Para los distintos instrumentos se desarrolló análisis de frecuencias, descriptivos, tablas cruzadas y análisis de dos muestras mediante pruebas no paramétricas. Los datos de registros generales, los autorregistros y los resultados de los instrumentos diagnósticos fueron sistematizados y analizados mediante el software estadístico SPSS (en su versión 25). Para analizar el cambio acerca de los patrones de uso de las sustancias se llevó a cabo un seguimiento longitudinal de los participantes. Este consistió en un registro inicial acerca del uso de sustancias previo al tratamiento, registrando en la 1.<sup>a</sup> semana, la 2.<sup>a</sup> semana, 3.<sup>a</sup> semana y 4.<sup>a</sup> semana antes del tratamiento. Siendo la cuarta semana la más alejada del inicio del tratamiento. En la primera consulta se especifica un monitoreo acerca de las cantidades de uso de la sustancia, y consulta a consulta se registra por medio del autorregistro, se revisa al inicio de esta y se trabaja pactando objetivos sobre el final de cada consulta. Esta evaluación de las medidas estándar de uso de sustancias también se hace en los seguimientos, en los que se analiza si la persona mantuvo los objetivos logrados por el tratamiento. De esta forma, si el objetivo fue la abstinencia, se analiza si sufrió recaídas y cuánto considera que es el uso de sustancias en el último mes. Posterior a eso se realizó una prueba no paramétrica, para variables no continuas, en las que se tiene una distribución anormal de las muestras y las muestras tienen un número de participantes menor a 30. Cuando existen variables que están en duda, se recomienda la aplicación de pruebas no paramétricas o de distribución libre (Berlanga y Rubio Hurtado, 2012). En este caso se aplicó la prueba de Wilcoxon, se aplica con la intención de verificar la igualdad entre dos medianas poblacionales. En este sentido se aplica

gracias a que la variable fue analizada de forma continua y se aplicó a mediciones en criterios de pre y pos. Se considera la equivalente de prueba no paramétrica del análisis estadístico paramétrico t de student para estudios con dos muestras emparejadas (Ramírez y Polack, 2020).

#### Para la fase cualitativa

Para el análisis cualitativo de la información se emplearon como insumos fragmentos de las entrevistas iniciales y los planes de acción. Como ya fue mencionado, también se realizaron entrevistas semiestructuradas en los seguimientos. Ellas se desgravaron, digitalizaron y dado que se trata de información con campos abiertos, se analizó mediante el software cualitativo MAXQDA (En su versión Analytics Pro 2020). Se crearon subcategorías de análisis que permitieron agrupar las características de las situaciones de riesgo para su análisis. Las situaciones de riesgo consistieron en: momentos agradables con otras personas, presión social, conflicto con otras personas, necesidad o tentación de consumo, probar el autocontrol, malestar físico, emociones desagradables y emociones agradables.

Con respecto a las categorías en los planes de acción fueron: rehusarse al consumo, planificar metas, trabajar en las habilidades de comunicación, planificar solución de problemas, habilidades sociales y recreativas, realizar balances decisionales, control de las emociones, trabajar en la mejoría de la de pareja, trabajo (búsqueda y mantenimiento), solicitar apoyo en un referente, los cambios de planes, la gestión de riesgos y daños y la farmacología. También se generaron categorías para que en las entrevistas de seguimiento se analicen los temas relacionados con las recaídas, con su percepción en los resultados del tratamiento, con el pasaje por un tratamiento protocolizado, con pasaje por otros dispositivos de atención y con cualquier otro comentario pertinente. Las menciones acerca de las entrevistas y planes de acción se realizaron haciendo alusión, primero, al género con el que la persona se identificaba, posteriormente, al número del participante y al documento que da origen al dato. De esta forma, se documenta a la primera persona que participa del tratamiento, hombre P1. Seguido del lugar de donde se extrae el dato, si es un producto de un análisis funcional se menciona AF seguido del número del documento, en el caso de que sea el primero, hombre P1 AF1.

El proceso de trabajo incluye la codificación de la información haciendo referencia al proceso a través del que se segmentan los datos en función de su significación y la relación con los objetivos de esta investigación. De este modo, se generan unidades analizables y se revisan significaciones.

De esta forma, se realizó un sistema de documentos y de códigos, empleando el MAXQDA. Posteriormente, se realizó una tabla de resúmenes por categoría, estableciendo una tabla, en la que se realizaron reflexiones finales para cada una de ellas.

## 8.8 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas se plantearon de acuerdo con los parámetros establecidos en el Decreto CM 515 (2008) del Poder Ejecutivo referente a investigaciones con seres humanos. En efecto, las personas participantes firmaron un consentimiento informado, aprobado por el comité de ética de la Facultad de Psicología con fecha del 9 de octubre del 2019, elaborado conforme las obligaciones referentes a las leyes N.º 18331 y N.º 18335 del año 2008, teniendo especial cuidado en:

- Ley 18331. Artículo 8, referido al principio de finalidad. Los datos obtenidos no serán utilizados con otro fin que el que motivó su obtención.
- Ley 18331. Artículo 9, referido al principio de previo consentimiento informado. Solo participarán de la investigación aquellas personas que acepten participar, luego de recibir información sobre los objetivos de la investigación y de haber firmado el consentimiento.

Además, se tuvieron en cuenta los siguientes lineamientos específicos:

- Medidas de reducción y atención del eventual daño: los usuarios que pasen por el proceso de evaluación y no se ajusten a los criterios de inclusión fueron inmediatamente derivados a centros de tratamientos.
- Riesgos y beneficios. Esta investigación no presenta consecuencias alternas a las personas que se inscribieron. Todas las personas solicitantes tuvieron acceso al tratamiento.
- Confidencialidad: todos los nombres de los participantes se codificaron, evitando cualquier relacionamiento de la persona con las historias clínicas.
- Voluntariedad y libertad. La persona podría abandonar la investigación en el momento que considere oportuno y continuar con el tratamiento de así quererlo.
- Ampliación de información. Los datos de contacto del investigador principal se presentaron en el consentimiento informado y en la hoja de información.

## 8.9 Descripción de la población participante

De esta investigación, participaron un total 22 personas. Entre ellas se encontraban 18 hombres y cuatro mujeres. Como se observa en la Tabla 9, participan mayoritariamente hombres. La mayoría de las personas participantes son solteras. Un gran porcentaje de personas tiene hijos, oscilando entre uno y tres. Con respecto a sus grados de estudios, se visualizan niveles bajos de escolarización, casi un 32 % no culminó el ciclo básico. La edad media de las personas que participaron es de 33 años, con una mínima de 22 años, una máxima de 46 y una desviación estándar de ocho años. La mayoría de las personas manifiesta tener familiares con uso problemático de sustancias, el 59,1 %.

Tabla 9.. Datos generales

Estado Civil	Hombre	Mujer
Soltero/a	63,60 %	13,60 %
Casados	13,60 %	0
Unión libre	4,50 %	4,50 %
Descendientes		
Sin hijos	18,20 %	
1 hijo	27,30 %	4,50 %
2 hijos	18,20 %	9,10 %
3 hijos	18,20 %	4,50 %
Escolaridad		
Escuela completa	13,60 %	4,50 %
Ciclo básico incompleto	9,10 %	4,50 %
Ciclo básico completo	31,80 %	0
Secundaria incompleta	22,70 %	9,10 %
Universidad incompleta	4,50 %	
Familiares con uso de sustancias	40,90 %	18,20 %

Datos familiares y escolares sobre las personas participantes (N=22)

Del total de participantes la mayoría declara vivir en casas propias o de la familia. Todas las mujeres dicen vivir en casa propia (el 18,2 % de la muestra), mientras que el 31,8 % de los hombres también lo hacen. El resto de los participantes son hombres y el 18,2 % tiene acceso a vivir en casas rentadas, el 31,8 % vive en situación de calle (en la intemperie o en refugio).

## **9. Resultados**

Este capítulo se compone de resultados que dan respuesta a los objetivos específicos. De esta forma, en el primer resultado se analizan los criterios que se utilizan para medir la eficacia de la intervención Enfoque de refuerzo comunitario. En el segundo se exponen las características de la muestra, en cuanto a sus características y patrones de uso de sustancias psicoactivas. En tercer lugar, se describen los precipitadores que anteceden el uso de sustancias y los planes de acción que las personas identifican que les son pertinentes para afrontarlos. Por último, se analizan los cambios de comportamiento de personas usuarias de sustancias en función de su tránsito por distintos servicios de tratamiento y dificultades que se enfrentaron para su acceso.

### **9.1 Eficacia de la intervención Enfoque de refuerzo comunitario**

En este apartado se examinan los diversos resultados que hacen a la prueba de eficacia del Enfoque de refuerzo comunitario. Para ello se analizan tipos de mediciones longitudinales como los criterios diagnósticos empleados al inicio del tratamiento y posterior a él, incluyendo criterios de remisión. Se continúa con un análisis de los patrones de usos de sustancias y su prueba estadística no paramétrica, asimismo, se muestran los datos descriptivos de la escala de satisfacción general y, para finalizar este apartado, se estudian las entrevistas de seguimiento para recoger el relato de quienes pasaron por el Enfoque de refuerzo comunitario.

#### ***9.1.1 Criterios diagnósticos***

Se realiza un análisis longitudinal de la población participante en el estudio (N = 22), con el criterio diagnóstico del DSM 5, aplicado con la sustancia que la persona decide iniciar el tratamiento. Esta información fue relevada en las tres entrevistas de seguimiento, se presenta el diagnóstico inicial y al año por el criterio del cambio en los doce meses en los síntomas, según el DSM 5. Si bien existe un porcentaje de población con el que no se pudo comunicar para realizar todos los seguimientos, al ser tres tipos de seguimientos en momentos distintos y el

sostener comunicación con el equipo de familiares o lugares de referencias, se incrementaron las posibilidades de realizar al menos uno o dos de estos seguimientos.

Se identifica que al inicio del tratamiento existe muy poca población que no cumple con criterios diagnósticos por un uso problemático, solamente un pequeño porcentaje de personas que emplean el alcohol. En este caso se refiere a que no cumplen con los criterios diagnósticos que permitan categorizar un riesgo según el DSM 5, de esta forma quienes solicitan esta asistencia lo hacen en términos de prevención de recaídas.

La mayoría de la población se ubica en los criterios diagnósticos graves. Al seguimiento del año en el tratamiento, los criterios diagnósticos según el DSM 5 varían, visualizando un corrimiento de menor gravedad. Para su mejor comprensión, se presentan los datos en la Tabla 10, en la que se realiza una división que depende de los criterios diagnósticos de cada sustancia (ya que según el DSM 5 son diversos) y del momento en el que se realiza en diagnóstico.

Tabla 10. Criterios diagnósticos según el DSM 5

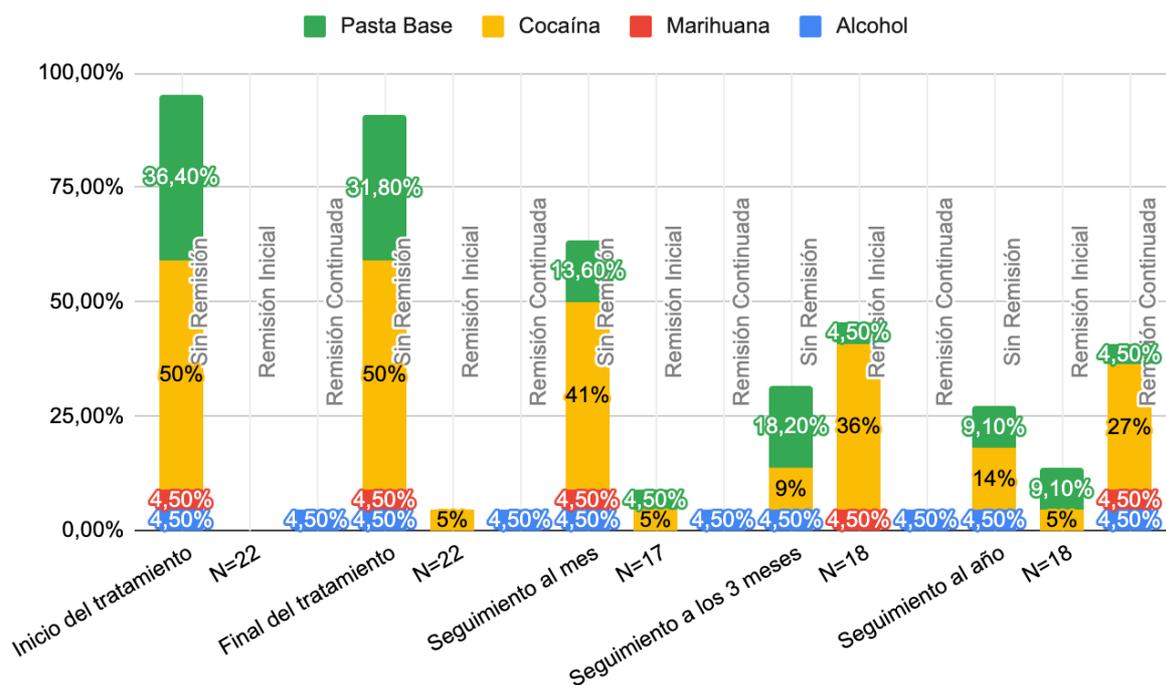
		No cumple	Leve	Moderado	Grave
Inicial (N=22)	Alcohol	4,50 %			4,50 %
	Marihuana				4,50 %
	Cocaína			13,60 %	36,40 %
	Pasta base				36,40 %
Al año (N=18)	Alcohol	4,50 %			4,50 %
	Marihuana	4,50 %			
	Cocaína	18,20 %	13,60 %	9,10 %	4,50 %
	Pasta base	4,50 %		9,10 %	9,10 %

Análisis longitudinal con mediciones diagnósticas según el DSM 5 al inicio del tratamiento y al seguimiento al año. Se dividen los datos por sustancias, tomando el total de participantes como porcentaje global.

Continuando con los análisis según el DSM 5 y con fines descriptivos, se presentan los resultados según el criterio de remisión, en un seguimiento longitudinal. Este criterio varía en un lapso de tres meses, ya que la remisión inicial se categoriza como aquella situación diagnóstica en la que después de haberse cumplido todos los criterios de un trastorno por consumo, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de tres meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el que hace mención a las ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir) . La categoría remisión continuada corresponde a aquella situación en la que, posteriormente a un trastorno por consumo, no se cumple ninguno de los síntomas durante un

periodo de al menos 12 meses o más (con excepción del mencionado anteriormente). Por lo que es una categoría diagnóstica que necesita al menos tres meses para el criterio de cambio. De la muestra total (N=22) al inicio del tratamiento casi el total de las personas se encuentran con criterios de sin remisión (N=21) ese dato se desagrega de usuarios de alcohol (N=1), marihuana (N=1), cocaína (N=11) y pasta base (N=8), apenas una persona se categorizaba con criterios de remisión continuada por consumo de alcohol. Al final del tratamiento dentro de la categoría de sin remisión (N=20), lo hacen por consumo de alcohol(N=1), marihuana (N=1), cocaína (N=11) y pasta base (N=7), se ubica una persona en remisión inicial por consumo de pasta base y una persona en remisión continuada por consumo de alcohol. Al mes (N=17) se encuentran en la categoría sin remisión (N=14), este dato se desagrega de usuarios de alcohol (N=1), marihuana (N=1), cocaína (N=9) y pasta base (N=3), en la categoría remisión inicial una persona por consumo de cocaína (N=1) y otra por consumo de pasta base por ultimo una persona en la categoría de remisión continuada por consumo de alcohol (N=1). En la medición a los 3 meses(N=18) se encuentran en la categoría sin remisión (N=7), por alcohol (N=1), por Cocaína (N=2) y por Pasta Base (N=4), en remisión inicial(N=10) por Marihuana (N=1), por Cocaína (N=8) y por Pasta Base (N=1), en remisión continuada por Alcohol (N=1). En el diagnostico al año se encuentran por la categoría Sin remisión(N=6) por: Alcohol (N=1), Cocaína (N=3), Pasta Base (N=2), en remisión inicial (N=3)por cocaína (N=1), por Pasta Base (N=2) y en remisión continuada (N=9) por Alcohol (N=1), Marihuana (N=1), Cocaína (N=6) y Pasta Base (N=1). Se presentan los datos en la Figura 1, en ella puede visualizarse un progresivo pasaje de personas en criterios de «sin remisión», para categorías que representan un cese casi total de síntomas asociados a los criterios diagnósticos del DSM 5. Estos datos, por ser criterios que pueden variar en función de tres meses, se presentan en diagnósticos al inicio del tratamiento, al finalizarlo, el seguimiento del mes, al seguimiento a los tres meses y en el seguimiento realizado en el año de finalizado el tratamiento. En la siguiente gráfica pueden visualizarse los movimientos progresivos que hacen en función de esta categoría diagnóstica.

Figura 1. Diagnósticos DSM 5 criterios de remisión en revisión longitudinal



Nota: en la Figura 1 se presentan los diagnósticos longitudinales analizando el criterio de remisión de síntomas asociados según los parámetros establecidos en el DSM 5. Además, se realiza una división de los tipos de sustancias.

### Sobre los patrones de uso de sustancias en estudio longitudinal

Para analizar el cambio acerca de los patrones de uso de las sustancias se llevó a cabo un seguimiento longitudinal de los participantes. Este consistió en un registro inicial acerca del uso de sustancias previo al tratamiento, registrando en la primera semana, la segunda semana, la tercera semana y la cuarta semana. En la primera consulta se especifica un monitoreo acerca de las cantidades de uso de la sustancia, y consulta a consulta se registra por medio del autorregistro, que se revisa al inicio de la consulta y se trabaja pactando objetivos sobre el final de cada una. Esta evaluación de las medidas estándar de uso de sustancias, también se hace en los seguimientos. Tomando esos datos se realiza el análisis para comparar dos muestras relacionadas en diferentes tiempos, comparando la medición del inicio del tratamiento, con cada una de las mediciones en cada consulta. En la tabla 11 se observan los resultados de la prueba de Wilcoxon donde los registros de cada consulta seorean con la variable preintervención (M = 19.72; SD 20.96), en los cuales se puede observar que tiene diferencias significativas tomando al conjunto de usuarios en tratamiento, desde el inicio del registro y

mientras lo transita, perdiendo solidez hacia el final de las consultas. Para usuarios de cocaína la diferencia también es significativa siguiendo el mismo análisis no paramétrico desde el inicio del registro de los datos. Para usuarios de Pasta Base si bien los resultados no son los mismos pueden realizarse consideraciones que refieren a una disminución constante de los patrones de usos de sustancias. De esta forma, realizando el análisis no paramétrico (Wilcoxon se destacan los siguientes datos, que se presentan en la Tabla 11.

*Tabla 11. Pruebas no paramétricas por sustancia principal*

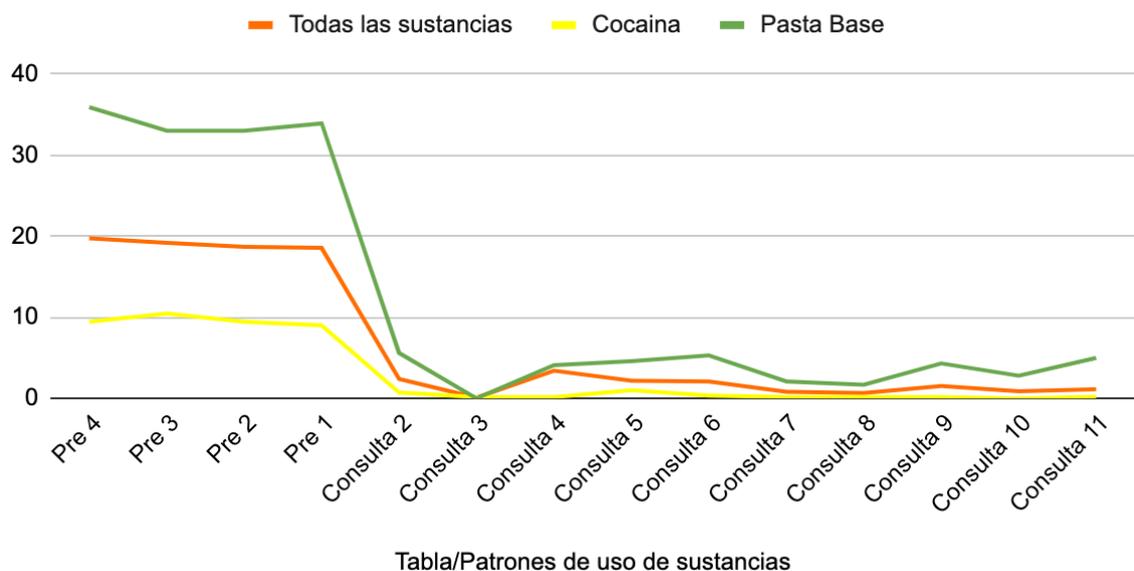
	Todas las sustancias			Cocaína			Pasta Base		
	N	Media (± SD)	P Valor	N	Media (± SD)	P Valor	N	Media (± SD)	P Valor
Preintervención	22	19,72 (+20,96)		11	9,45 (+7,5)		8	35,87(+24,87)	
Segunda consulta	22	2,4 (+5,1)	0,001***	11	0,72 (+1)	0,003*	8	5,62(+7,76)	0,018*
Tercera	22	0,09 (+0,42)	0,001***	11	0,18 (+0,60)	0,003*	8	0,001 (+0,001)	0,018*
Cuarta	22	3,4(+8,84)	0,001***	11	0,18 (+0,60)	0,003*	8	4,12 (+4,7)	0,018*
Quinta	22	2,18(+3,12)	0,001***	11	1 (+1,09)	0,005*	8	4,62 (+4,06)	0,018*
Sexta	22	2,09 (+4,68)	0,001***	11	0,36 (+0,80)	0,003*	8	5,25 (+6,86)	0,018*
Séptima	21	0,8 (+2,40)	0,001***	11	0,18 (+0,60)	0,003*	7	2,1 (+3,93)	0,028*
Octava	21	0,66 (+2,6)	0,001***	11	0,18 (+0,60)	0,003*	7	1,7 (+4,53)	0,027*
Novena	21	1,5 (+4,50)	0,001***	11	0,18 (+0,60)	0,003*	7	4,2 (+7,31)	0,027*
Decima	19	0,89 (+2,72)	0,001***	11	0,001 (+0,001)	0,003*	6	2,83 (+4,49)	0,042*
Onceava	15	1,13 (+2,7)	0,001***	10	0,2(+0,63)	0,005*	3	5 (+5)	0,157
Doceava	11	0,18(+0,60)	0,005**	9	0,22 (+0,66)	0,007**	2	0,001 (+0,001)	0,317

Análisis Wilcoxon realizado para comparar criterios preintervención y posintervención en las mismas muestras relacionadas en diferentes tiempos. Se encontraron diferencias significativas, para establecer diferencias. \*p <0.05; \*\*p <0.01; \*\*\*p <0.001.

Todas las personas declaran una disminución en los usos de sustancias en un seguimiento longitudinal que incluye un registro de hasta 12 consultas y va hasta un año posterior a finalizado el tratamiento. En cuestiones de significancia para la muestra total, los datos ingresados aportan un impacto del tratamiento en un nivel de 0,001 para el conjunto de personas que asistieron al tratamiento medido desde la consulta más lejana contra los resultados de cada una de las consultas. También se realizan los análisis en función de las sustancias por las que ingresan en el tratamiento. Si bien existe una disminución significativa en cantidades de su uso en las personas que ingresaron al tratamiento por alcohol y cannabis, no existen suficientes casos en esta muestra para analizar las diferencias por estas sustancias. Con respecto a las

personas que ingresaron en tratamiento por uso de cocaína, se visualiza una disminución significativa en sus cantidades de uso en el tratamiento, en comparación con los patrones de uso de la consulta más alejada del tratamiento. Como se visualiza en la tabla, dicha significancia está asociada a la cantidad de participantes, teniendo mejores resultados al inicio y perdiendo la solidez de los resultados a medida que disminuyen los participantes. Con respecto a los tratamientos por usos de pasta base, se visualiza una disminución significativa en cantidades de su uso, perdiendo solides a medida que baja la cantidad de las personas participantes y va avanzando el tratamiento, sobre todo asociado a la consulta onceava. Con fines descriptivos se realiza la siguiente Figura (2) donde se encuentra la representación gráfica sobre las medias de los patrones de uso de sustancias en análisis longitudinal, con los datos mencionados de cantidades promedio. Visualizando una disminución en los niveles de usos de sustancias, sobre todo asociado a la tercera consulta.

Figura 2. Gráfica representando los patrones de usos en su medida estándar a lo largo de las mediciones



Nota: en esta figura se presentan las medias de uso de la población participante. Las primeras cuatro medidas corresponden a las mediciones preintervención clínica y las siguientes al transcurso del tratamiento.

Con respecto a los seguimientos, medidos con la prueba Wilcoxon y en análisis de los patrones anteriores al tratamiento en comparación al seguimiento al mes, a los tres meses y al año, se encontró que existe un impacto en la disminución de las cantidades de consumo con inferencia estadística en el seguimiento al mes, a los tres meses y al año, de 0,001 en el conjunto de las sustancias. Para usuarios de cocaína analizados de forma aislada los resultados presentan significancia estadística analizados por Wilcoxon. En los análisis específicos de personas con usos de pasta base, los resultados no arrojan niveles de significancia estadística para los

seguimientos, sin embargo estos datos pueden atribuirse a la pérdida de datos en seguimientos y lo que esto ocasiona en el estudio no paramétrico

Se presentan los datos en la Tabla 12 en la que además se especifica según los tipos de sustancias.

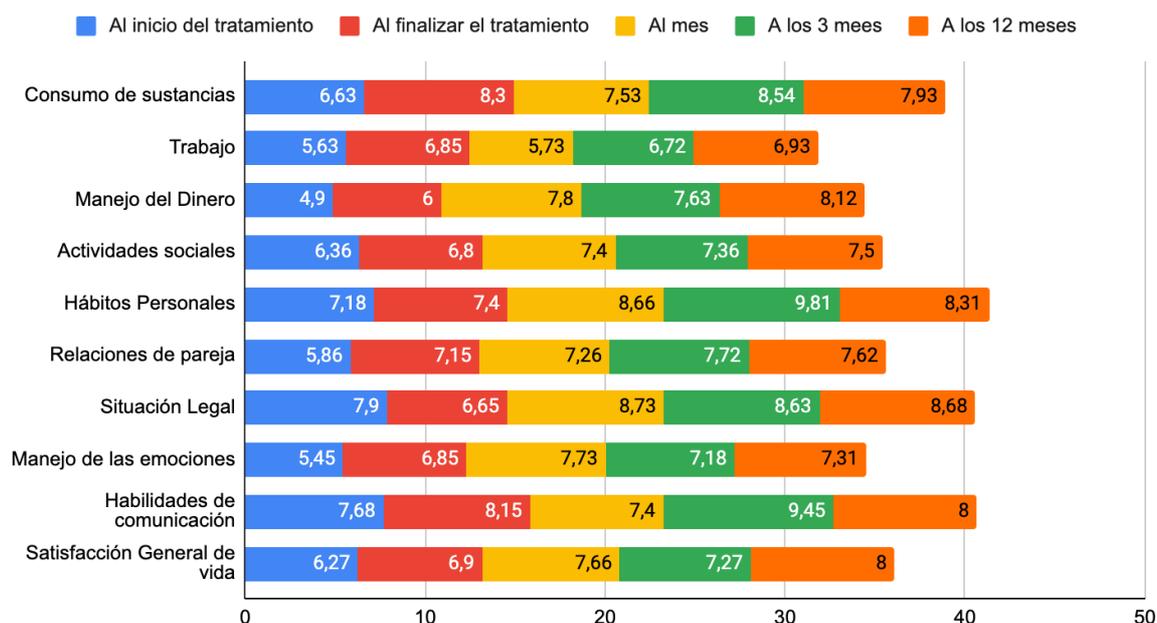
Tabla 12. Pruebas no paramétricas discriminadas por sustancia principal en los seguimientos.

	Todas las sustancias			Cocaína			Pasta Base		
	N	Media (± SD)	P Valor	N	Media (± SD)	P Valor	N	Media (± SD)	P Valor
Preintervención	22	19,72 (+20,96)		11	9,45 (+7,5)		8	35,87(+24,87)	
Seguimiento al mes	17	1,23(+2,68)	0,001***	10	0,4(+1,26)	0,005**	4	4,25 (+4,19)	0,109
Seguimiento a los tres meses	17	3,29(+9,7)	0,001***	10	0,7(+2,21)	0,005**	4	2,25(+2,62)	0,109
Seguimiento al año	18	3,55(+8,46)	0,001***	11	3,09(+6,64)	0,007**	5	6(+13,4)	0,66

Análisis Wilcoxon realizado para comparar criterios preintervención y potsintervención en las mismas muestras relacionadas en diferentes tiempos en los seguimientos. Se encontraron diferencias significativas, para establecer diferencias. \*p <0.05; \*\*p <0.01; \*\*\*p <0.001

Con respecto a otras formas de evaluación descriptivas del tratamiento a continuación, se representan de manera gráfica todas las medias de la escala de satisfacción general a lo largo del tratamiento y en los seguimientos. Cabe mencionar que existe menor cantidad de resultados del test de la escala de Satisfacción General en seguimientos que otros datos (como los patrones de consumo) debido a cuestiones de contenido en las entrevistas de seguimiento, donde no fue posible aplicar la escala de satisfacción. En esta figura se visualiza una creciente en cada una de estas variables que, si bien sufren oscilaciones, se mantienen en ascendencia. El área de mayor interés para esta investigación es la satisfacción referente a los usos de sustancias psicoactivas.

Figura 3. Escala de satisfacción general en medida longitudinal



Nota: en esta figura se representan las mediciones del test escala de satisfacción general, al inicio del tratamiento (N=22), al finalizar el tratamiento (N=20), al mes del tratamiento (N=15), a los tres meses de finalizado (N=11) y al año de culminado el tratamiento (N=16).

Cuando se analizan los resultados de las variables del test Escala de Satisfacción General no se visualizan resultados que reflejen en una inferencia estadística, para esta muestra de población y aplicada en este contexto de investigación. Los resultados si bien son favorables, no pueden generalizarse aplicados en este contexto, aunque existen resultados con significancia estadística sobre todo al inicio y fin del tratamiento y consistentemente con temas de satisfacción en los usos de sustancias. En la Tabla 13 se visualizan los principales resultados, comparados al inicio del tratamiento y mediante el análisis no paramétrico Wilcoxon.

Tabla 13. Pruebas no paramétricas en Escala de Satisfacción General

	Inicio N=22	Fin N=20	Inicio / Fin	Mes seguimiento N=15	Tres meses seguimiento N=11	Año seguimiento N=16
	M (+-SD)	M (+-SD)	P Valor	M (+-SD)	P Valor	M (+-SD)
Consumo de sustancias	6,63 (+3,15)	8,3 (+2,15)	0,01**	7,53 (+2,77)	0,67	7,93 (+2,74)
Trabajo	5,63 (+3,04)	6,85(+2,27)	0,05*	5,73(+3,41)	0,875	6,93(+3,35)
Manejo del dinero	4,90 (+2,77)	6,0(+2,9)	0,14	7,8 (+2,67)	0,22	8,12(+2,7)
Actividades sociales	6,36 (+2,98)	6,8(+2,16)	0,32	7,4(+1,99)	0,47	7,5(+2,33)

Hábitos personales	7,18 (+2,57)	7,4(+1,78)	0,33	8,66 (+2,41)	0,11	9,81 (+0,60)	0,17	8,3(+1,85)	0,16
Relaciones de pareja	5,86(+3,28)	7,15(+3,37)	0,98	7,26(+2,81)	0,5	7,72(+3,06)	0,73	8(+1,75)	0,7
Situación legal	7,9(+3,14)	6,65(+3,82)	0,68	8,73(+2,49)	0,17	8,63(+2,15)	0,1	8,68(+2,35)	0,11
Manejo de las emociones	5,45(+2,38)	6,85(+1,92)	0,04*	7,73(+2,01)	0,22	7,18(+2,48)	0,15	7,31(+2,05)	0,07
Habilidades de comunicación	7,68(+2,31)	8,15(+1,95)	0,47	7,4(+2,19)	0,18	9,45(+0,93)	0,64	8(+2,60)	0,78
Satisfacción general de vida	6,27(+2,35)	6,9(+2,29)	0,37	7,66(+1,75)	0,6	7,27(+1,34)	0,44	8(+1,75)	0,45

Análisis no paramétrico Wilcoxon en diferentes medidas a lo largo del tratamiento y de las mediciones en seguimientos para la Escala de Satisfacción General. Se encontraron diferencias significativas, para establecer diferencias. \*p <0.05; \*\*p <0.01; \*\*\*p <0.001

Hasta aquí se presentan los datos de análisis cuantitativos sobre los diversos resultados que hacen a la prueba de eficacia del Enfoque de refuerzo comunitario. A continuación, se presentan los análisis cualitativos sobre las entrevistas de seguimiento.

### 9.1.2 *Análisis de las entrevistas de seguimiento*

Era un momento que yo estaba pasando mal y fue como un bastón para mí, para volver a seguir, porque estaba estancado.  
(Hombre P9, entrevista al mes)

Es un todo. Al yo empezar a trabajar acá empiezo a entender el porqué de tantas cosas, el porqué de la droga y empezás a entender muchísimas cosas que antes no entendías y te empezás a ver de otra manera. Yo hoy me voy viéndome de otra manera y hasta podría decirse que me genera un sentimiento de orgullo y decir que no soy simplemente un chorro resignado y un drogadicto, sino que también puedo ser, en mi vocabulario, un gil laburante.  
(Hombre P8, entrevista a los tres meses)

Las personas que pasaron por este tipo de tratamientos aluden a su experiencia de forma positiva. De esta forma, en entrevistas de seguimiento, lo consideran un buen lugar por diversas razones, entre ellas se encuentra la posibilidad de tomar sus propias decisiones en el marco del tratamiento: «me sirvió hablar contigo, me sirvió ir por mis propios medios a tomar la decisión que tome y ta. Porque pude hablar contigo y al estar ahí me cambiaron los pensamientos» (Hombre P22, entrevista al año). El tipo de definiciones en los objetivos del tratamiento (de forma conjunta) se marca como un factor que promueve la apertura al diálogo y la reflexión personal. Además, el vínculo terapéutico es otro de los factores determinantes

para el logro de los objetivos: «yo tomé la iniciativa de querer salir de la cocaína y vos sabés que yo no estaba (considerando el uso de ella como un problema), el tipo de problemas que tenía con la familia, el tema de la droga también, pero fui a dos clases y después que salí de ahí llegué a casa y me puse a pensar, a reflexionar y vi cosas en dos clases ahí contigo que capaz que no las veía en la calle, no las veía con cualquier otra persona» (Hombre P22, entrevista seguimiento a los tres meses). Esta persona presenta la particularidad de denominar las consultas con el término *clases*: «clase a clase fui viendo las cosas de otra manera» (Hombre P22, entrevista al año).

Si bien las consultas guardan un patrón de tratamiento, como fue mencionado, se adaptan y modifican los contenidos según los temas propios de cada encuentro, ello permite ser flexibles con los contenidos si la situación lo amerita. Esto es percibido como una de las posibilidades de trabajar sobre los usos de sustancias, sin referirse directamente a ellos. De esta forma, se descentra el uso de sustancias para permitir el paso al intercambio en temas que para la persona son complejos y tienen impacto en sus patrones de uso de sustancias: «y porque antes de yo ir para ahí me sentía perdida, tenía muchas cosas adentro que no las podía largar con nadie, ni siquiera con mi mamá, muchas cosas que me habían pasado que yo no las hablaba y yendo ahí pude decir lo que me había pasado, que era algo que me apretaba y eso creo que era lo más grande, lo más... lo más guardado que yo tenía y el ayudarme a no consumir, el ayudarme a salir adelante sinceramente la verdad que yo estoy muy agradecida con todo esto» (Mujer P20, entrevista al mes). Se menciona el trato vincular como uno de los motivos de la adherencia al tratamiento y este como factor determinante en el desarrollo de ciertas metas: «para mí un 10 por el tema de cómo te tratan, cómo te hacen ver la realidad porque yo fui ahí contigo y vi la realidad de algo que yo no quería, capaz que [...] voy y sé que no lo quiero y no lo tengo que hacer porque no me hace bien» (Hombre P22, entrevista a los tres meses). La adherencia también es fomentada cuando se establece un vínculo de confianza entre el profesional de la salud y la persona que asiste para solicitar tratamiento: «yo iba al otro psicólogo que le pagaba y a veces le mentía. Y acá sin embargo no porque es algo que vengo por voluntad propia y nadie me pide que venga y sé que me hace bien» (Hombre P21, entrevista al mes). El relato es que se genera un nivel de apertura y flexibilidad para el intercambio de temas de forma fluida y confidencial. De los discursos con las personas las devoluciones plantean que se vuelve difícil acceder a un lugar que trabajen de esta forma, dentro de la oferta asistencial pública de este país: «y creo que lo que más me sirvió de acá fue el poder expresarse y tener la libertad, tener la confianza porque yo creo que ni en los grupos he podido expresarme como me he podido expresar acá» (Hombre P9, entrevista seguimiento al mes).

Si bien el tipo de tratamiento está guiado bajo un protocolo, no seguir un patrón rígido en el orden, en lo que se considera exitoso para el tratamiento y en los criterios de expulsión es mencionado como uno de los factores que generó adherencia y permitió el logro de resultados de los objetivos: «no ser tan estructurados. Digo, yo, pasa que tengo el ejemplo de los grupos que es todo a rajatabla, pero esto es más flexible y a mí no me hizo sentir culpable, por ejemplo, cuando tomé. No son tan radicales» (Hombre P21, entrevista al año).

Se destacan algunos de los factores que colaboraron en el marco del tratamiento, como ser un dispositivo cercano al entorno de las personas solicitantes, la disponibilidad de agenda y la accesibilidad para reponer consultas en el caso de faltas con o sin aviso, incluso en época de pandemia: «los beneficios fueron algo así como, primero es por la cercanía, el lugar cercano. El segundo era por la continuidad, por tener el promedio de cada una semana y si la disponibilidad de que si no había te avisaban en el momento o podías avisar que equis cosa y se movía para atender otro día. Había más disposición humana» (Hombre P14, entrevista al mes)». También, en el relato de personas que fueron derivadas a otros lugares de atención en el marco del tratamiento o posteriormente, por medio de los seguimientos, se manifiesta que las características que colaboraron en el logro de sus metas fueron la opción de inmediatez en la atención y resaltan la diferencia que encuentran en los lugares de atención más intensivos, independientemente del logro que obtuvieron de forma ambulatoria: «sí, sí. Yo fui a Los Ángeles más o menos a los manotazos y el punto era que yo allá era una opción para poder buscar salir. Ahora, al empezar a salir y eso allá fue lo que hasta ahora me mantiene con la condición de continuar porque yo en el (hace mención a un hospital con internación) no tengo ningún beneficio» (Hombre P14, entrevista al mes). Se menciona cómo los diversos contenidos de las consultas tienen alguna forma de impacto posterior a su ejecución, de esa manera, se traspasa la barrera del trabajo en el consultorio, la persona se adueña de su tratamiento y el trabajo en la comunidad continúa operando en la vida, al ser considerado un lugar de cercanía: «siempre me voy pensando bastante de acá y como que pasaste a ser un referente» (Hombre P9, entrevista a los 3 meses). Asimismo, se relata una relación en las personas que pudieron mantener sus objetivos, se refieren a una mejoría en el área del uso de sustancias y cómo esta influye en otras áreas de su vida: «el otro día no probé el porro ni nada. Me levanto todos los días temprano, viste que con la droga ya era más tarde que me levantaba, ya discutía con mi mamá y todo y la verdad que fue un cambio, un giro de 90 grados ponele» (Mujer P20, entrevista al mes).

En los relatos de seguimiento a un paciente a los tres meses del tratamiento se aprecia que todavía implementa y recuerda las estrategias del trabajo de metas de vida: «la etapa de las

minimetas fue la mejor» (Hombre P10, entrevista a los tres meses). La recomposición de vínculos familiares es mencionada como uno de los principales logros del tratamiento, en ese sentido, se reafirma la importancia de la vinculación de referentes socioafectivos en el marco de los tratamientos por usos de sustancias: «y porque realmente tuve un apoyo que no tuve con mi familia y sentí que ahí encontré mi familia y me sentí súper bien. O sea, puede expresar lo que no expresaba» (Mujer P17, entrevista al año). Se visualiza una mejoría en las vinculaciones familiares y actividades recreativas incluso sostenidas en los seguimientos: «yo hago muchas cosas que antes no hacía. Por ejemplo, estar con mi familia y todo eso, salgo, voy a pasear, tomo mate, tengo más actividades y todo eso» (Hombre P15, entrevista al mes). El cese de uso de sustancias, para las mujeres que son madres de hijas, representó para ellas considerarse en un mejor rol. En este sentido se destaca la culpa que sentían porque asociaban su uso de sustancias a un mal desempeño de su rol y su mandato social: «hoy por hoy puedo decirte que soy hasta mejor mamá por eso también» (Mujer P20, entrevista al mes).

Se menciona como recomendación para la mejora del tratamiento la extensión de este, en varias de consultas, para que logre una mayor cobertura en el tiempo «estirlo un poco más porque hay veces que tengo esos bajones que me dan ganas de arrancarlo, de dejar todo otra vez y estar en la misma y es como que necesito un poco todavía de tratamiento» (Mujer P20, entrevista al mes). «Como que lo tenés un rato más entonces recaés, subiste, bajaste y volviste a subir y capaz que te quedaste ahí. Te da un par de chances a reconstruir. Si en dos meses, subiste, bajaste y bajaste y cuando vas a subir no tenés con qué seguir ese impulso (Hombre P8, entrevista al mes).

Algunas personas que obtuvieron sus logros decidieron continuar con otros tipos de tratamientos complementarios. De esa forma entienden que continúan trabajando sobre su abstinencia y el logro del mantenimiento de sus metas: «y nada, en cuanto a la adicción sigo bárbara porque sigo manteniendo algunos meses y 24 horas, mantengo los grupos, mantengo la psiquiatra. Estaba con ganas de compartir sí contigo, volver un poco, porque me siento un poco con mis emociones mal. Estoy como que angustiada, con cosas adentro que sé que las estoy evitando, estoy jugando al papelito de enfrente del espejo y hago que nada pasa, pero yo siento que me pasan cosas» (Mujer P6, entrevista al mes).

Otra de las recomendaciones que también resaltan la necesidad de un lugar de referencia es dejar un espacio abierto. En esto se menciona la posibilidad de incluir, en el marco de los dispositivos de atención, lugares donde puedan continuar participando las personas cuando consideren pertinente, para evaluar, monitorear y continuar teniendo vínculos y actividades con parte del equipo y la comunidad, de forma más abierta y permanente: «me gustaría, también,

agregar algo más. Que de los pacientes que terminan las sesiones, estaría bueno armar un grupo tipo alcohólicos anónimos para tener una hora y media de charla entre cinco, ahí en el club, una vez a la semana para que la gente esté curada y que de repente, tienen un sobrino que fuma porro y llevarlo a una charla. Que la persona misma diga que tiene un sobrino con un problema y poder llevarlo. Compartir un café entre todos estaría bueno también» (Hombre P15, entrevista al mes).

En personas que su objetivo fue la reducción, manifiestan una mejoría en otras áreas de su vida, aunque sus logros con el cese o reducción de sustancias no fueran conseguidos de la manera que se proponían al inicio del tratamiento: «yo siento que tengo un problema. Tengo muchos avances, esto viene acompañado de cualquier cosa. Ya tomé un montón de avances. Antes era un tipo más solitario y todo eso fue sacando. Hoy en día sí, mi aporte de casa es más contundente. Lo que hacía antes era que daba lo que me sobraba y dejaba en casa. Hoy en día es primero mi casa y ver lo otro» (Hombre P14, entrevista al año).

Algunas de las estrategias que se mencionan al fin de los seguimientos que son funcionales para el logro de sus objetivos, incluso un año después a sus consultas, son las siguientes: «sí. Más que nada evitar los espacios en los cuales yo solía ir, evitar ver personas drogándose, el contacto con personas con las cuales me haya drogado. Es completamente fundamental evitar el contacto con personas que te traigan recuerdos. Cualquier espacio, persona o lugar que te traiga un recuerdo de algún momento en el cual te drogaste, es completamente contraproducente porque eso se remueve a que tal día te drogaste tanto, hiciste tanto y perdiste» (Hombre P8, entrevista al año). El controlar la presencia en los entornos, pensando en dominar la oferta es una de las estrategias más mencionadas para el éxito de la abstinencia en los seguimientos: «yo, problemas hoy en día con el uso de drogas, no tengo porque no frecuento entornos» (Hombre P9, entrevista al mes). El manejo de tentaciones, situaciones sociales y poder rehusarse al uso de sustancias es de los factores que se retoma en entrevistas de seguimiento y se atribuyen al éxito en el tratamiento: «sí porque me estaba costando ya a lo último todo. Todo me estaba costando y no quería volver atrás. No podía volver atrás. Costó, me costó. Te acordás cuántas veces comenzamos, volvía a caer de vuelta haciendo el tratamiento, todo. ¿Te acordás? La historia era salir de la puerta de mi casa y [...] cada conocido que tenía era sentarme o conversar, queríamos tomar una cerveza y ya estábamos por ahí. También tenía miedo yo a [...] y se me dio esta oportunidad y acá estoy lejos de todo y me siento mejor» (Hombre P4, entrevista a los tres meses).

Resalta también un caso en el que la persona ingresa por una denuncia de violencia basada en género, vía judicial. En la nota solicitaba tratamiento y no conseguía ningún otro tipo

de asistencia. Como en el pase de su derivación decía «tratamiento por violencia doméstica o adicciones» termina acudiendo a solicitar su atención en el servicio. Se reafirma que, independientemente de su forma de llegada, el trabajo con ese encuadre continuó siendo positivo: «es como dije en un principio, llegué acá obligado por unos problemas legales, y encima de todo eso nos cae la pandemia. Encima del problema de la cocaína, de la depresión, de la falta de trabajo y todo eso en ese tiempo de pandemia. Llegar acá y salir de acá con la cabeza. Yo empiezo con el tratamiento y empezamos con el tiempo de pandemia y todo eso y un bajón de llegar a estar tirado en la cama y [...]. Después cambió la cabeza, llego a mi casa y decir que algo vamos a hacer. Fue cuando empecé a mirar los fierros, y ahí eso me hizo abrir la cabeza y salir de la cama también» (Hombre P4, entrevista al mes).

Incluso personas que definen el uso de sustancia como una enfermedad y sostienen un perfil religioso identifican que el conocer los patrones de usos de sustancias es beneficioso para el logro de los objetivos: «nada, yo sé que justo hablaba con mi padrino de la comunidad que vale la pena realmente el esfuerzo y el romper con patrones de conducta porque para mí la enfermedad es muy grave, es progresiva, es mortal, es lo peor que hay y el haberme hecho responsable sobre mi enfermedad y aprender a lidiar día a día con ella me da mucha más satisfacción que cualquier otra cosa que yo pensé que definía como de alguna manera que todo cambió en mi vida» (Mujer P6, entrevista a los tres meses).

La aplicación de test y análisis de patrones de uso de sustancias es mencionada como un factor que podría ser engorroso y desmotivador inicialmente: «a mí me hizo bien sí. Había veces, sinceramente, que yo había tenido un golpe y que habláramos tan fríamente y cuántas dosis fueron y cuánto tiempo, es como que no me gustaba, pero porque me hacía recordar eso. Entonces me chocaba que lo habláramos tan frío como si no fuera nada y realmente no es la cantidad ni en cuánto tiempo, sino lo que pasó. Pero por eso te digo que es bien subjetivo de cada usuario. A mí me pasó eso» (Hombre P3, entrevista al año). Sin embargo, más adelante en la misma entrevista la persona reconoce que esa forma de proceder, sumada a manejar los resultados de los test, puede tener su utilidad: «y mirá, qué sé yo, al traer al razonamiento toda esta estadística, te das cuenta y podés [...] porque te estás sintiendo así esta semana o porque te das este puntaje emocionalmente a lo que fue tu semana y demás. Por lo menos te lo trae a razonamiento, te lo trae a razón para plantearse. Nada, te das cuenta qué tan satisfecho estás vos con tu accionar» (Hombre P3, entrevista al año); «Como que te ayuda a mirarte a vos mismo, creo. Los patrones de consumo y esas cosas» (Hombre P1, entrevista al año).

Puede tomarse en forma de síntesis la opinión de quienes consideran que lograron diferentes objetivos y reconocen un cambio en sus vidas en general, además de lo asociado al

uso de sustancias: «y los resultados hablan por sí solos. Cómo fui a cómo estoy» (Hombre P10, entrevista a los tres meses).

Para finalizar este capítulo se retoman las preguntas de investigación. Ellas fueron:

- ¿Logra el Enfoque de refuerzo comunitario disminuir el patrón de consumo de sustancias en la población uruguaya? En la población representada en esta investigación sí se logró, con mayor éxito según los tipos de sustancias. La población que obtuvo menores logros al mismo tiempo presenta las características de ser población que se encuentra con mayor fragilidad social, menor contacto apoyo en su red social , además de menor apoyo familiar.
- ¿Cómo se mantienen sus logros posteriores al tratamiento? Existe una significancia que varía según el tipo de sustancia, obteniendo mejores disminuciones de cantidades de consumo en usuarios de cocaína que de pasta base y obteniendo mejores resultados al inicio del tratamiento que con el paso del tiempo. Algunas personas recurrieron a otros dispositivos para fortalecer y mantener sus logros. Por lo que ese también puede ser considerado como un logro posterior al tratamiento.
- ¿Cómo visualizan su pasaje por este dispositivo? En contraste con los datos cualitativos se trata de un programa que encuentra buenos resultados gracias a su adaptación en los objetivos de cada usuario, en su flexibilidad acerca de los contenidos, en su trabajo vincular, en su cercanía a la comunidad (aunque muchos usuarios se movilizaban desde otros entornos), en su articulación con diversas áreas de vida, en su trabajo descentralizador de los usos de sustancias (sin perder el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas) y en su vinculación con familiares.

## **9.2 Características y patrones de uso de sustancias psicoactivas**

Para presentar este resultado se realiza una división en diferentes subcapítulos, en los que se desarrollan los siguientes tópicos: datos sobre prevalencias de usos de sustancias; riesgos asociados al uso de cada sustancia; frecuencias de usos; niveles de riesgo; ansiedad y depresión; antecedentes del uso y problemas asociados con el uso de estas.

### **9.2.1 Prevalencias de usos de sustancias**

Las edades de inicio que las personas manifiestan sus primeras experiencias con los usos de sustancias están asociadas a la vida adolescente, siendo en su mayoría menores de edad. También se indagó sobre cuánto tiempo después comenzaron a sentir problemáticas asociadas a los usos de esas sustancias y específicamente se filtró en población usuaria de pasta base de cocaína. Se presentan los datos en la Tabla 14.

Tabla 14. . Estadísticos descriptivos años uso de sustancias

	Desv.			
	Medi a (M)	Desviació n (SD)	Mínim o	Máxim o
Edad inicio consumo (N=22)	17	3,64	13	30
Edad inicio consumo para personas en situación de calle (N=7)	17	1,69	14	19
Años después que se convierte en un problema(N=22)	6	6,6	1	25
Años después que PBC se convierte en un problema(N=8)	3,7	4,33	0	14

Se presentan datos descriptivos de la edad inicial, edad de inicio de consumo para personas en situación de calle, años después que identificaron problemas asociados al uso de esa sustancia y años después para usuarios de pasta base de cocaína.

Con respecto a las prevalencias de todas las sustancias en la población participante, medidas a través el instrumento ASSIST, se identifica en términos de porcentajes el uso que hombres y mujeres participantes del estudio hacen con respecto al tipo de sustancia que han usado en su trayectoria de vida. Se puede observar que, si se considera la prevalencia a lo largo de la vida, tanto el alcohol, el cannabis, la cocaína y en alto porcentaje el tabaco, fueron usados por todos los participantes, existiendo un alto porcentaje que todavía hace uso de ellas. En menor medida aparecen el uso de anfetaminas, inhalantes, sedantes (sin prescripción médica), alucinógenos, opiáceos y otras drogas a lo largo de toda su vida, en una muy baja proporción las personas manifiestan su uso en los últimos tres meses. En la Tabla 15 se presentan los datos divididos por género y sustancias, para su mejor comprensión.

Tabla 15. . Prevalencia de usos de sustancias según ASSIST

Hombres (N=18)	Mujeres (N=4)
-------------------	------------------

	Prevalencia a lo largo de la vida	Prevalencia últimos 3 meses	Prevalencia a lo largo de la vida	Prevalencia últimos 3 meses
Tabaco	94,40 %	83,30 %	100 %	100 %
Alcohol	100 %	83,30 %	100 %	50 %
Cannabis	100 %	72,20 %	100 %	25 %
Cocaína	100 %	88,90 %	75 %	25 %
Anfetaminas	61,10 %	5,60 %	25 %	
Inhalantes	38,90 %	5,60 %		
Sedantes	61,10 %	5,60 %	75 %	
Alucinógenos	50 %	11,10 %		
Opiáceos	11,10 %			
Otras drogas	5,60 %			

Prevalencias en usos de sustancias psicoactivas, en los últimos tres meses. Separados por género y tipos de sustancias.

En promedio de todos estos usuarios emplearon una  $M = 70\%$  de su salario para consumir en etapas de consumo,  $SD = 29$ . Un mínimo de 10 por ciento y un máximo de 100 por ciento de su salario. Este mismo dato en personas que viven en situación de calle representa un gasto de una  $M = 85\%$  de sus ingresos para el uso de sustancias, con  $SD = 15,5$  un mínimo de 60 % y un máximo de 100 %. En relación con conflictos con la ley tres personas declaran haber sido detenidos por temas relacionados con su consumo de sustancias durante el último año, anterior al tratamiento.

La mayoría de las personas pactaron como objetivos de tratamiento la abstinencia (18 personas). Con respecto al objetivo de la reducción de usos de sustancias fue optada por cuatro personas, todas ellas consumen estimulantes y tres de ellas con criterios de gravedad según el DSM 5. Ninguna persona se planteó mantener las cantidades y trabajar sobre la gestión de los riesgos al momento de iniciar el tratamiento.

### **9.2.2 Riesgos por sustancias**

Sobre los riesgos por usos de sustancias, según el test ASSIST, se desprende que casi todos los participantes tienen algún riesgo en relación con el uso del tabaco. Con respecto al uso de alcohol las personas participantes se encuentran divididas entre quienes presentan riesgos bajos y quienes mantienen riesgos moderados. El uso de cannabis está marcado porque pese a la gran cantidad de personas que manifestaron usarlo en los últimos tres meses, solo aparece un

porcentaje mínimo que corresponde a un riesgo alto de la sustancia. El uso de cocaína es la que representa el mayor porcentaje de personas con un nivel de riesgo alto y casi no aparecen niveles de riesgo en las otras sustancias. Para su mejor comprensión, se detallan los niveles de riesgo de cada una de las sustancias, separando los porcentajes de la población según su género en la Tabla 16.

*Tabla 16. Riesgos según ASSIST*

	Hombres (N=18)			Mujeres (N=4)		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Tabaco	33,30 %	61,10 %	5,60 %	25 %	75 %	
Alcohol	50 %	50 %	0 %	75 %	25 %	
Cannabis	50 %	50 %		75 %		25 %
Cocaína	27,80 %	27,80 %	44,40 %	50 %	50,00 %	
Anfetaminas						
Inhalables	5,60 %					
Sedantes	20 %					
Alucinógenos						
Opiáceos						
Otras sustancias						

Tabla de riesgos según ASSIST, llevadas al 100 % según género y diferenciadas según los riesgos de cada sustancia.

En este mismo sentido se presenta la información desagregada sobre los usos de todas las sustancias mencionadas en los últimos tres meses. La mayoría de los hombres y mujeres mantienen un uso diario de tabaco. En el consumo de alcohol su mayor porcentaje de uso se encuentra en un empleo semanal. Con respecto al cannabis, se visualiza un alto nivel de uso diario en los últimos tres meses. Con respecto al uso de cocaína existe un alto porcentaje de personas que la utilizan de forma semanal y diaria, además de un bajo porcentaje de personas que no la emplearon en estos últimos tres meses. Se presentan los datos de frecuencias de uso en la Tabla 17.

*Tabla 17. Frecuencia de usos de sustancia según ASSIST*

		Nunca	Una o dos	Mensual	Semanal	Diario
Tabaco	Hombre	16,70 %	5,60 %			77,80 %

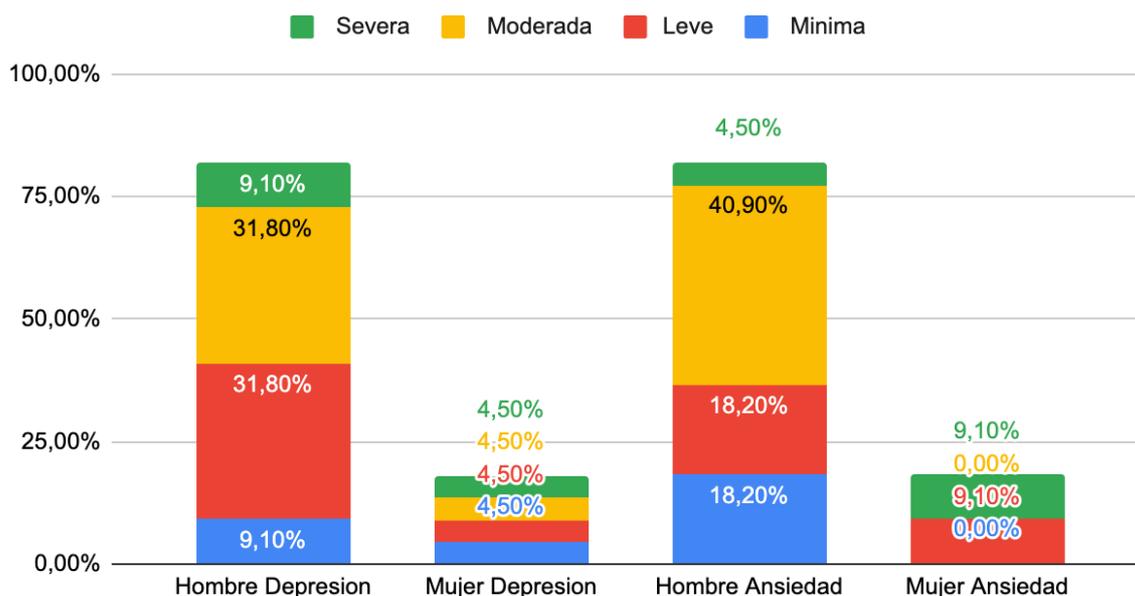
	Mujer					100 %
Alcohol	Hombre	16,70 %	16,70 %	16,70 %	33,30 %	16,70 %
	Mujer	50 %	25 %		25 %	
Cannabis	Hombre	27,80 %	5,60 %	5,60 %	5,60 %	55,60 %
	Mujer	75 %				25 %
Cocaína	Hombre	11,10 %			61,10 %	27,80 %
	Mujer	75 %		25 %		

Frecuencia de usos de sustancias, en los últimos tres meses según ASSIST y analizado al 100 % por género(N=18 para Hombres y N=4 para Mujeres).

Siguiendo con los temas referidos a este objetivo, se analizaron los criterios de gravedad diagnóstica, según el manual DSM 5, y se evalúa para cada usuario el nivel de riesgo según la sustancia principal. Con respecto a los usos de alcohol, del total de participantes, un 4,50 % presenta criterios de gravedad, mientras que el otro 4,50 % no cumple con los criterios diagnósticos. Con respecto a los usos de marihuana, un 4,50 % cumple con el criterio de gravedad. Para personas con uso de cocaína, un 13,60 % presenta signos de riesgo moderado y un 36,40 % presenta signos de gravedad. Con respecto a las personas que se presentan para intervenir en sus usos de pasta base, todas ellas presentan signos de gravedad y representan el 36,40 % de personas en esta investigación. Ninguna persona presenta signos de riesgo leve independientemente de la sustancia, aunque como ya se mencionó algunas no cumplieron con los criterios diagnósticos.

Continuando con la descripción de esta población, en lo que refiere a los síntomas como la depresión y ansiedad al inicio del tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados: para los niveles de depresión mínima(N=3), leve(N=8), moderada(N=8) y severa(N=3); Para los niveles de ansiedad mínima(N=4), leve(N=6), moderada(N=9) y severa(N=3). Se establece la siguiente gráfica que contiene los resultados de los niveles de síntomas de ansiedad y depresión promedio, aplicados al inicio del tratamiento. Se presenta en la Figura N.º 4 los resultados discriminados por género.

Figura 4. Resultados test de ansiedad y depresión de Beck



Nota: se presentan los análisis de los test de Ansiedad y depresión elaborados por Beck, discriminados por la variable Genero y tomando en cuenta el total de personas participantes (N=18 para Hombres y N=4 para Mujeres).

El test de depresión tuvo una media de  $M = 16,36$ , una desviación estándar de  $SD = 12,45$  y un puntaje mínimo de 0 y uno mayor de 45. El test de ansiedad tuvo una media de 18,40, una desviación estándar de 10,06, un puntaje mínimo de 2 y un máximo de 43. Junto a estos datos también pudo saberse que la edad promedio del inicio de uso de sustancias que hoy identifican como problema es de  $M = 17$  años, con un mínimo de 13 años y un máximo de 30 años, una  $SD = 3,6$ . Según los análisis cualitativos, las personas manifiestan los siguientes argumentos para usarlas por vez primera: curiosidad, estar en la cárcel, festejar, encontrarse la sustancias, por libertad, para escapar de problemas, por invitación, por la presión social, por problemas familiares, por intentar dejar de sentir y para compartir un momento agradable con otras personas. Cuando se les pregunta por qué identifican que el uso de esa sustancia se convirtió en un problema, las personas relatan: por aumentar la dosis, dejar de ir a trabajar, perder responsabilidades, pasar de una sustancia a otras, problemas en los estudios, desórdenes sociales, aumento en la intensidad del uso, perder la familia, separación en la relación de pareja, mentir e inventar situaciones a personas para usar sustancias (incluso en la cárcel, corriendo riesgos de vida), perderse fechas y acontecimientos importantes (como el nacimiento de los hijos), usar la sustancia de forma aislada, alejarse de amigos, no hacer otra actividad más que usar la sustancia, identificar problemas de salud, pasar a vivir en la calle, actividades delictivas y no darse cuenta de lo que hacían. «Perdía el control en todo hasta quedarme en cama. No encontraba fin y luego intenté controlarlo sin llegar tan al fin, pero todo dependía de a dónde

lo quería llevar. Siempre fue atractivo y desafiante la destrucción. Ese era mi placer» (Mujer P6 entrevista inicial).

### ***9.2.3 Problemas asociados al uso de sustancias***

De las personas en tratamiento la mayoría considera su uso de sustancias como un gran problema (77 %), e identifica que ha tenido algunas consecuencias negativas, dos o más pueden considerarse serias en el último año. Entre las razones por las que los usuarios decidieron iniciar un tratamiento para dejar de usar drogas o moderar su uso se encuentran: malestares físicos, objetivos personales, salir de la vida en situación de calle, no disfrutar del uso de sustancias al no controlarlas, obtener salud mental, obtener un trabajo, mejorar las emociones, dejar actividades ilegales y todas las personas que participaron de esta investigación mencionaron cuestiones que hacen a la importancia de recomponer vínculos familiares, dejar de causar malestares en ellos o generar una nueva familia. Para el conjunto de las personas es muy importante tener cambios en sus patrones de uso de la sustancia. La mayoría de las personas reportan un nivel de seguridad alto para poder lograr los objetivos de su tratamiento (autoeficacia). Esto medido en una escala Likert del 0 a 10, donde 0 es nada seguro y 10 es muy seguro  $M = 8$ ,  $SD = 2$ , una mínima de 3 y una máxima de 10. Existe apenas una persona que se encuentra poco segura de lograr sus objetivos (en escala de 0-3), esta persona logro el egreso con abstinencia; Quienes estaban medianamente seguras (en escala de 4-7) para lograr sus objetivos (8 personas)<sup>3</sup> lograron el egreso con abstinencia del tratamiento, 2 egreso con reducción 1 abandono el tratamiento y 2 fueron derivadas a otro dispositivos con logros de reducción; El resto de las personas (13), se encuentran en la escala de muy seguras de lograr sus objetivos (8-10), de ellas 11 lograron el egreso con abstinencia, 1 fue derivada a otro dispositivo y otra fue derivada a otro dispositivo con reducción.

Continuando con los análisis de esta población y lo que hace a los vínculos familiares, una gran cantidad de personas (12) manifiestan que en su familia existen personas con uso problemático de sustancias. Con respecto a diversas alteraciones en salud, producto de los usos de sustancias, seis personas mencionaron haber sufrido desnutrición y alteraciones cardiovasculares. Todas las personas que manifestaron estas alteraciones eran usuarias de estimulantes. La mayoría de las consecuencias relacionadas con los usos de sustancias incluyen afectaciones a la salud mental, todas ellas declaran haber tenido alguna consecuencia en su salud mental, producto del uso de sustancias. Se configura la siguiente descripción teniendo en cuenta la sustancia principal por la que la persona solicita el tratamiento. La mayoría (81,8 %)

de la población participante declara haber sufrido depresión producto del uso de sustancias, lo que la configura como la consecuencia que se reporta con más frecuencia en términos de salud mental. Son muy altos los niveles mencionados posteriormente relacionados con sentimientos de muerte, el 59,1 % tuvo ideas suicidas y el 31,8 % realizó algún intento por eliminar su vida. La ansiedad también es mencionada con niveles altos, seguida de insomnio, lagunas mentales, alucinaciones y delirios. Para una mejor exploración de los datos se presentan en la Tabla 18, en la que, además, se realiza la división de las consecuencias mencionadas según la sustancia principal por la que acuden a solicitar tratamiento.

Tabla 18. . Consecuencias relacionadas con la salud mental por uso de sustancias

	Alcohol	Mariguana	Cocaína	Pasta base
Síntomas				
Alucinaciones			22,7 %	22,7 %
Lagunas mentales	4,5 %	4,5 %	22,7 %	31,8 %
Delirios			18,2 %	22,7 %
Depresión		4,5 %	45,5 %	31,8 %
Ideas suicidas			36,4 %	22,7 %
Intentos suicidas			18,2 %	13,6 %
Ansiedad			40,9 %	31,8 %
Insomnio	4,5 %		40,9 %	22,7 %

Principales afectaciones referidas a consecuencias en salud mental. Distribuciones segregadas al total de la población participante, diferenciada según tipo de sustancia problema(N=22).

Se indagó también sobre consecuencias en diversas áreas de vida. Entre las relatadas se mencionan consecuencias familiares, relaciones de pareja, problemas sociales, laborales y legales. Con respecto a las consecuencias familiares, del total de la población participante un 86,4 % declara que perdió en algún momento la confianza con su familia producto del uso de la sustancia por la que solicita tratamiento. Un 77,30 % declara que mantuvo discusiones verbales y un 22,70 % llegaron a circunstancias con agresiones físicas. De todas las personas un 63,60 % menciona que estuvieron separadas de la familia alguna vez producto del uso de sustancias. En lo que tiene que ver con las consecuencias de relaciones de pareja, del total de usuarios, un 68,20 % declara haber mantenido discusiones verbales con las parejas y un 31,8% que pasaron a manifestaciones de agresiones físicas. Más de la mitad de las personas señalan que tuvieron separaciones productos del uso de esa sustancia (51,60 %) y problemas de comunicación, un 59,10 %. En cuanto a problemas sociales, la mayoría de las personas

menciona que sufrió aislamiento producto del uso de la sustancia por la que se encuentra solicitando el tratamiento (el 86,4 %). El 68,2 % menciona que sufrió la pérdida de amigos y el 54,50 % que mantuvieron discusiones verbales por el mismo motivo, el 40,90 % mantuvo agresiones físicas por ello. Sobre las consecuencias laborales, por usos de la sustancia por la que las personas solicitaron el tratamiento, se sabe que del total de participantes de la investigación el 72,70 % mencionó ausentarse del trabajo por temas referidos a los usos de esta. Puede ser porque se encontraban bajo la ingesta de alguna de éstas, porque estaban realizando gestiones para obtenerla o porque se estaban recuperando de su consumo previo. El 54,50 % mencionó haber sido desempleado por el uso de ellas. El 40,90 % declaró haber tenido conflictos en el trabajo. El 9,10 %, accidentes laborales, el 27,30 %, problemas con el jefe y el 23,80 %, problemas con los compañeros. Sobre consecuencias legales producto del uso de la sustancia por la que las personas solicitaron el tratamiento, la mitad de las personas menciona que fue detenida por temas referidos al uso de sustancias, puede ser por temas que estén relacionados con su consumo o temas referidos a su acceso. El 13,60 % estuvo en situación de privación de libertad por temas referidos al uso de sustancias. El 13,60 % recibió algún tipo de demanda por lo mismo. El 45,50 % menciona que realizó robos para poder emplear la sustancia y el 31,80 % manejó armas por temas referidos al uso de sustancias.

Para finalizar este capítulo se retoman las preguntas de investigación. Ellas fueron:

¿Cuál es la prevalencia de usos de sustancias de la población que asiste a un dispositivo del primer nivel de atención en salud para solicitar tratamiento ambulatorio por usos de sustancias? Con respecto a las mediciones del test ASSIST, el policonsumo de sustancias es una de las variables característica de esta población. En este sentido, todas las personas que asistieron a este dispositivo emplearon alguna vez en su vida alcohol, cannabis y cocaína. De las más empleadas actualmente se menciona el uso del tabaco, alcohol, cocaína y cannabis. Siendo una alta población de personas que hacen uso simultáneo de todas esas sustancias. Para mayor información ver la Tabla 15.

¿Cuáles son los patrones de consumo (frecuencia) de esta población? La mayoría de los hombres y mujeres mantienen un uso diario de tabaco. En el consumo de alcohol su mayor porcentaje de empleo se encuentra en un uso semanal. Con respecto al uso de cannabis se visualiza un alto nivel de uso diario en los últimos tres meses. Con respecto al uso de cocaína existe un alto porcentaje de personas que la utilizan de forma semanal y diaria, además de un

bajo porcentaje de personas que no la emplearon en estos últimos tres meses. Para mayor información ver la Tabla 17.

¿Cuáles son los niveles de riesgo por cada una de las sustancias?

Los porcentajes de riesgos más altos se encuentran en personas que emplean un uso de estimulantes, siendo esto consecuente con la sustancia por la que solicitan la intervención. Los altos niveles de riesgo moderado y alto de personas que emplean tabaco como otra de las sustancias representa otro de los niveles de riesgo para su salud. En este dispositivo se ofrece la derivación a un dispositivo de cesación tabáquica, organizado por el Fondo Nacional de Recursos, pero una sola persona manifestó querer hacerlo y adhirió al tratamiento. Apenas un 25 % de las mujeres que empleaban cannabis mantiene un riesgo alto por esa sustancia y de ese porcentaje quienes están en dicha categoría iniciaron el tratamiento por esa sustancia en particular. Lo que refleja un bajo nivel de riesgo para la población que lo usa (un nivel de riesgo moderado y bajo para casi toda esa población) y una alta conciencia de los riesgos asociados con su uso. Este dato se fortalece al compararlo con la alta prevalencia de personas que lo emplean de forma diaria, siendo el 55,60 % de todos los hombres participantes. Con respecto a las otras sustancias asociadas al policonsumo, guardan similitudes con las manifestadas a los usos de la población en general, con la salvedad, claro está, de que son personas que acudieron voluntariamente a solicitar un tratamiento por un uso problemático con determinada sustancia, lo que condiciona la heterogeneidad de la muestra. Estos datos se confirman cuando se contrastan con los niveles diagnósticos iniciales según el DSM 5, pues la muestra guarda una similitud con respecto a los criterios de riesgo asociados por diversas sustancias, medidos con instrumentos distintos. Para mayor información ver la Tabla 10 y 16.

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión de esta población?

Con respecto a los niveles de ansiedad y depresión medidos por los tests de Beck, existe una alta presencia simultánea de sintomatología. El 13,60 % de las personas presentaban niveles de ansiedad o depresión severas. Además, un alto porcentaje de personas también presenta niveles moderados de depresión (36,3 %) y ansiedad (40,90 %). Este dato, contrastado con los datos recabados en la entrevista semiestructurada inicial, en la que las personas manifiestan a lo largo de su vida sufrir determinadas afecciones referidas a la salud mental por uso de sustancias, es consecuente con los niveles relatados. Las personas manifiestan haber sentido malestares relacionados con eventos depresivos en un alto porcentaje (81,8 %) y otra

gran cantidad de personas manifestó síntomas vinculados con la ansiedad, producto del uso de sustancias (72,7 %). Por último, con respecto a un dato referido a la salud mental, se describe un alto porcentaje de personas con ideas de muerte que acude a solicitar el tratamiento. Más de la mitad de esta población pensó en eliminar su vida y lo relacionan directamente con problemas asociados al uso de sustancias (59,1 %). Un porcentaje alto de ellos manifestó realizar intentos de autoeliminación previos (31,8 %), el intento más reciente de la persona se relata a una semana previa al inicio del tratamiento.

¿Qué tipo de alteraciones de la salud sufrieron producto del uso de sustancias? Las alteraciones de salud producto del uso de sustancias mencionadas por la población participante fueron desnutrición y alteraciones cardiovasculares, para quienes usaban estimulantes. Además, la mayoría de las alteraciones se relacionan con la salud mental. Relatan lagunas mentales, alucinaciones y delirios. En este sentido, ninguna de las que estuvieron en el tratamiento lo relataron como actual, pero tampoco existía registro de intervenciones acordes a dicha sintomatología en las historias clínicas. Para mayor información ver Tabla 18.

¿Cuáles son las consecuencias que identifican que fueron producto del uso de sustancias?

Se relatan diversas afectaciones sobre la vida en general. Sobre todo, entre los factores más mencionados está la pérdida de confianza en la familia, con su posterior separación. En menor medida también se relatan separaciones de parejas producto de problemas relacionados con el uso de sustancias. En el intercambio en general de la entrevista inicial se identifican niveles altos de violencias múltiples con la familia, con las parejas, con el entorno social en general y un nivel conflictivo en el trabajo. Aunque en menor medida, los niveles de violencia física, sobre todo en la familia, son otros de los factores mencionados. Al mismo tiempo que las personas manifiestan eventos de problemáticas en diversas áreas, relatan episodios de aislamiento en vínculos generales, con pérdida de amigos, medidos por un alto porcentaje de agresiones verbales y físicas. De los relatos que manifiestan como mayor problemática para consolidar un trabajo, se trata del ausentismo producto de eventos relacionados al uso de sustancias. De esta forma, manifiestan que es el principal problema laboral que los puede llevar al desempleo y posteriormente se les vuelve dificultoso conseguir uno. La mitad de la población participante tuvo algún tipo de evento de detención policial relacionado con el uso de sustancias.

### **9.3 Describir los precipitadores que anteceden el uso de sustancias y los planes de acción que las personas identifican pertinentes para afrontarlos**

Para el desarrollo de estos resultados primero se exponen los datos referidos a situaciones que puedan predisponer la conducta del uso de sustancias, inicialmente el análisis se centra en los resultados descriptivos del test ISCD. Como segundo nivel de análisis, se realiza una evaluación de los datos estadísticos descriptivos del cuestionario de autoconfianza consumo de drogas en el que se retoman las categorías de análisis del ISCD, pero se evalúan los niveles de autoeficacia que las personas identifican tener para mantener su objetivo de no usar las sustancias ante determinada situación. Posteriormente, se plantea un análisis cualitativo de aquellos precipitadores que fueron identificados por las personas como posibles de anteceder los usos de sustancias. Este análisis se llevó adelante estudiando cada una de las situaciones de riesgo y los planes de acción que las personas realizaban al final de las consultas, de forma oral, escrita y modelada. Se emplearon categorías en los siguientes precipitadores, manteniendo similitud con los empleados por el test: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probar el autocontrol, necesidad o tentación del uso de sustancias, problemas con otros, presión social y emociones agradables con otros.

Para finalizar se desarrollan los niveles de análisis de categorías cualitativas, al momento de evaluar los planes de acción que las personas manifestaron como más eficientes para lograr sus objetivos. Las categorías de argumentos de planes de acción son las siguientes: rehusarse al consumo, planificarse metas, gestión o reducción del uso de sustancias, trabajar en habilidades de comunicación, planificar soluciones de problemas, emplear habilidades sociales y recreativas, realizar un balance decisional o análisis funcional, controlar las emociones, mejorar las relaciones de pareja, temas laborales (búsqueda o mantenimiento) apoyo en un referente socioafectivo y cambio de planes.

#### **9.3.1 *Análisis cuantitativos***

De acuerdo con los resultados del ISCD, se obtuvieron datos que oscilan con desviaciones estándares altas. Por tratarse de un tema de alta complejidad, es un dato esperado. Los datos descriptivos mencionan la necesidad o tentación de consumo como la mayor categoría

aludida(M=69,95), las emociones desagradables como la segunda(M=62,27), la prueba de autocontrol como la tercera categoría(M=59,40), y las emociones agradables como la cuarta(M=50,54). El resto de las variables se encuentra sensiblemente por debajo del valor medio, siendo el malestar físico el que es menos mencionado por el conjunto de personas que participaron de la investigación. Para una mejor comprensión, se presentan los datos en la Tabla 19, donde al mismo tiempo se agregan los valores mínimos y máximos para cada una de las subescalas.

*Tabla 19.* . Datos descriptivos del inventario de situaciones de consumo de drogas

	Media (M)	Desv. Estándar (SD)	Mínimo	Máximo
Emociones desagradables	62,27	25,86	20	100
Malestar físico	36,13	22,91	7	90
Emociones agradables	50,54	25,07	0	100
Probando autocontrol	59,40	23,06	7	100
Necesidad o tentación de consumo	69,95	18,05	33	100
Conflicto con otras personas	43,18	30,54	0	88
Presión social	47,59	32,25	0	100
Momentos agradables con otros	46,40	30,80	0	100

Se presentan los datos descriptivos del ISCD (N=22).

El segundo dato tiene que ver con los resultados obtenidos por el CACD, aplicado a los participantes. En él se obtuvieron datos descriptivos que también oscilan con desviaciones estándares altas. De estos datos puede mencionarse que las personas participantes de esta investigación manifiestan sentirse más confiadas de poder lograr sus objetivos de no usar sustancias frente al malestar físico (M=82,63), seguido del manejo de situaciones y momentos agradables con otros(M=78,18). Las situaciones con menores puntajes de confianza para rehusarse a consumir son la necesidad o tentación de consumo de sustancias (con el menor índice de confianza, siendo de M=59,84), seguido por la sensación de probarse el autocontrol (M=60,90), y vivir emociones desagradables(M=62,27). Para una mejor comprensión se presentan los datos en la Tabla 20, donde al mismo tiempo se agregan los valores mínimos y máximos para cada una de las subescalas.

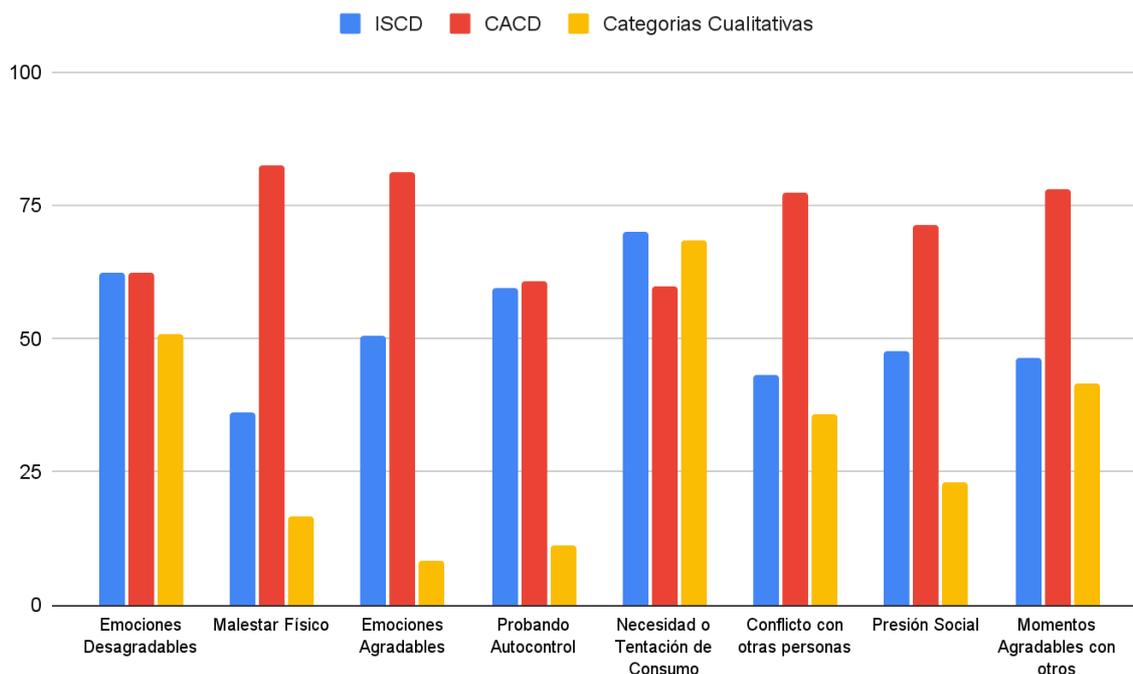
Tabla 20. Datos descriptivos del cuestionario autoconfianza de consumo de drogas

	Desv.			
	Media(M)	Desviación (SD)	Mínimo	Máximo
Emociones desagradables	62,27	26,98	16	100
Malestar físico	82,63	17,38	46	100
Emociones agradables	81,36	16,76	48	100
Probando Autocontrol	60,90	30,66	8	100
Necesidad o tentación de consumo	59,84	27,83	20	100
Conflicto con otras personas	77,44	22,66	30	100
Presión social	71,27	27,75	8	100
Momentos agradables con otros	78,18	15,64	52	100

Se presentan los datos descriptivos del inventario de autoconfianza en el consumo de drogas (N=22)

Cuando se realiza la triangulación entre estos dos test y los análisis de los planes de acción, los datos referidos a *la necesidad o tentación de consumo y las emociones desagradables* cobran especial importancia como las categorías que mayoritariamente hacen mención las personas como una situación de riesgo y guarda una concordancia entre la ocurrencia del consumo y su inseguridad para lograr resistirse cuando éstas se les presenten. *Momentos agradables con otros, conflictos con otros y presión social*, si bien se presentan con menor coincidencia, tienen cierta congruencia entre ellos. Por otra parte, los datos que presentan mayor falta de coincidencia se refieren a *probando autocontrol y emociones agradables*, que casi no son mencionados en los planes de acción, pero aparecen por encima de los valores medios en los resultados del test ISCD. *Malestar físico* aparece en las tres formas de análisis con valores bajos, que hacen pensar en situaciones de riesgo y altos valores de autoconfianza según el CACD. En la siguiente gráfica se presentan los datos antes mencionados.

Figura 5. Situaciones de riesgo según test ISCD, CACD y análisis cualitativo de planes de acción



Nota: se presentan los análisis comparativos de las situaciones de riesgo, medidas por el ISCD, de la confianza para resistirse al uso de la sustancia en esa situación medidos por el CACD y el análisis cualitativo de las menciones en los planes de acción en todos los participantes (N=22).

A continuación, siguiendo con el análisis cualitativo se especifica cada una de estas categorías, siguiendo el orden prefijado de las situaciones de riesgo y la seguridad para resistirse a consumir en el orden del ISCD y CACD.

### 9.3.2 *Análisis cualitativos situaciones de riesgo*

#### Emociones desagradables

Recordar todo lo malo que te conté, todavía me duele lo que tuve que pasar. Lloro cada tanto sola. Eso me hace pensar en la droga, pensar que no voy a poder continuar con mi vida, haciendo lo que quiero. Quiero tener objetivos.  
(Mujer P20 AF8)

Cuando se analizan las emociones desagradables en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 51 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el segundo precipitador ante el cual se recurre al consumo en mayor medida.

Las emociones desagradables se asocian con sentimientos de depresión, se relaciona con el uso de sustancias para enfrentar la situación angustiante. Se relatan pensamientos negativos, que muchas veces pueden llevar al insomnio. La ansiedad es otra de las emociones

desagradables mencionadas, pensando actividades futuras, tareas que hacer y que entienden que los desbordan y pueden hacer del uso de sustancias una de las formas para salir de ellas. El tiempo libre aparece como uno de los espacios que, lejos de ser buscados, complejizan la situación al no encontrar actividades placenteras. Esto es relatado como uno de los mayores eventos precipitadores del uso de sustancias: «20 días de licencia, que voy a tener tiempo para todo. Estar solo» (Hombre P21 AF5). Cuando las personas no encuentran qué hacer con él, es visto como algo que los repercute muy negativamente. También existe alguna asociación entre el manejo del tiempo libre y los dispositivos asistenciales: «ocio el fin de semana que son los días que acudo al grupo, principalmente los sábados» (Hombre P9 AF3). En ese sentido, es mencionada la falta de servicios asistenciales que trabajan a destiempo de los lugares convencionales de oficina. La soledad es uno de los factores que se repite para sentir emociones desagradables que anteceden el uso de sustancias. Puede asociarse al uso del tiempo libre o no: «llevar al bebé al CAIF muchas horas y no tener otra actividad» (Mujer P 17 AF1).

Pensar en problemas económicos es otro de los factores que son mencionados como un suceso desagradable y puede anteceder el uso de sustancias. Cuando se intercambia con ellas frente a los costos económicos del uso de sustancias, reconocen una ambivalencia en su discurso y una ganancia inmediata en no usarlas, pero en el momento de la sensación negativa el tener problemas económicos puede repercutir en el uso de sustancias: «la plata no me está dando mucho, sé que parece loco tomar, pero es como que es una manera de no sentirme tan mal» (Hombre P12 AF8). La frustración y el enojo como emociones que aparecen relatadas que anteceden sus usos de sustancias. La búsqueda laboral puede aparecer como un factor desmotivante y angustiante. Algunas personas suelen relacionarla como un evento precipitador de emociones desagradables, antecediendo sus usos de sustancias. También pensar que el tratamiento en sí no está logrando los resultados esperados puede ser en sí mismo un factor de generar emociones desagradables que terminen predisponiendo el uso de sustancias: «pensar que no estoy pudiendo con este tratamiento, no me está dando el resultado que esperaba» (Hombre P18 AF7). El uso de sustancias para enfrentar estos sentimientos es una de las posibilidades mencionadas: «querer pasar al menos un buen momento en este mundo de mierda» (Hombre P18 AF7).

La vida en situación de calle tiene dinámicas complejas y amerita un análisis específico, ya que no tener un lugar donde pernoctar repercute de diversas maneras en las personas. Específicamente en los usos de sustancias y en lo que refiere a la asociación entre emociones desagradables como evento precipitador del uso de sustancias un claro ejemplo es una persona que relata en el mismo plan de acción tres situaciones distintas, pero relacionadas. El primero

tuvo que ver con «tener que pasar la noche en la calle» (Hombre P18 AF3). Si esa noche tuviera ese desenlace él identificaba dos posibilidades: ir a un lugar donde era conocido y se sentía seguro, pero sabía que el consumo estaba presente, lo que convierte este evento en un precipitador del uso de sustancias o ir a un lugar donde no se sintiera seguro, sabiendo que muy probablemente tenga que pasar toda la noche despierto y pedir para dormir en un centro diurno al que asistía. Por lo que se usarían las sustancias para pasar toda la noche en vigilia o para sobrellevar el día siguiente. Este usuario relaciona todos estos eventos como antecedentes del uso de sustancias.

La situación de calle, además, se presenta como uno de los lugares donde las personas entienden que es accesible conseguir los modos para poder financiar y acceder a el uso de sustancias. Por lo que, asociado a un evento que genere emociones desagradables y estando en situación de calle, podría desembocar en una combinación que propicie su uso: «quedar en la calle y saber que robando puedo conseguir la droga» (Hombre P10 AF8). Los horarios de los refugios también aparecen como eventos que no son protectores y que terminan desencadenando situaciones de emociones desagradables con su posible posterior uso de sustancias para enfrentarlas: «estar aburrido, no tener a dónde ir y que sea temprano para ir al refugio» (Hombre P11 AF7). Siguiendo con la situación de calle, otro de los eventos que se manifiestan como productores de eventos de emociones desagradables con su asociación al uso de sustancias es la fragilidad de su lugar de pertenencia. Esto hace referencia al pasaje que realizan de un refugio a otro intermitentemente y se menciona varias veces la situación de los permanentes y no permanentes como vía de acceso para mayor seguridad: «que me cambien de refugio y empezar todo de nuevo, no sé cómo van a ser las personas nuevas» (Hombre P10 AF 11). También se mencionan las problemáticas que se dan en relación con la convivencia en los refugios: «tener problemas con alguien en el refugio» (Hombre P8 AF5).

La farmacología para el manejo de situaciones referidas a emociones desagradables es otro de los factores que se mencionan. Cuando esta no se encuentra administrada de la forma indicada o cuando no está disponible las personas pueden referirse al uso de otras sustancias para afrontar emociones desagradables: «dejar de tomar la medicación... eso me deja inquieto, inseguro. Tengo miedo que vuelva a pasar» (Hombre P16 AF3). Además, cuando se refiere al uso de sustancias para enfrentar emociones desagradables se menciona el uso de otras sustancias, como la marihuana y cómo no tenerla en su posesión puede llevarlos a usar otras drogas que consideran más problemáticas.

Lo religioso también aparece como un evento de emociones desagradables precipitadoras del uso de sustancias cuando no se lleva adelante de la manera esperada: «sentir que vengo

fallando en lo religioso, tengo que hacer las paces con Dios. Sincerarme con Dios y agradecerle» (Hombre P16 AF8). La situación por la pandemia y los encierros son mencionados como uno de los eventos que pueden causar malestar psicológico en general y que pueden anteceder el uso de las sustancias: «el encierro ya me está haciendo un poco mal» (Mujer P17 AF7).

Asociado a los objetivos de reducción del uso de sustancias, se menciona que incluso al reducir la cantidad se puede provocar un malestar. Esto se debe a sentir que no logra cortar el uso de sustancias de forma absoluta y que este malestar termine desencadenando un episodio de uso de sustancias mayor al esperado: «sentir que no estoy haciendo las cosas bien y que de nada me sirve consumir 300 pesos si sigo consumiendo» (Hombre P14 AF10).

El no acceso al tratamiento también es mencionado como un evento que puede desencadenar emociones desagradables que desembocan en eventos de usos de sustancias: «faltar nuevamente a terapia» (Hombre P14 AF9). En mujeres aparecen temas relacionados con la violencia basada en género en emociones desagradables y el uso de sustancias para enfrentarse a las secuelas. Aparecen, además, situaciones donde el uso de sustancias podría ser inducido por sus parejas: «pensar en mi ex, siempre fue muy manipulador conmigo, él me llevaba a usar las drogas» (Mujer P6 AF8). Por último, la proyección al futuro y la falta de metas concretas también es mencionada: «sentir que no estoy haciendo nada con mi vida» (Hombre P4 AF8).

## Malestar físico

Problemas físicos, dolores.  
(Hombre P14 AF1)

Cuando se analiza el malestar físico en el conjunto de planes de acción, aparecen en el 16,7 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el sexto precipitador más mencionado. Las personas señalan el uso de sustancias para calmar determinada patología física, puede ser producto de un síndrome de abstinencia o no: «que vuelva el dolor corporal» (Hombre P14 AF9). En este sentido, también se relaciona la sintomatología física asociada al cese de usos de sustancias y el no poder dominarlas. La noche aparece como un momento del día de particular dificultad referido a malestar físico: «que me sienta mal, me dé ansiedad en la noche» (Hombre P12 AF6). Por último, el uso de sustancias puede ser un precipitador cuando se relaciona a la imposibilidad de subsanar dolores que no tienen que ver directamente con los usos, pero que

no tienen una solución concreta o tangible: «la espada me duele un montón y no pude ver al médico» (Hombre P3 AF9).

### Emociones agradables

Estar feliz, eso, aunque suene raro, siempre me da ganas.  
(Hombre P12 AF2)

Cuando se analizan las emociones agradables en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 8,3 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el precipitador menos mencionado, ubicándose en el octavo lugar. Las emociones agradables se asocian con factores que tienen que ver con recompensas en otras áreas de su vida. Con momentos de festejar los avances y pensar en el uso de sustancias como el móvil para hacerlo: «sentir que vengo haciendo bien las cosas y darme un premio» (Hombre P22 AF6).

También se asocia con realizar otras actividades sin compañía y disfrutar bajo el efecto de las sustancias: «querer colgarme viendo la tele» (Mujer P13 AF3).

La calma y tranquilidad como una emoción agradable, placentera y un posible evento precipitador, la persona se siente segura de hacerlo, aunque después se arrepienta de ello: «percibir que está todo bien a mi alrededor» (Hombre P7 AF3). De forma contraria, cuando las emociones desagradables desaparecen, el uso de sustancias puede aparecer para premiar la salida de la sensación de tristeza: «dejar de pensar que el mundo es algo terrible» (Hombre P2 AF6).

### Probar el autocontrol

Llegar a pensar que solamente con un poco no va a hacer nada malo.  
(Mujer P6 AF9)

Cuando se analiza probar el autocontrol en el conjunto de planes de acción, aparece en el 11,3 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el séptimo precipitador más mencionado. En las personas que mencionan este como evento precipitador de un uso de sustancias, puede representarse la idea de que tienen el deseo de usar la sustancia, pero con moderación. Aunque los límites que se imaginan no son los que puedan atribuirse a experiencias pasadas: «pensar que puedo consumir un poco nomás» (Hombre P22 AF4). Incluso en personas que tienen objetivos de abstinencia, fantasean con la idea de poder hacerlo con ciertos límites: «querer

despejarme, me aburro mucho. Igual no quiero volver, pero es algo que pienso a veces. Qué pasaría» (Mujer P17 AF11).

En algunas ocasiones se menciona el logro de la abstinencia como un control en el uso problemático de la sustancia, y el deseo de pasar del uso problemático al uso recreativo, aunque pueden identificar que no sea posible de la forma planteada: «sentir que ya estoy mejor, querer tomar un poco nomás» (Hombre P9 AF9). Este tipo de precipitador se asocia también a reacciones en otras personas y eventos negativos, poniendo el énfasis en que si la otra persona no percibe su uso, el autocontrol estuvo bien empleado: «que piense que no cuesta nada, que nadie se va a dar cuenta y sienta que puedo sin problemas» (Hombre P1 AF10).

También aparece asociado a terceros y a otros precipitadores, como el pasar momentos agradables con otras personas, en los que puede estar presente la idea de que la persona domine la situación sin sufrir consecuencias: «que mi familia haga un asado y ellos tomen mucho. Querer tomar un vaso solo» (Hombre P9 AF8). Emociones placenteras y satisfacciones personales es otra de las situaciones que aparecen asociadas a probar el autocontrol: «pensar en conseguir un trabajo y que tenga mucha plata para gastarme. Pensar que un poco no hace nada y que voy a poder parar» (Hombre P7 AF8).

#### Necesidad o tentación de usar la sustancia

Mañana tengo que ir a llevar plata al cerro, debo una plata y me van a quedar 800 pesos libres para hacer lo que quiera. No voy a aguantar (Hombre P3 AF1).

Ir a los tambores y que estén tomando alcohol, Pasta no fuman. Pero igual si tomo algo de alcohol quizás después me dé ganas (Hombre P7 AF8).

Cuando se analiza la necesidad o tentación de usar la sustancia en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 68,6 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el precipitador más mencionado. Algunas personas lo emplean haciendo énfasis en la necesidad del uso de la sustancia, no pudiendo referirse a determinada sintomatología física que haga pensar en la necesidad, sino más bien a un mensaje o deseo del cuerpo: «sentir que tengo la necesidad de usarla, que me pide el cuerpo» (Hombre P22 AF7).

También se emplea en relación con la tentación que representa asistir a algunos eventos específicos. Como bailes, cumpleaños, fines de semana y afines. Se relaciona también la tentación con la provocación posterior de participar en determinados eventos, con la invitación a usar la sustancia o alguna referencia a ella. Aparecen relatos de situaciones de riesgo

relacionadas con la tentación cuando la persona pasa por los lugares de dispensación de las sustancias, de donde la conseguían o de donde la consumían: «es un segundo, pasar por donde en algún momento compre la droga» (Hombre P21 AF8).

Existen algunos relatos en los que en personas con familiares que mantienen un uso problemático se ejerce manipulación para volver a encarrilar la conducta de la persona que se encuentra en el tratamiento: «que mi hermano me deje algo en la puerta de casa, dos por tres hace eso. Para tentarme» (Mujer P20 AF7). Del relato se desprende que algunas sustancias son más promovidas para su uso social, pero en el caso de la pasta base su consumo es solitario y personal, aunque de alguna forma no deja de ser en colectivo. El generador de la tentación en el uso de esta sustancia no tiene que estar meramente en la invitación, sino que puede ser generado por ver a personas usando esa droga y que esto repercuta en ellas: «nadie me invita, en todo caso que vea y me dé ganas» (Hombre P19 AF7).

El policonsumo de sustancias es otra de las formas mencionadas que pueden generar la tentación de usar la sustancia por la que la persona entiende que tiene el problema. De esta forma, algunas personas que relatan tener el deseo de usar otro tipo de sustancia mencionan que su uso puede motivarlos a emplear la sustancia por la que decidieron iniciar el tratamiento. Se realiza un plan de acción para que los usos de sustancias no se mezclen o no se genere el empleo de ninguna. Eso dependerá de la autoeficacia que la persona manifieste y de la motivación que traiga en la consulta: «me da cosa tomar alcohol y que después me dé por consumir cocaína» (Hombre P16 AF11).

Tener el dinero para financiar el uso de la sustancia, tener el móvil para conseguirlo o planificar una posible solución para conseguirla es otro de los relatos que aparecen como precipitadores de usos de sustancias. En ese sentido, no es solo tener el dinero, sino también visualizar posibles vías de acceso a él o rutas directas de acceso a la sustancia. Una de las vías mencionadas para la obtención de dinero y asociada a la tentación son las vías informales de acceso a él como el trabajo de cuidar autos: «dinero de cuidar coches» (Hombre P18 AF1).

La tentación de usar las sustancias también es mencionada en aquellos momentos en los que distintos cambios en su vida hacen pensar en situaciones que se asemejan a sus patrones de usos de sustancias anteriores al inicio del tratamiento: «conseguí trabajo en una pizzería en salto a la noche» (Hombre P14 AF).

La necesidad de usar la sustancia es mencionada particularmente en la mañana cuando se asocia a una noche en la que la persona no puede conciliar el sueño o en la que se despierta por pesadillas: «despertarme con esas ganas de consumir» (Mujer P17 AF10).

«Las bocas» o los lugares de dispensación de sustancias psicoactivas ilegales en Uruguay es un capítulo especialmente pertinente en este apartado. Su presencia permanente, accesible y ubicable de lugares de expedición es uno de los factores mencionados por las personas como situaciones de riesgo para sus usos. Se asocia el saber dónde se puede conseguir la sustancia con prácticas de financiamiento que los lugares de venta fomentan para volver más accesible la movilización de la sustancia, fomentando el trueque: «tener dinero en mi barrio que vivía antes, ahí todo el mundo consume y sé dónde están todas las bocas. Igual averiguar enseguida dónde están las nuevas» (Hombre P11 AF4). El vínculo que mantiene el comprador con el comerciante en los lugares de venta obedece a lógicas de los mercados informales e ilegales. Donde nadie vela por los derechos del consumidor, ni por las garantías de su compra. Por lo que las estrategias que en ese lugar priman nada tienen que ver con los intereses de los usuarios. En este sentido, en el relato también se encuentra que frente al asistir a uno de estos lugares, con la intención de hacerse de una sustancia, puede irse comprando otra de ellas: «ir a comprar marihuana y que me den ganas o me quieran vender otra cosa (pasta o cocaína)» (Hombre P15 AF4). Varias personas mencionan que el no tener dinero no es una dificultad para los usos de sustancias. En ese sentido se habla de la posibilidad de la venta de objetos y el tener acceso a estos objetos como promotor de la situación de riesgo: «no tener plata, tener ganas de vender algo para consumir» (Hombre P5 AF4). Además, las posibles vías de financiamiento para el acceso a la sustancia no tienen que ver únicamente con el cambio de objetos, sino también con la posibilidad de cambiarlo por trabajos como moneda de pago y que esto repercuta como evento precipitador del uso de sustancias: «trabajar para las bocas, yo les hago trabajos y ellos me pagan con droga» (Hombre P14 AF3). La lógica del canje o trueque en lugares de dispensación son una de las mencionadas como antecedentes para el uso de sustancias. Pero también para el fomento de actividades ilícitas. Si bien las actividades delictivas son mencionadas, no significa meramente que la persona realice una actividad ilícita para usar sustancias, sino que a veces la actividad ilícita es el fin en sí mismo: «irme del súper con cosas de valor que no se pueden comer y quiera cambiarlas rápido» (Hombre P8 AF3). Esto quiere decir que las personas que declaran estos eventos precipitadores no lo hacen mencionando que realizan un robo para usar las sustancias, sino que este puede ser un fin en sí mismo y los usos posteriores pueden ser una consecuencia, entre otras: «robarle algo a alguien» (Hombre P5 AF7).

Otro de los fenómenos que se dan en estas vías de acceso a la sustancia es la delegación de «mediadores» para acceder a ella, incluso si la persona no quiere consumirla. Esto es mencionado como un factor que puede predisponer el uso de sustancias al mantener un vínculo

con el lugar de dispensación y al poder acceder a la sustancia como intermediario y posteriormente acceder a ella: «que me manden un mensaje o que alguien me pida que yo le compre la droga, siempre compré yo la droga de los demás. No me da miedo ir a lugares donde a otros sí» (Hombre P15 AF2).

Existen distintos relatos acerca de qué cuestiones pueden llegar a generar una situación de riesgo que la persona identifique que puede llevarlo a no lograr sus objetivos. Son variadas las formas en que cada persona identifica la forma en que se puede sentir tentado para sus usos. Se relatan situaciones que van desde manejar grandes sumas de dinero, hasta realizar pequeñas transacciones cotidianas: «que me pidan hacer un mandado, algo tengo que hacer para ayudar en mi casa» (Hombre P5 AF6). «Que mi mujer me pida para que yo haga los mandados» (Hombre P14 AF6).

La disponibilidad del acceso a las sustancias también tiene que ver con que la mantengan en un lugar accesible, sin necesidad de comprarla y cómo esto podría generarle un tipo de estímulo viviendo una situación determinada: «estar mal y pensar en la botella que tengo arriba de la heladera» (Hombre P9 AF4). Tener acceso a otras sustancias, para paliar la necesidad de emplearla es otro de los factores mencionados. Esto lo hacen aludiendo sustancias de las que la persona en cuestión no está habituada a hacer uso y no mantiene un deseo de uso recreativo, sino que su manifiesto es con la intención de disminuir síntomas producto de la necesidad del uso de la sustancia que menciona como problema y por la que inició el tratamiento: «me da miedo tomarme todas las pastillas que están arriba de la heladera de fisura» (Hombre P15 AF9).

Vivir situaciones que hagan reminiscencia de usos de sustancias es uno de los factores más mencionados en esta categoría. Las invitaciones para el uso de sustancias no se mencionan solamente aceptando o negando la invitación, sino que más bien se relata en eventos posteriores a la invitación, donde después de rechazar la oferta la persona puede sentir la tentación de su uso, aunque lo haga de forma aislada: «quedarme pensando en eso después de que me inviten a consumir» (Hombre P11 AF3). Se menciona el efecto que mantiene escuchar a otras personas hablar sobre el uso de sustancias, incluso en dispositivos que intentan fomentar la abstinencia en las personas, como son los grupos de Alcohólicos Anónimos: «ir a uno de los grupos y que me hablen de cosas buenas que vive la gente que toma (Hombre P9 AF7). También se mencionan en otros grupos como en comunidad terapéutica: «que venga alguien de la comunidad y quiera consumir» (Mujer P6 AF3).

Otra de las asociaciones que es mencionada como tentación es la presencia en el mismo ambiente de una sustancia, por más que esta no sea la misma por la que decidió ingresar en el

tratamiento: «estar en el gimnasio y sentir olor a faso. Todas las drogas pueden llevarme a pensar en el alcohol» (Hombre P9 AF5).

La vida en la calle continúa apareciendo como otro de los factores que se asocia a la predisposición del uso de sustancias, independientemente de que sea asociado a la vida en la intemperie o tengan lugar en un refugio: «ver que alguien del refugio tiene, no importa si me invitan. Solo saber que tiene me va a dar ganas y al final siempre me manejo y lo consigo» (Hombre P8 AF6). Además, personas que concurren a refugios identifican que el problema lo sienten específicamente cuando se adentran en el refugio y no cuando mantienen otros vínculos en el día: «tengo fútbol 5, eso me hace bien y los pibes ahí no fuman, el problema es cuando después de ahí voy al refugio» (Hombre P3 AF2).

En personas que relatan que mantienen vínculos cotidianos con personas de su familia que presentan usos de sustancias, la tentación es uno de los factores mencionados. Puede ser como parte de un factor que es mencionado sin una situación concreta o como parte de determinado evento: «ver a mi hermano tomar merca adelante mío» (Hombre P5 AF1).

Un factor predictor mencionado es el criterio *ganas*. Se asocia a experiencias placenteras anteriores: «tener ganas nomás, recordarme de cómo es eso» (Hombre P8 AF8). Las ganas de usar las sustancias son mencionadas también a futuro, en ese sentido algunas personas identifican sobre las ganas o la necesidad que van a sentir al no usar la sustancia de la forma que la vienen consumiendo. De esta forma se proyectan que el tener ganas es parte de su realidad y pueden dar paso a establecer los modos en que se conjuguen las ganas que van a sentir con los objetivos del tratamiento: «cuando tenga ganas de consumir, voy a tener ganas» (Hombre P5 AF3).

### Problemas con otras personas

Siempre que me peleo con mi familia pienso en ir a hacer lo que ellos dicen que yo hago.  
(Hombre P22 AF4)

Cuando se analizan los problemas con otras personas en el conjunto de planes de acción, ellos aparecen en el 35,8 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el cuarto precipitador más mencionado. En esta categoría se mencionan eventos precipitadores que pueden estar vinculados con relaciones laborales y familiares. Esto cuando no es un vínculo formal y consensuado parece poder ser vivenciado como un evento negativo: «el que me contrata cada tanto es mi tío y me paga menos de lo que debería. Eso me pone mal y pienso en consumir»

(Hombre P22 AF5); «pelea con mi familia, trabajar juntos es difícil. Ella es muy exigente» (Mujer P6 AF5).

Los malestares por problemas en el vínculo con los hijos es uno de los posibles eventos precipitadores mencionados: «tener algún problema con mi hijo, me pone mal que piense las cosas que piensa» (Hombre P21 AF10). Los problemas de pareja son de las situaciones más mencionadas: «problemas con mi señora, viene siempre tarde y me pongo muy ansioso mientras la espero» (Hombre P15 AF7). A veces, la pelea con otras personas de la familia trae pensamientos sobre situaciones que no son tales y las consecuencias que anticipan pueden llegar a tener desenlaces más graves que los que realmente suceden. En ese sentido, la anticipación es una de las situaciones de riesgo referidas, independientemente de que el conflicto con otro exista o no: «problema con mi mujer, que además de pelearme no me deje ver a mi hija» (Hombre P15 AF5). Las situaciones de riesgo relacionadas con la pareja presentan características distintivas cuando la discusión es por el uso de sustancias de la persona que no está en tratamiento: «él también se está drogando mucho y si viene drogado no me gusta» (Mujer P20 AF8).

Esta situación se da en familias, parejas y amistades. Si bien la mayoría de los conflictos con otras personas se relacionan con peleas dentro de la familia, en algunas ocasiones se relatan situaciones en las que el vínculo con las personas que antes consumían y sus nuevos objetivos de tratamiento hacen peligrar ese vínculo. De esta forma pone en riesgo la continuidad de su amistad y además pueden sentirse alentadas a abandonar el tratamiento: «ver a mi mejor amiga, está arruinada por la pasta. Ella me recrimina que yo cambié» (Mujer P17 AF8).

Se relata una situación en la que la familia mantiene un uso de sustancias y quieren estimular la continuidad del uso en la persona que asiste al tratamiento. Esta situación se presenta en la misma consulta como problemática por la tentación y posteriormente por el conflicto que puede llegar a representar en la participante resistirse al uso de sustancias. De esa forma la persona identifica que se vuelve más complejo el logro de los objetivos planteados: «pelearme con mi hermano, por tirar la droga o por lo que sea» (Mujer P20 AF7).

Siguiendo con situaciones relacionadas, la falta de confianza con la familia es otro de los eventos precipitadores mencionados. Esto se da en el marco de una situación concreta o producto de la historia reciente o no reciente de vinculaciones conflictivas. Se relaciona con situaciones que pueden llevar a desencadenar usos de sustancias. También se menciona el anhelo de querer recomponer un vínculo y no saber hacerlo. Esto puede desencadenar en que la persona no logre sus objetivos: «querer saber qué es de mi familia» (Hombre P18 AF7).

La situación de calle continúa apareciendo como una situación que genera precipitadores de usos de sustancias. En este caso, resaltando la complejidad que puede darse en los refugios, en los que las dificultades en la convivencia aparecen como un factor de riesgo para que las personas no logren los objetivos que se marcaron: «pelearme con alguno del refugio» (Hombre P18 AF6). Además, los vínculos que se dan en la vida en la intemperie y cómo estos se relacionan con usos de sustancias son otro de los factores aludidos. Se menciona como un antecesor de usos de sustancias en esta categoría: «encontrarme a la gente que vive en la calle que le debo plata» (Hombre P7 AF9).

Las situaciones conflictivas que anteceden las situaciones de riesgo se mencionan también, no como una situación de conflicto directo, sino más bien no pudiendo conciliar los intereses de las dos partes. En ese sentido, no están pudiendo negociar o intercambiar sobre diferentes intereses: «que mi hija no quiera quedarse conmigo a jugar al Xbox y prefiera irse con la madre a lo de mi suegra» (Hombre P15 AF8).

Si bien la mayoría de las situaciones de riesgo antecedentes a usos de sustancias de una forma no deseada por la persona son en su mayoría con la familia y la pareja, también se mencionan algunas peleas en el trabajo y discusiones con compañeros, como evento precipitador del uso de sustancias: «problemas y discusiones laborales» (Hombre P14 N9).

En algunas ocasiones el conflicto no es necesario que suceda para que la persona lo sostenga como precipitador de su uso de sustancia, sino que se menciona como un conflicto no resuelto y que el no afrontamiento puede estar subsanado por los usos de sustancias. De esta forma si bien el conflicto no es tal, continúa en un estado permanente en el que genera la situación de riesgo «conflicto con mi viejo, él no me lo pone nada fácil y en lugar de enfrentarlo como tendría que hacer termino consumiendo para no matarlo. Siempre lo evito y eso me hace mierda» (Hombre P12 AF2).

Se mencionan también situaciones en las que el conflicto puede llevar a niveles de resolutivez violentos: «la pareja de mi madre, está todo mal con él. Si sé que lo voy a ver tengo que ir preparado porque lo mato sino» (Hombre P8 AF9).

## Presión social

Que en los tambores estén fumando y me insistan.  
(Mujer P13 AF4)

Cuando se analiza la presión social en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 23 % de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el quinto precipitador más mencionado. En

los análisis de situaciones de riesgo se relatan vínculos con personas que no están de acuerdo con los objetivos que la persona privilegia para el tratamiento. En ese sentido, los relatos mencionados identifican la presión en personas que no desean una mejoría en sus metas, sino más bien una continuidad en los patrones de uso de sustancia. De esa forma, se privilegian los momentos de uso de sustancia por sobre los objetivos del tratamiento: «amigos que no me apoyan. Si vuelvo siento que recaigo y me siento condicionado, presionado para consumir, temo perder el control si me pasa eso» (Hombre P16 AF2). La presión social puede ejercerse directamente por personas para que usen sustancias, sino que en los relatos también se desprenden situaciones en las que los terceros pueden estimular algo que indirectamente incide en los objetivos de la persona. De esta forma, si una persona entiende que no se siente preparada para participar de determinado evento sin los usos de sustancias, pero es estimulada a hacerlo, puede verse en una situación de riesgo: «que mis amigas me insistan en salir, incluso las que no consumen» (Mujer P17 AF9).

Cuando la persona se siente presionada para el uso de sustancias este también puede desencadenar con un efecto tardío. Es decir, por más que la persona tenga las herramientas para negarse al uso de ellas, relata que posteriormente puede verse estimulado a usarlas, producto de esa sensación donde lo presionaron: «que me presionen y que me dé ganas el sábado» (Hombre P10 AF5). Cuando se relata la vivencia de episodios relacionados con la presión social que no resolver de la mejor manera, una de las herramientas que se realiza es la evitación. Esta puede aplicarse mientras la persona se plantea los objetivos, pero se identifica cierta debilidad a la hora de mantenerla como estrategia de afrontamiento: «vengo bien, estoy evitando a mis amigos. Ellos me andan insistiendo, en algún momento voy a tener que ir a verlos y ahí puede ser» (Hombre P15 AF9).

En estrategias de reducción, la presión social opera cuando la persona alcanza los límites esperados, pero el entorno opera para que no respete su objetivo, sino que la presión se ejerce para que la persona opere en función de las dinámicas del grupo: «pensar que un poco está bien, pero me encuentre con los gurises y me insistan» (Hombre P10 AF11).

### Momentos agradables con otras personas

Un mensaje de mi vecino, está acá a la vuelta y siempre me invita a salir a tomar algo.  
Una cosa después lleva a la otra.  
(Hombre P21 AF9)

Cuando se analizan los momentos agradables con otras personas en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 41,7 % de los documentos analizados. Pudiendo aparecer en un

plan de acción más de un precipitador en la misma frase. Esto lo convierte en el tercer precipitador más mencionado. En lugares donde el uso de sustancias es habitual, la participación en dichos eventos es una situación de riesgo que de por sí sola. Las personas que analizan su participación en ella, casi todas la traen como situación de riesgo: «que me inviten a ir al boliche, ahí todo el mundo toma alcohol para divertirse» (Hombre P9 AF6). En relación con este precipitador, el estar participando en una actividad con otras personas y pasarla bien también es mencionada como una situación de riesgo. En este caso, el uso de las sustancias pueda ser un premio, por la forma en que ejecuta una acción: «ir al pool y arrancar a ganar fuerte» (Hombre P22 AF9).

Este tipo de situación que puede obstaculizar los logros de los objetivos de la persona tiene que ver también con la imposibilidad de mantener vínculos sin el uso de sustancias o de la intención de no exponerse frente a otros. De esa forma, con la intención de mantener las apariencias, algunas personas pueden continuar con las situaciones riesgosas, con tal de evitar el relato a terceros o evitar dejar de asistir a lugares que les representa satisfacción hacerlo. Una situación de riesgo relatada es terminar empleando las sustancias, para cuidar las apariencias por más de que tenga la intención de no hacerlo: «que me encuentre a un amigo que no sabe» (Hombre P22 AF2); «que me inviten a tomar algo después del trabajo. No quiero contarles» (Hombre P9 AF6).

La invitación sostenida, en un evento que las personas participantes del tratamiento identifican como placentero, pero no quieren repetirlo por diversas razones, es uno de los precipitadores mencionados. En ese sentido, son diversos los encuentros casuales que se relatan, van desde encuentros camino a realizar transacciones, en eventos recreativos, culturales y deportivos e incluso se relatan situaciones en los que los van a buscar para usar las sustancias: «una amiga con la que antes consumía viene cada tanto a casa y me ofrece. Que vuelva a pasar eso es peligroso» (Mujer P17 AF4).

En algunas situaciones se relatan actividades placenteras con personas que no conocen mucho. De esa forma, uno de los eventos relatados tiene que ver con el descubrimiento del uso de sustancias por parte de las otras personas que no imaginaban que podrían ser usuarias. De esa forma, la persona se considera estimulada para privilegiar el uso de sustancias dejando de lado sus objetivos: «asado en mi casa, con los que no se mucho en qué andan. Que lleven merca o alcohol» (Hombre P21 AF1). En ocasiones independientemente de que la persona decida no asistir a un evento, puede suceder una situación en la que entienda que no puede evitarlo o en donde la situación sea tal que no poder evitarlo es una posibilidad. De esa forma el encuentro con este precipitador reafirma la necesidad de estrategias específicas: «que se vengán a festejar

algo acá a casa y estén consumiendo» (Mujer P20 AF7). El vivir momentos que lo hagan recordar situaciones pasadas placenteras con otras personas en usos de sustancias es otra de las situaciones de riesgo mencionadas por las personas en tratamiento. En ese sentido, independientemente de la reunión para el uso de ellas, el recuerdo de momentos placenteros puede promover el desenlace de precipitadores no deseados: «ver a mis amigas con las que me drogaba antes» (Mujer P17 AF10).

Una persona que acudió al tratamiento viniendo a Montevideo desde el interior del país, próximo a culminarlo, trabajó en las situaciones de momentos agradables con otras personas. No existieron otros casos en los que la persona cambió de entorno de forma abrupta. Desde su relato manifestó que todo el mundo en sus alrededores usaba sustancias y el corte abrupto de no tener esas situaciones colaboró en su tratamiento, pero no estaba seguro de cómo podría llegar a enfrentarlo cuando vuelva a su comunidad. Por lo que el trabajo se enfocó en ir planificando sus encuentros con personas que antes tenían vínculos: «sentir ganas cuando vea todo el mundo en XXX» (Hombre P16 AF11); «asado familiar en XXX, van a llegar las juntas anteriores y seguro me ofrecen» (Hombre P16 AF11). Incluso en reuniones con personas que no usan sustancias, el pasar un momento agradable con otra persona aparece como una situación de riesgo: «irme a XXX con un amigo de mi infancia que no consume» (Hombre P16 AF3).

Así como se mencionan los mediadores que consiguen la sustancia, también aparece la figura de cuidadores. El cuidador es aquella persona que usa sustancias hace algún tiempo, mantiene cierta experiencia y puede brindar algún tipo de cuidado al resto. Una de las personas que participó del tratamiento cumplía este rol en varios ámbitos. Desde su relato plantea su rol como una situación de riesgo por sí misma. Al recibir continuamente invitaciones de otras personas a cambio de brindar seguridad y consejería acerca de los usos de diversas sustancias: «que me inviten, siempre está la gente que quiere consumir conmigo para sentirse cuidados» (Hombre P8 AF6).

Trabajar en la temporada de verano es un evento que es mencionado por algunas personas como situación de riesgo para los usos de sustancias. Llama la atención su aparición múltiple: «trabajar en temporada» (Hombre P1 AF1).

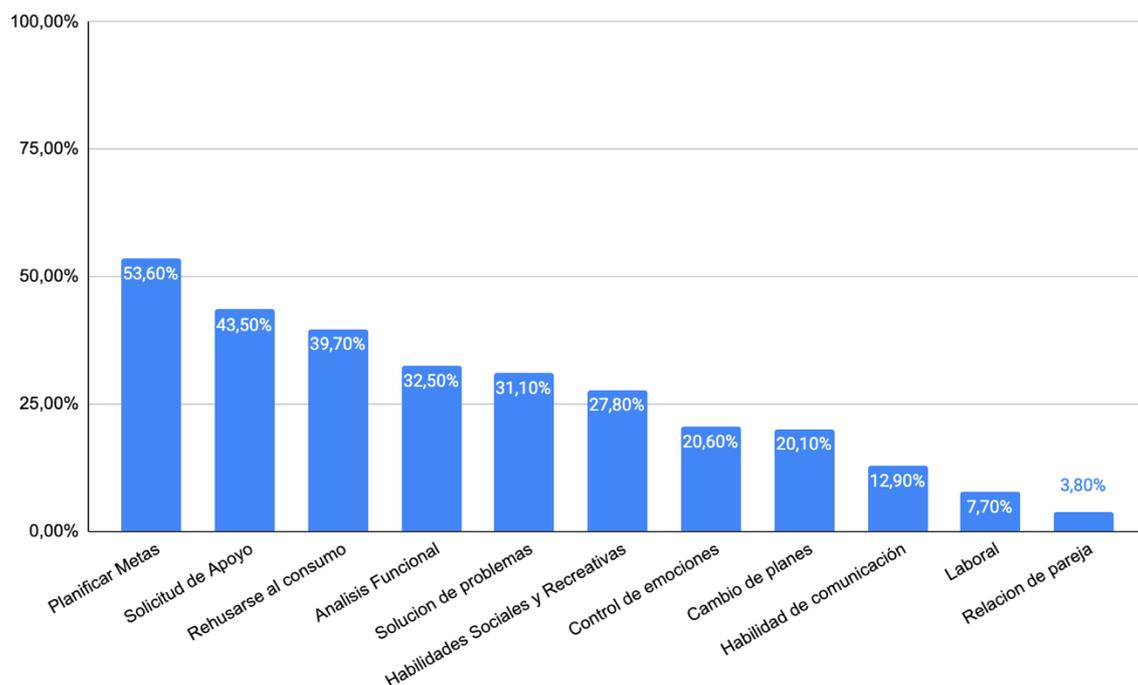
### ***9.3.3 Análisis cualitativo planes de acción***

Continuando con la línea de análisis cualitativo, para el análisis sobre estrategias autogeneradas para vencer situaciones de riesgo, se analizan las menciones de diferentes

categorías que se desarrollaron en los planes de acción. Las categorías son rehusarse al consumo, planificar metas, trabajar en las habilidades de comunicación, planificar solución de problemas, habilidades sociales y recreativas, realizar balances decisionales (o análisis funcionales), control de las emociones, trabajar en la mejoría de la de pareja, trabajo (búsqueda y mantenimiento), solicitar apoyo en un referente y los cambios de planes. También se analizaron los niveles mencionados que hacen a la gestión de riesgos y daños, empleando otras sustancias, incluyendo la farmacología.

En la Figura 6 se presentan las categorías de análisis cualitativas, siguiendo su orden de mención de frecuencia y tomando como referencia al conjunto de todos los planes de acción.

Figura 6. Estrategias planteadas para afrontar las situaciones de riesgo en planes de acción



Nota: se presentan las estrategias que las personas plantearon para afrontar las situaciones de riesgo por orden de mención según el análisis de los documentos de planes de acción, para todas las personas participantes (N=22).

La estrategia sobre planificar metas es la más mencionada para afrontar situaciones de riesgo, seguida por la solicitud de apoyo de referentes socioafectivos y las estrategias para rehusarse al consumo. Los análisis funcionales son la cuarta estrategia en orden de menciones y tiene que ver con realizar balances en el corto y largo plazo acerca de las consecuencias positivas y negativas de sus posibles acciones. El trabajar en la mejoría de las relaciones de pareja es el menos mencionado como factor protector para afrontar situaciones de riesgo. A

continuación, se desarrolla cada uno de los enunciados, siguiendo la metodología de análisis desarrollada.

## Planificar metas

Ahora lo estoy guardando para compras puntuales de cosas para mis hijos o comestibles. Además, puedo usarlo para sacar a mi hija a pasear.  
(Mujer P17 AF 6)

Cuando se analiza planificar metas, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 53,6 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la estrategia más mencionada. Algunas de las planificaciones de metas que se mencionan tiene que ver con retomar aspectos del pasado, que hayan sido positivos y emplearlos como factor motivador. En ese sentido, alguna mención se realiza con la intención de emplear acciones para retomar aspectos pasados de su vida: «pensar que puedo lograr muchas cosas en mi vida y puedo retomarlas» (Hombre P22 AF9). Algunas de las metas planificadas tienen que ver con aspectos que pueden incidir en la vida económica y laboral de las personas. De esa forma, quienes las mencionan las relacionan con aspectos que hacerlos de por sí solo evitaría el uso de sustancias y les incidirá positivamente en otras áreas de su vida: «arreglar el horno para hacer pizzas» (Hombre 21 AF10); «voy a trabajar en ellos estos días, me motiva mucho pensar que puedo hacer todo. Por lo pronto quiero estar bien por mi hijo» (Mujer P20 AF8).

La planificación de metas también es mencionada para evitar la tentación o poder financiar encuentros placenteros con familiares: «gastarlo rápido» (Hombre P18 AF1); «pagarle el pasaje a mi hijo para que me venga a ver el sábado y quedarme más tiempo con él» (Hombre P19 AF4).

El apoyo religioso es otra de las metas planteadas, de esta forma se mencionan en diversas partes el retomar el camino religioso, haciendo mención a lo bien que se estaba cuando en su vida se acompañaba de estos puntos: «ir a una iglesia para estar bien» (Hombre P16 AF8).

Dentro de la planificación de las metas puede verse la muy variada gama de opciones de metas planteadas, entre ellas se ven revinculaciones familiares o búsqueda de trabajos: «salir a visitar a mis primas, salir a comer con mi hija. Puedo arrancar a entregar CV» (Mujer P17 AF7).

La compra de insumos para los hijos es otra de las metas planificadas de mayor repetición en estos temas: «usar esa plata para mi hija, tengo que comprarle un montón de cosas» (Hombre P15 AF7). Planificar metas de forma conjunta con algún familiar o referente socioafectivo con

quien saben que pasan buenos momentos y alejados del uso de sustancias es otra de las metas mencionadas: «estoy pensando en salir con mi hija a repartir comida para la gente que vive en la calle, eso va a ser tres días a la semana... Ponerme más objetivos, como ayudar a otras personas o alguien. Alguna actividad social» (Hombre P14 AF5).

En un usuario que realizaba trabajos en lugares de dispensación de sustancias la planificación de metas estuvo relacionada con el cierre del trabajo y plantearse otros objetivos laborales: «a algunas personas ya les voy a decir que no, que no tengo más agenda. A las otras voy a intentar terminar los trabajos y después no volver a trabajar con ellas» (Hombre P14 AF3). Se mencionan aspectos que tienen que ver con actividades recreativas, pero enfocados también en un plan de rutina. De esta forma se plantea como una actividad que anteriormente les hacía bien y que esperan retomarla: «salir todos los días a correr, antes eso me hacía muy bien» (Hombre P12 AF6).

El cuidado personal es uno de los aspectos que se mencionan a lo largo de las entrevistas. En ese sentido, a medida que avanzan las consultas la planificación de metas puede girar en torno a metas personales y al autocuidado. El arreglo y cuidado de la dentadura es uno de los aspectos mencionados, sobre todo en personas en situación de calle: «pensar en arreglarme los dientes, en eso se me va plata» (Hombre P11 AF6).

El acceso a refugio y el no pasar la noche en la intemperie aparece como una meta en sí misma. En este caso, las acciones si bien se relacionan a los objetivos del cese o reducción de uso de sustancias, los esfuerzos se centran en mitigar los daños de la vida en la intemperie: «hacer lo posible para no quedar afuera del refugio, en el caso de quedar afuera ir para el Tres Cruces, intentar no pasar en la calle» (Hombre P8 AF5). En ocasiones el refugio aparece como un lugar cuidado, en donde pueden estar sin usar las sustancias: «pensar en las cosas que logré sin consumir. Apoyarme en XXX, mi compañero de refugio» (Hombre P7 AF3). Se relatan situaciones delictivas, en las que la meta planteada estuvo centrada en el valor y objetivo del producto del robo: «cambiar esas cosas por algo para mi hija, si veo que es algo fácil de robar no voy a dejar de hacerlo» (Hombre P8 AF8). El continuar en el tratamiento en sí mismo es una meta que se menciona en los planes de acción. De esa forma esta tiene que ver con los resultados que se vienen obteniendo, producto del tratamiento o de otras definiciones de su vida, pero también con la adherencia a este: «voy en buen camino, tengo que seguir así nomás. Hacer lo que vengo haciendo viene funcionando» (Hombre P1 AF6).

Si bien ninguna de las personas que asiste al tratamiento relata estar realizando alguna actividad formativa, en el armado de los planes de acción es un aspecto mencionado de forma genérica.

## Solicitar apoyo en un referente socioafectivo

Hablar hoy mismo con mi mujer para evitar que me pida hacer mandados y me ayude a no salir.  
(Hombre P14 AF6)

Buscar ayuda en mi pareja y en mis padres, aunque son mucho más grandes ellos quieren lo mejor.  
(Hombre P16 AF11)

Cuando se analiza la solicitud de apoyo a personas referentes socioafectivas, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 43,5 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la segunda estrategia más mencionada. De esta forma se mencionan estrategias que pueden tener que ver con el apoyo de referentes socioafectivos. Se menciona la búsqueda de apoyo en amigos y familiares. Además, dentro de las solicitudes de apoyo existen dos condiciones previas que son mencionadas. Aquellas en las que la solicitud de apoyo general ya fue solicitada, en el marco del tratamiento e incluso pudo haber participado de alguna de las sesiones. O aquella en la que el referente todavía no está en conocimiento de la necesidad de apoyo de la persona y de la posibilidad de involucrarse en el logro de sus objetivos.

Dentro del apoyo de amistades se menciona el acudir a ellas ya bajo el uso de alguna sustancia y de esta forma la persona plantea concurrir con menor sintomatología ansiosa: «fumarme un porro y decirle a una amiga que estoy mal» (Hombre P22 AF7). En ocasiones el apoyo de referentes socioafectivos puede salir de dispositivos de tratamientos previos, se menciona el caso de las figuras de los tutores de los grupos de Alcohólicos Anónimos. En este caso es un rol que toma protagonismo para afrontar determinadas situaciones que la persona considera riesgosas. Puede ser de forma presencial o brindando su apoyo mediante asesoría y contención: «ir con gente que sepa no va a tomar, puedo pedirle a alguien del grupo incluso que me acompañe al boliche» (Hombre P9 AF2).

Las acciones que se le solicitan a la familia para el apoyo de los planes de acción son variadas, en ese sentido uno de ellos tiene que ver con solicitarles la restricción de acceso a la salida de un lugar que consideran seguro: «pedirle a mi familia que no me deje salir a hacer ningún mandado» (Hombre P22 AF3). Otro de los cuidados solicitados tiene que ver frente a un evento recreativo en el que puede haber uso de sustancias y solicitarle a un familiar que esté pendiente del control, para regular la oferta de la sustancia y además para controlar sus acciones. De esa forma, planifica de antemano si ir a un lugar en donde no se siente seguro de

participar: «mi primo me cuida si llego a ir, o lo hablo con él antes o no voy» (Hombre P21 AF1). Se relata también que la presencia de un apoyo puede funcionar de forma reguladora de sustancias, de esa forma se asegura de no pasar hasta una situación no deseada: «no consumir alcohol si no está mi pareja a la vuelta» (Hombre P16 AF11).

En ocasiones se menciona el apoyo de familiares como un pasar el tiempo meramente, sin la necesidad de que el familiar tenga conocimiento de que está ayudando a elaborar un plan de acción: «estar con mi hijo» (Hombre P22 AF1). Se relata también la necesidad específica del compartir con familiares en momentos de tentación del uso de sustancias, de esa forma la necesidad de compartir con otras personas es en momentos puntuales: «que venga mi hija un sábado» (Hombre P10 AF4); «pagarle el pasaje a mi hijo para que me venga a ver el sábado y quedarme más tiempo con él» (Hombre P19 AF3).

Se menciona la solicitud de familiares también como parte de acompañar a desarrollar determinadas actividades que para la persona participante son necesarias. De esa forma en el marco del tratamiento la persona puede experimentar la participación de determinadas actividades que consideran necesarias para su mejoría, sintiéndose acompañados y seguros en el proceso de poder hacerlas: «pienso salir afuera a consumir con ellos, pero al mismo tiempo me dan pena por mis amigos. Puedo salir a dar algún consejo, yo ahora estoy mucho mejor, pero no quiero salir sola, cualquier cosa le pido ayuda a mi madre» (Mujer P17 AF7).

Para enfrentar situaciones en las que algunas personas quieren estimular el uso de sustancias se menciona el recurrir a familiares para brindarles apoyo y que ellos manejen la situación: «pedirle a alguien más que venga conmigo» (Hombre P5 AF6); «mirar por la ventana evitando salir, si mi amiga insiste que salga mi madre a hablar con ella, yo no» (Mujer P17 AF5).

Para el manejo de la tentación de algunas sustancias que tienen en su disposición en forma habitual y conocida por todos los integrantes del hogar (se mencionan los psicofármacos y el cannabis) una de las estrategias mencionadas es pedirle a un familiar que las esconda y las administre de forma moderada: «pedirle a mi señora que las saque de ahí y no me diga dónde las va a guardar» (Hombre P15 AF9). La solicitud de apoyo para manejar el dinero es un factor que se reitera en varias oportunidades por distintas personas: «sacarme la plata de arriba de antes, quiero comprarle algo a mi hijo. Le voy a preguntar si puede ir a la feria para dársela ahí mismo» (Hombre P3 AF3).

La disponibilidad del apoyo es de por sí mismo un factor de protección ante el uso de sustancias al poder ser empleado como plan de acción de forma repentina: «últimamente me siento más controlado, está mi madre enfrente sino» (Hombre P15 AF3). Se relatan también

situaciones en las que el recomponer vínculos es, de por sí, una estrategia de afrontamiento. En estas, si bien el apoyo del familiar no es confirmado, el mero hecho de que pueda serlo es un evento bien conceptualizado por algunas de las personas participantes de esta investigación y se plantea como un plan de acción para frenar situaciones de riesgo: «intentar recomponer con mi tía» (Hombre P11 AF3); «ir a lo de mis tíos a saludar y quedarme con ellos el finde» (Hombre P7 AF7).

La presencia de por sí de algunos familiares en los lugares habituales de uso de sustancias es una forma que los usuarios relatan como positiva para mantener sus objetivos. De esta forma están tranquilos de no usarlas en presencia de algunas personas: «llevar a mis hijos a mi casa» (Hombre P4 AF1); «primero comer, estar un rato con mi hija. Eso siempre me calma. Fumar marihuana, tengo y me baja. Si veo que sigo ansioso podría ir adelante a ayudar a mi madre» (Hombre P15 AF1). Por último, algunas personas relatan un factor motivacional para lograr sus objetivos del tratamiento que por más que no es explícito con la persona implicada puede tener que ver con un apoyo indirecto de ellas: «no me gusta verme así, tampoco me gusta que mi hija me vea así, no repetir la historia. Quiero que mi hija vea lo mejor de mí» (Hombre P1 AF1).

En las entrevistas con familiares, quienes ya habían participado de talleres de esa índole comentaron que se centraban en la información sobre aspectos referidos a la abstinencia, pero no en herramientas concretas personales para establecer con el usuario nuevas formas de convivencia y de apoyo.

### Rehusarse al consumo

De todas formas, no consumir, decirle que estoy en tratamiento, comentarles, explicarles y que no insistan  
(Hombre P16 AF9).

Ya le pedí que no traiga droga, le dije «quédate quieto, mijo, si te digo que no es no»  
(Hombre P10 AF 2).

Cuando se analiza rehusarse al consumo como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, aparece en el 39,7 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la tercera estrategia más mencionada. En estos planes, muchos usuarios mencionan emplear algunos que fueron exitosos en eventos anteriores. Se menciona también que el rehusarse no es solo a la sustancia, sino también la mención, es como negarse al evento inicial de la cadena de consumo y lograr no participar de ese puede incidir

en el desenlace que anticiparon: «negarme, si salgo ya sé cómo termino» (Hombre P21 AF4). La aparición de las redes sociales y el manejo de ellas es otra de las formas por las que los usuarios relatan situaciones de riesgos y planes de acción acordes. En este sentido, el manejo de las redes sociales es otro de los planes de acción que los usuarios ensayaron en sus consultas.

El abrirse con otras personas, comentar las consecuencias que vienen sufriendo producto del uso de sustancias y de los objetivos en el tratamiento es otro de los planes de acción elaborados por las personas. De esta forma las personas que quieren trabajar sobre eventos precipitadores de uso de sustancias están anticipando una situación que podría ser la inicial en la cadena conductual de consumo. En ocasiones se relata el enfrentar a personas antes del evento recreativo, de esta forma la acción es preventiva. Incluso se mencionan eventos donde no existen antecedentes de usos de sustancias anteriores, la intención es que no se desencadene una situación no esperada: «hablo con ellos antes para que no lleven nada, no los conozco mucho» (Hombre P21 AF1). La opción de rehusarse al consumo mantiene diversas gamas de intensidad para llevar adelante las estrategias planteadas. Algunas van desde conversar, hasta retirarse. Pasan por situaciones en las que les toca deshacerse de la sustancia que otras personas le suministraron para ejercer presión: «tirarlo, estoy firme con lo que quiero» (Mujer P20 AF7). Se relata como consecuencia de la presión social una estrategia que tiene que ver con recurrir a referentes técnicos, para que puedan transitar la situación de riesgo con la ayuda de alguien externo. De esta forma se privilegia el trabajo técnico como un lugar cuidado: «ir a Aleros para trabajar en algo. No dejarme manipular ni sentirme engañado» (Hombre P19 AF6).

Hacer una propuesta alternativa es una de las estrategias que las personas relatan para transitar diversas situaciones de riesgo que están relacionadas con otras personas. De esta forma, buscan reconvertir escenarios en los que se encuentran en el contexto el uso sustancias por un escenario donde se promueva alguna actividad que le resulte placentera pero no esté presente el uso de ellas: «pasar otro buen momento, de otra manera. Decirles de hacer un asado a los del refugio» (Hombre P18 AF7). La gestión de otras sustancias que puedan considerarse antecesoras al uso de la sustancia por la que consideran un problema es otra de las estrategias adoptadas. De esta forma las personas intentan evitar que un consumo que identifican como antecesor a las sustancias sea la puerta de entrada: «no tomar alcohol, ir diciendo que no si me ofrecen» (Hombre P18 AF6).

Cuando la persona relata inseguridad para enfrentarse a otras personas y manifestar sus nuevos intereses aparece en los planes de acción la posibilidad de solicitarle a un tercero que enfrente a quienes pueden intentar estimular ese uso de sustancias. De esta forma, la invitación al uso de sustancia debería pasar primero por el filtro de la persona que ocupa el lugar de

referente socioafectivo y posteriormente si pasara debería elaborar estrategias concretas de afrontamiento: «pedirle apoyo a mi pareja, que les hable de antemano y negaré rotundamente si me llegan a ofrecer» (Hombre P16 AF7).

Como plan de acción aparece de forma conjunta la estimulación de actividades placenteras, evitando los encuentros con personas que usan las sustancias: «evitar ir, ir a otros lugares abiertos, no quiero encerrarme y menos con gente que consume No me interesa» (Hombre P16 AF6).

La motivación que emplean las personas en sí es diversa, en ese sentido cuando las personas se sienten presionadas para su uso emplean técnicas de motivación interna y además apoyo en otras personas. Los relatos por los que las personas suelen sentirse presionadas para su uso son variados, pero implican formas de insistencia que van desde ofrecerles hasta obligar e ir a buscar a la casa de los familiares donde están transitando su recuperación: «no aceptaría bajo ningún concepto, pensar en mi hijo y estar enfocada en eso. Pedir ayuda si hace falta» (Mujer P17 AF4); «mirar por la ventana evitando salir, si mi amiga insiste que salga mi madre a hablar con ella yo no» (Mujer P17 AF5).

Cuando el nivel de insistencia es tal que las personas identifican la presión ejercida, una de las estrategias mencionadas es analizar la calidad de los vínculos sociales. De esa forma, cuando analizan la relación de amistad con otras personas que consumen ellas mismas pueden descalificarlas, priorizando no reunirse con ellas: «en realidad ellos no son tan amigos, les rinde porque yo voy a comprar la droga. Siempre me piden eso nomás, no me invitan cuando no quieren que compre o cuando ellos ya tienen. No son tan amigos, ni quiero verlos» (Hombre P15, AF 9). La conversación explícita de no querer que personas del entorno usen drogas frente a ellos es otro de los planes de acción que generan controversia. De esta forma, aunque la persona se sienta estimulada al uso de ellas frente a ver su consumo, algunas optan por no participar de los eventos o intentar evitar el uso las sustancias, pero sin mencionar su intención de no usarlas y de no querer que usen de ellas delante de ellos: «no le pediría que no lo hagan, pero debería poder demostrarles que yo no quiero tomar» (Hombre 12 AF8). De forma contrapuesta algunos usuarios relatan beneficios del no uso de las sustancias por las que estaban sintiendo consecuencias negativas, en ese sentido una de las estrategias mencionadas para no usarlas es recurrir a compartir con otros acerca de los beneficios de la abstinencia en su vida: «contarle de lo bien que estoy sin consumir» (Mujer P13 AF 2).

Rehusarse a usar las sustancias en momentos sociales se relata como una situación de bastante estrés en las personas. De esa forma, aquellas que eligen enfrentar a quienes entienden que pueden estimular el uso de sustancias relatan eventos de estrés posteriores. Ese estrés es

mencionado como factor que puede llegar a anteceder el uso de sustancias. Una de las estrategias adoptadas es emplear otras sustancias (marihuana) para mitigar los síntomas producto de esa situación: «decirle que no y me voy, puedo ir a prenderme un faso después» (Hombre P12 AF 5).

Algunas personas relatan la dificultad de enfrentar a otras personas, cuando son seres queridos. De esa forma un evento social, amigable y cuidado también puede convertirse en una situación que deba enfrentarse para el logro de sus objetivos: «mi familia sabe todo lo mal que pasé, en el peor de los casos me voy o hablo con ellos. Tampoco es que se emborrachan. Sé que esto es día a día» (Hombre P9 AF8). Cuando uno de los eventos de riesgo tiene que ver con una actividad que pueda relacionarse con los usos de sustancias, pero podría ser disfrutada también sin ellas, es que la estrategia de rehusarse al consumo aparece gradualmente. En esta persona se relata una situación en la que quería asistir a un recital de una de sus bandas favoritas. Es un evento donde anteriormente usaba distintas sustancias y había definido no querer hacerlo nuevamente. Primero aparece como imposibilitado de asistir a un recital, por más de que la persona se sienta muy motivada: «no hay manera, seguro consumo. Voy a intentar evitarlo...» (Hombre 4 AF3). Después la preparación se va configurando de forma gradual, en estrategias que le permitan sentirse en su actividad placentera, con formas de afrontar la situación y lograr sus objetivos: «irme antes» (Hombre 4 AF5). «Pensar en mis otros amigos e irme con ellos» (Hombre AF6). Por último, elabora un plan de acción que lo hace sentirse seguro para poder asistir al recital: «intentar ir, pero no consumir antes, quedarme viendo el toque e irme» (Hombre 4 AF8).

La estrategia de gestión de daños (y también de los placeres) es una de las empleadas, por medio de esta las personas sostienen querer continuar con los eventos sociales que les agradan y usar las sustancias por las que entienden que no mantienen un problema. De esa forma, cuando anticipan una situación en la que eventualmente deberían rechazar el uso de sustancias definen retirarse anteriormente: «empezar tomando poco alcohol, si sucede alguna situación me voy o después de tomar unos vasos me levanto y me voy» (Hombre P3 AF5).

#### Balance decisional o análisis funcional

Pensaría que 1 se van a convertir en 100.  
(Hombre P1 AF3)

Cuando se analiza el momento en que la persona establece un balance decisional, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, ellas

aparecen en el 32,5 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la cuarta estrategia más mencionada. El balance decisional o plan de acción se relaciona con aquellos momentos en donde la persona evalúa sobre las ventajas y desventajas del uso de sustancias. De esa forma privilegia la acción que entienda que representa la mayor de ellas. Los balances decisionales van desde aquellos que no representan mayor complejidad: «es un riesgo que no vale la pena» (Hombre P22 AF9), hasta aquellos que ponen en la balanza antecedentes anteriores: «saber que eso no lo va a solucionar, solo va a empeorar la situación» (Mujer P20 AF8).

En el balance decisional se analizan la gestión del placer y entre ese análisis en algunas ocasiones las personas optan por continuar usando sustancias, pero no aquella que le representa un riesgo por las consecuencias negativas que transitan o hacerlo de forma moderada: «no vale la pena, voy a querer seguir. Prefiero consumir otras cosas, fumarme un porro, tomar algo» (Hombre P22 AF4); «buscar otra forma de darme un premio» (Hombre P21 AF2). En ocasiones los balances decisionales están sujetos a consecuencias negativas anteriores o representan la posibilidad de afectar a algún ser querido en su vida, sin la necesidad de informarse: «no drogarme, pensar en mi hijo» (Mujer P20 AF9).

En personas que se encuentran en prevención de recaídas, los balances decisionales aparecen con mayor profundidad de aquellas personas que están transitando acciones concretas para desestimular su uso de sustancias: «tengo claro que no es lo que quiero, arranco con una y termino con todas. Enfocarme en lo que estoy haciendo» (Hombre P9 AF5). Cuando piensan probar el autocontrol sobre el uso de sustancias el balance decisional es una de las herramientas que se plantean para prevenir el uso: «no hacerlo, sé que arranco con poco y termino en la mala» (Hombre P8 AF8). Dentro de los análisis de las consecuencias algunas de las personas relatan cómo entender el uso de sustancias como una situación crónica puede llevarlas a privilegiar optar por su no uso y de esta forma mantener su abstinencia: «esta es una condición de toda la vida, no puedo pensar así» (Mujer P6 AF9). En ocasiones los eventos negativos que sufrieron anteriormente fueron de magnitud, por lo que cuando se relatan muchas personas plantean el deseo de no volver a sufrirlos y ante esa posibilidad su opción de no usar sustancias: «recordar qué pasa si hago eso» (Hombre P5 AF4).

Los relatos de algunas de las personas sobre los usos de sustancias están condicionados por experiencias previas, de esta forma cuando analizan el placer de emplearlas algunas no encuentran esta variable. En este sentido, podría mencionarse que en algunas ocasiones existe una sobreestimación del placer del uso de sustancias que, al ser analizado, podría no optar por su uso: «recordar que no me gusta» (Hombre P3 AF4); «no tiene sentido, no vale la pena y no

la disfruto» (Hombre P1 AF10). El tiempo de los placeres, contrario al tiempo de los displaceres que puede llevarle el uso de sustancias es una variable que se menciona con prevalencia en esta categoría. De esta forma las personas que privilegian el no uso de sustancias hacen mención al poco nivel de satisfacción que representa en sus vidas el uso de esa sustancia. Así, se privilegia una recompensa global y sostenida por mayor tiempo en lugar de una local y de corta duración: «pensar en que no gano nada y dura unos minutos» (Hombre P8 AF7).

#### Planificar soluciones de problemas

Hacer lo posible para no quedar afuera del refugio, en el caso de quedar afuera ir para el Tres Cruces, intentar no pasar en la calle.  
(Hombre P8 AF5)

Cuando se analiza rehusarse al consumo, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, aparece en el 31,1 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la quinta estrategia más mencionada. Las personas participantes anticipan todo tipo de solución para algunos problemas. Algunos de los relatos de planes de acción están enfocados en los usos de sustancias, de esta forma se preparan para lograr sus objetivos. En otras planificaciones de soluciones se relaciona con el logro de otras metas que mejoraran la calidad de vida en general y de forma indirecta podría incidir en sus usos de sustancias. Se menciona como uno de los problemas identificar los lugares de dispensación de sustancias, por el manejo del tiempo libre y su conexión con la tentación. Al entender que, en su entorno barrial, no contribuye con sus objetivos del tratamiento, una persona decidió ir a pasar las noches a la casa de un familiar. De esta manera, logra pasar los momentos de mayor tentación para su uso de sustancias en un lugar cuidado. Y en el día, mantiene algunos de los vínculos que él entiende deseables: «si es de noche en donde me estoy quedando ahora no sé ni dónde comprar. En el día ir a hablar con mi tía» (Hombre P22 AF8). En el relato de otra de las personas participantes, se identifica una narración similar, en la que el pasar por los lugares de dispensación de sustancias le genera estímulos para su uso. Por lo que su plan de acción para solucionar estos problemas tiene que ver con desarrollar rutas al trabajo alternativas, de las que no conozca los alrededores. Además, propone un cambio en el medio de transporte: «intentar pasar por lugares nuevos, en los que no me sienta tan cómodo. Voy a ir en bicicleta a trabajar» (Hombre P21 AF8). Si bien en el relato de algunas personas se plantea explícitamente no querer acceder al dinero, no son personas que se encuentren en una situación económicamente solvente. Sino más bien que su deseo es no acceder a lo que el dinero

podría representar en el acceso a las sustancias: «no necesito plata, mejor para mí. Comida consigo la del achique y del refugio» (Hombre P18 AF5). El acceso al dinero como un problema para algunas de estas personas: «salir e ir directo para el refugio. Pedirle a alguna de las educadoras si me la guarda» (Hombre P10 AF6).

Algunas personas que participaron de esta investigación estaban en condiciones de diferentes tipos de vulnerabilidad, entre ellas, económica. Una de las soluciones propuestas para este tipo de problema es el indagar sobre las prestaciones sociales que le corresponden. De esta forma, en el discurso de esta mujer se manifiesta que estuvo ausente del acceso a la matriz de protección social, quedando desplazada por no contactarla. En su relato se desprende desconocer los tipos de prestaciones a las que puede llegar a acceder: «ir al mides para ver si puedo tener alguna canasta» (Mujer P20 AF9).

La solución de problemas, al igual que todos los planes de acción, son armados personalmente y modelados para intentar trabajar en sus fallas. De esta forma, se identifica que el tener un trabajo no impacta de la misma manera en todas las personas. Un aspecto relevante es que más de un usuario mencionó la fragilidad que podría representar en ellos el acceso a un empleo que oficiara de un dinero del que dicen no necesitar. En ese sentido, para algunas de las personas que mantienen objetivos y entienden que diferentes cambios en su vida pueden afectar de manera negativa, se plantean no conseguir un trabajo que les represente ganancia monetaria, o en algunos casos esperan que alguna otra persona sea la que guarde ese dinero: «si llego a conseguir trabajo me voy a ver tentado a gastarme la plata» (Hombre P19 AF8). Cuando el objetivo del tratamiento no se viene enfocando de la mejor manera, el acceder a un tratamiento de mayor profundidad puede ser la solución al problema presentado: «ir pensando en internarme» (Hombre P18 AF7).

La situación de la vida en la intemperie y del acceso a los refugios es otro de los temas que son planteados para solucionar, de forma frecuente: «intentar pasar la noche despierto en la calle e ir para el achique y pedir para dormir ahí» (Hombre P 18 AF4). Se plantea el insomnio como uno de los problemas frecuentes para las personas que están en este proceso de tratamiento. En su solución de problemas, uno de los más frecuentes es plantear el horario de uso del mate: «cambiar horario de tomar mate, de 6 a 8 y no a la tarde. El mate siempre me deja ansioso a la noche también.» (Hombre P16 AF4), «cambiar el horario de tomar el mate, si no puedo dormir tomar una pastilla» (Mujer P13 AF4).

Habilidades sociales y recreativas

Irme con mis amigas a la plaza.  
(Mujer P20 AF6)

Hacer cosas que me hagan bien estos días  
(Fútbol 5, ver a mi prima, hablar con gente).  
(Hombre P3 AF3)

Cuando se analizan las habilidades sociales y recreativas, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 27,8 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la sexta estrategia más mencionada. Dentro de esta habilidad las personas mencionan invitar a realizar actividades a gente con la que están seguras e que el desenlace no estaría relacionado con el uso de sustancias: «salir por ahí, invitaría gente a mi casa, a mi sobrina, me hace bien invitar a XXX» (Mujer P20 AF3). Con respecto a actividades recreativas también se menciona el uso de sustancias, por lo general referido al uso de otra sustancia por la que la persona decidió iniciar el tratamiento y en compañía de personas con quienes se sienta en un entorno amigable y ameno a poder disfrutar de un momento agradable sin el uso de la sustancia problema: «tomar solo vino con XXX que no consume cocaína» (Hombre P4 AF4).

Dentro de los refugios, se menciona la intención de participar en las actividades de aquellas personas que no se relacionan con el uso de sustancias, para el manejo del tiempo libre: «hablar con los que se no consumen del refugio, para ver sus planes y si me puedo sumar» (Hombre P19 AF5). También se menciona asistir a un lugar diurno, que cuenta con actividades recreativas: «ir a la XXX» (Hombre P19 AF5). Las intersecciones en los planes de acción son constantes, un ejemplo es el siguiente: «puedo enfocarme en objetivos e ir trabajando en esos, me gustaría retomar actividades deportivas como el fútbol, pensar en el trabajo y retomar vínculos familiares» (Mujer P17 AF6).

Las actividades deportivas son de las más mencionadas en esta categoría. De esta forma se menciona la cercanía con el complejo deportivo y el acceso gratuito a él: «hacer actividades en el SACUDE» (Hombre P14 AF4); «salir a correr, anotarme en las actividades del SACUDE» (Hombre P12 AF7); «ver qué puedo hacer en el SACUDE» (Mujer P13 AF5); «retomar el SACUDE» (Hombre P4 AF8). Dentro de las actividades recreativas guardan especial relevancia aquellas que se practican de forma solitaria y además que puedan realizarse en cualquier horario, entre ellas el correr o hacer ejercicio funcional de forma autónoma. De esta forma algunas personas relatan que el practicar ejercicio los prepara para alguna situación que pueda presentarse como riesgosa en su cotidianidad: «salir a correr, aunque haga frío. Hoy a la noche

voy a salir a correr de antemano, sé que se viene una pelea antes. Voy a salir a correr por el cantero a las 20» (Hombre P12 AF1). En algunas ocasiones relatan situaciones en las que no es importante el tipo de actividad, sino que la interacción con otras personas es el fin «intentar hacer planes para no estar solo» (Hombre P11 AF5).

El manejo del tiempo libre constituye uno de los problemas para algunas personas, de esta forma, el uso del tiempo, lejos de disfrutarlo, parece ser una carga. Entonces aparece la necesidad de llenarlo de actividades que no se relacionan con el uso de sustancias. Incluso aunque no quede tan claro el placer de hacerlo: «ponerme a jugar a las cartas con quien encuentre» (Hombre P4 AF4); «irme de casa para otro lugar con gente, consumo solo por lo general. Quiero sentirme más sociable, fuerte, contento» (Hombre P1 AF4).

### Controlar las emociones

Enfocarme en cuando estaba bien.  
(Hombre P8 AF10)

Saber que se me va a pasar, todo se acomoda.  
(Hombre P3 AF7)

Cuando se analiza el control de las emociones como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo, en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 20,6 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la séptima estrategia más mencionada. Dentro del manejo de las emociones, se mencionan desenlaces de sentimientos de tristeza como el plan de acción que puede colaborar en los objetivos del tratamiento. De esta forma el llorar es una de las formas mencionadas: «prefiero llorar, estar con mi pareja, irme con mi prima» (Mujer P 20 AF1). La ingesta de alimentos ricos en glucosa es algo que se presenta repetidamente dentro del manejo de las emociones. De esta forma, personas manifiestan que es parte de sus estrategias para el manejo de las emociones tristes: «comer cosas que me hagan sentir bien como dulce de membrillo» (Hombre P19 AF1). Para el manejo de las emociones una de las estrategias mencionadas es el acceso a un médico psiquiatra. Se identifica especialmente cuando existen síntomas de una intensidad profunda y antecedentes severos: «iniciar un tratamiento con un psiquiatra, hoy pido hora» (Hombre P18 AF7). Emplear otra sustancia para manejar emociones intensas y de esa forma desarrollar estrategias que le permitan controlar las emociones es uno de los planes mencionados, sobre todo con el uso de marihuana: «fumar un porro y ponerme a meditar. Quiero estar en paz» (Hombre P3 AF9).

Dentro de los planes de acción para el manejo de las emociones se mencionan estrategias de focalización positivas, en las que la persona reconoce sus logros y realiza los comentarios acordes a su situación: «vengo haciendo las cosas bien, es un muy buen camino. Tengo que seguir este camino para conocerme y ver quién soy» (Mujer P6 AF2). En el manejo de las emociones y el uso de sustancias se relata analizar eventos en los que se recurrió a los usos de ellas con miras a afrontar la situación y el desenlace no fue el esperado: «saber que tomar no va a mejorar ese sentimiento, sé que es peor» (Hombre P9 AF7).

### Cambio de planes

Caminar unas cuadras de más para no pasar por esos lugares.  
(Hombre P2 AF2)

Cuando se analiza realizar un cambio planes, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, aparecen en el 20,1 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la octava estrategia mencionada. Los cambios de planes tienen que ver con planes de acción que modifican su accionar y están básicamente relacionados con cambios en sus rutinas diarias para poder sobrellevar los objetivos de su tratamiento de la mejor manera. En ese sentido la mayoría de estos planes de acción se relacionan directamente con no pasar por lugares donde pueda verse estimulado para emplear distintas sustancias: «rodearlo, no me importa caminar mucho más. No quiero pasar y verlos» (Hombre P12 AF1).

En el relato algunas personas también mencionan esto como un plan de acción que no está planificado en su permanencia, sino que lo entienden necesario en el marco de su tratamiento: «intentar no pasar por ahí, sé que es por un tiempo nomas y después voy a poder» (Hombre P15 AF10). También lo sujetan a determinado evento puntual, en el que se sienten seguros de poder lograr sus objetivos: «intentar no pasar por ahí, si voy es solo para ver un partido de fútbol» (Hombre P7 AF9).

### Habilidades de comunicación

Hablarlo ya no me da vergüenza. Quiero salir de esto.  
(Hombre P14 AF7)

Cuando se analiza el trabajo en las habilidades de comunicación, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, aparecen en el 12,9 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una

estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la novena estrategia más mencionada. En ocasiones se relatan situaciones en que la persona participante tiende a tener una lectura de la situación, sin conocer demasiado los argumentos. Esta lectura por lo general es negativa y anticipa el uso de sustancias. De esta forma la propuesta planteada en los planes de acción tuvo que ver con mantener una conversación con otra persona, para obtener los argumentos correspondientes para analizarla: «hablar con él, la verdad no tengo mucha idea ni qué piensa de mí» (Hombre P21 AF10).

Se relata la figura del educador como una de las posibles personas con quien mantener una conversación saludable, que puedan contener temas relacionados con el uso de sustancias, pero también intercambiar sobre otras situaciones que hacen al bienestar emocional de las personas: «hablar con alguien, alguno de los educadores» (Hombre P19 AF4).

Los conflictos con familiares son uno de los motivos que más se mencionan para realizar planes de acción que tengan que ver con habilidades en la comunicación. En este sentido, confrontar a los familiares para expresar sus sentimientos es una de las estrategias asumidas: «enfrentarlo de antemano, ponerlo en frío y decirle lo que siento» (Hombre P12 AF2). El mantener conversaciones difíciles con otras personas es otra de las estrategias de afrontamiento que se planificaron, si bien no es un tema central acerca de los usos de sustancias, incide de forma negativa en la calidad de vida de las personas: «ir a lo de mis suegros para afrontar la situación, me va a ser difícil, pero seguro después me hace bien. Hablar con mis suegros y no con mi mujer para que me entiendan» (Hombre P15 AF5). Los planes de acción referidos a las habilidades de comunicación tuvieron la intención de planificar las conversaciones difíciles y en ese sentido algunas personas mencionan las dificultades que habían tenido anteriormente, pero incluso manifestaban su deseo de continuar queriendo intentarlo: «hablar con ella antes, nunca me funciona, pero puedo intentarlo» (Mujer P6 AF8).

La asistencia al tratamiento, para conversar sobre temas que hacen a los resultados obtenidos y a la recomposición del vínculo familiar, es otro de los factores que mencionan las personas, en ese sentido se reafirma la importancia del involucramiento familiar para el logro de diversos objetivos. En ocasiones distintas personas solicitaban realizar las consultas familiares para hablar de diversos temas: «pedirles que vengan acá, a hablar todos juntos» (Mujer P13 AF6).

Conversar sobre los efectos positivos del cese de la sustancia fue uno de los planes de acción que fueron empleados, para iniciar conversaciones difíciles y recomponer vínculos familiares desgastados: «contarle de lo bien que estoy sin consumir» (Mujer P13 AF2).

En personas que mantenían vínculos con familiares que presentaban uso problemático de alguna sustancia y se encontraban logrando los objetivos de sus tratamientos quisieron planificar la conversación de charlas referidas a los usos problemáticos que podrían existir dentro de la familia: «hablar con ella o con mi madre, están en cualquiera las gurisas» (Hombre P10 AF10).

Temas relacionados con el mundo laboral (búsqueda o mantenimiento)

Puedo arrancar a entregar CV.  
(Mujer P17 AF7)

Intentar dejar CV en algunos lugares.  
(Hombre P12 AF8)

Cuando se analiza el trabajo en temas relacionados con el ámbito laboral, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 7,7 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la décima estrategia mencionada. El dinero como un factor tentador para el uso de sustancias se menciona como un evento que puede llevar a no buscar trabajo a las personas participantes o incluso se replantean sobre la pertinencia de conseguirlo y la mejor forma de hacerlo. Esto también se analiza en planes de acción. Para los que sí manifiestan querer conseguir un trabajo y que esto no les representa una tentación buscan las formas alternativas para hacerlo: «sacar una tarjeta y depositarla ahí, supongo que igual te pagan por tarjeta y no en plata» (Hombre P3 AF2).

La búsqueda de trabajo o el mantenimiento de este es la segunda habilidad menos empleada en los planes de acción. De esta forma esta habilidad se menciona como factores que busquen dejar de lado eventos que son identificados como negativos para el participante: «no trabajar más con él, buscar en otro lado» (Hombre P22 AF6). Se menciona como un factor desencadenante de estrés cuando no se dan las condiciones esperadas. Una de las estrategias de afrontamiento tiene que ver con analizar las condiciones laborales en las que las personas se enfrentan a diario y analizar las dificultades de ese lugar como un continuo, de esa forma esperan analizar su conformidad o no con el lugar que trabajan: «saber que me gusta estar ahí, se me pasa cada tanto» (Hombre P21 AF8). Se mencionan nuevos emprendimientos, como factor protector y motivador: «ir planificando el lugar para hacer costura» (Mujer P20 AF7); «ir para mi casa e intentar hacer algo que quiera. Me gustaría revisar unos celulares que tengo para hacer un negocio» (Hombre P12 AF9).

Las actividades informales son mencionadas por varias personas en situación de calle, de esta forma el trabajo no formal como el de cuidar vehículos representa una manera de acceso al dinero y al mundo laboral: «ponerse en actividad, puedo ponerme a cuidar coches en algún lugar» (Hombre P18 AF1). Los trabajos, aunque no sean remunerados, son bien conceptualizados en general. De esta forma también el trabajo para mejorar las condiciones de vida es una de los aspectos mencionados: «ponerme a trabajar en casa, tengo pendientes» (Hombre P14 AF4). Los accidentes laborales no son mencionados en los planes de acción, pero sí se menciona la calidad del trabajo producto de una ingesta de sustancias: «pensar que si tomo una siempre se me va la mano y no puedo frenar. Eso afecta el trabajo después» (Hombre P12 AF7). Las metas del trabajo relatadas son diversas, entre ellas se encuentra la intención de generar un trabajo estable: «lograr pasar los tres meses» (Hombre P8 AF10).

### Relaciones de pareja

Pensar en que vamos a mejorar a futuro, sé que podemos salir de esto.  
(Hombre P14 AF8).

Hablar con ella.  
(Hombre P15 AF7)

Cuando se analizan relaciones de pareja, como plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo en el conjunto de planes de acción, ellas aparecen en el 3,8 % del conjunto de los documentos analizados. Puede aparecer en un plan de acción más de una estrategia en la misma frase. Esto lo convierte en la estrategia menos mencionada. Si bien el apoyo en familiares y parejas es una cuestión solicitada, son escasas las referencias que se hacen en torno a intenciones de mejorar las condiciones de pareja. En este sentido, cuando es mencionado siempre se aluden actividades que hagan a la conversación o planificar actividades recreativas de forma conjunta: «hablar con ella, siempre nos pasa que discutimos y después nos arreglamos. Pero hablar enseguida» (Hombre P16 AF11).

### Metas de gestión o reducción del uso de sustancias

Me aferro mucho a la marihuana, eso me pueden llegar a compartir ellos,  
lo otro no.  
(Hombre P11 AF2)

Fumarme un porro, tomar alguna pastilla.  
(Hombre P5 AF 5)

También se analizaron en el desarrollo de los planes de acción las menciones a la gestión de los riesgos y la reducción de los daños, esta no como vía única de análisis, sino también

como estrategia que acompañaba diversos planes de acción. La más mencionada en los planes de acción es el uso de marihuana como ansiolítico. Sobre todo, en usuarios de estimulantes. Entre las estrategias de afrontamiento a situaciones de riesgo se relata el uso de ella con la intención de generar un efecto ansiolítico y posterior a su uso solicitar el apoyo de referentes: «fumarme un porro y decirle a una amiga que estoy mal» (Hombre P22 AF7). Para la disminución de sintomatología física, algunas personas piensan indistintamente en alguna sustancia que le permita disminuirlos. Comparando en repetidas oportunidades el uso de fármacos sin prescripción médica con los efectos de la marihuana para conciliar el sueño o disminuir la ansiedad: «tomarme una pastilla o un faso» (Hombre P21 AF5). El empleo de alcohol como forma de uso se repite asociado a la participación en eventos sociales: «solo tomar alcohol y fumarme un porro antes, no usar nada más» (Hombre P22 AF4).

El sentimiento de necesidad física muchas veces hace recurrir a planes de acción que estén relacionados con el uso de otras sustancias. Incluso sin importar cuál sustancia sea, ni qué efectos tienen mientras no sea la sustancia por la que la persona ingresa en el tratamiento. «Intentar conseguir algo para calmarme sin que sea pasta» (Hombre P11 AF7). El uso de marihuana es mencionado por varias personas como la sustancia que les atribuye la posibilidad de conciliar el sueño. De esa forma se asemeja a un uso medicinal en lugar de uno recreativo de ella: «fumarme un porro, me gusta fumar para dormir y eso me relaja» (Hombre P21 AF9).

Los eventos de gestión de uso de otras sustancias dependen también de la compañía con quienes se encuentren, de esa forma algunos usuarios se cuidan de no emplear la sustancia por la que entienden que tienen el problema, sintiéndose seguros de emplear otras que entienden que no les afecta de la misma forma, por la sustancia o por el contexto donde la usan: «no consumir cocaína, pero sí tomar alcohol máximo un litro porque él no consume cocaína y entonces no creo que me dé ganas» (Hombre P16 AF3). Se relatan también situaciones en las que intentan disminuir la sintomatología de la ansiedad con actividades físicas y de esta forma si no es posible hacerlo piensan en recurrir al consumo de marihuana como alternativa secundaria al uso de otras sustancias (Hombre P15 AF9), también se narra cómo el apoyo de terceros puede contribuir en la misma línea de disminuir su sintomatología: «si tengo marihuana la fumo para bajar, si no, voy a lo de mi madre o hago deporte» (Hombre P15 AF4).

Los relatos en torno a la gestión de riesgos y daños y al uso de otras sustancias son variados y con muchas aristas. En el caso más extremo se encuentra el de una persona que relata que por no tener marihuana para poder calmar su sintomatología por abstinencia de uso de cocaína terminó fumando pasto, con la intención de calmar su necesidad de usar cocaína: «ir al patio, si eso no me sirve prenderme un faso afuera y de última ir a buscar a mi madre. Un

día fumé pasto para calmarme y sentí que eso me rindió» (Hombre P15 AF). El uso de marihuana también aparece como un factor anticipatorio, que genera calma, incluso antes de que aparezcan los síntomas de ansiedad. De esa forma algunas personas anticipan su uso con la intención de no sufrir situaciones adversas producto del no uso de otras sustancias. «fumarme un faso ni bien me levanté» (Hombre P11 AF9).

En personas con patrones de uso de sustancias crónicos, con antecedentes de diversos tratamientos y que vivieron privados de libertad aparece el término *encanicarse* como el uso de diversas farmacologías, de forma individual o de forma conjunta, pudiendo ser el uso de varias distintas o el de muchas de estas. De esta forma, el uso de fármacos de forma diversa, sin obedecer a una posología indicada ni a una clara forma de administración para lograr un efecto deseado aparece como una de las estrategias que los usuarios plantean que les hace sentir seguros para no usar la sustancia por la que consideraban tener un problema: «encanicarme, aunque las pastillas ya no me hacen nada» (Hombre P8 AF 9). El manejo de diferente farmacología en ocasiones está relacionado con la necesidad de dispensación por terceras personas. Cuando este es el caso de personas que asisten a refugios o que no cuentan con referentes socioafectivos el rol de las educadoras de los refugios es resaltado como posible administrador de los fármacos: «pedirle a alguna educadora alguna pastilla» (Hombre P10 AF 8). El uso del mate y de la marihuana aparece en diversos análisis de planes de acción de forma indiscriminada: «irme a tomar mate, fumar un porro» (Hombre P7 AF1).

En personas que administraron objetivos de reducción del uso de las sustancias fueron diversas las estrategias empleadas. Entre ellas administrar el contado de forma económica, restringiendo el uso diario de ellas o el monto de inversión en la sustancia que entendían podría no generar problemas económicos familiares y al mismo tiempo se sintieran seguros de poder administrar solamente esa cantidad: «consumir solamente aquello que pueda comprar con 300 pesos. Arrancar desde que ya no me quede más a contar eso» (Hombre P14 AF10). Otras estrategias implementadas tienen que ver con restringir posteriormente al acceso a las sustancias las formas que entienden que puedan ser pasibles de tentación: «ir a dar una vuelta en la manzana, no pasar por la boca. Saber que con 300 está bien, no necesito más. Intentaré gastar energía» (Hombre P14 AF8). Hacerse de la cantidad y del tipo de sustancia deseada y posteriormente restringir el acceso a la sustancia es otra de las estrategias planteadas: «comprar solo eso y evitar salir después» (Hombre P14 AF6).

Para finalizar este capítulo se retoman las preguntas de investigación. Ellas fueron:

¿Cuáles son las situaciones de riesgo que las personas identifican pueden poner en riesgo los objetivos de su tratamiento? Las situaciones de riesgo mencionadas en los planes de

acción tienen que ver con necesidad o tentación de consumo, emociones desagradables, momentos agradables con otros, conflictos con otros, presión social, malestar físico, probando autocontrol y emociones agradables. Los precipitadores relacionados con la tentación del uso de la sustancia manifestados por los usuarios se relacionan sobre todo con la accesibilidad de la sustancia (incluyendo lugares de dispensación y vías de financiamiento), el policonsumo, relaciones con otras personas, la presencia en los ambientes de otros usos de sustancias, vínculos familiares que predisponen el uso de ellas y la vida en situación de calle.

Sobre las emociones desagradables, estas tienen que ver principalmente con sucesos relacionados con eventos pasados, situaciones de violencia, de separación y pueden estar vinculadas con el uso de sustancias o no. Se relacionan con pensamientos o emociones tristes y muchas veces sujetos a las posibilidades de no cambiar el futuro y relacionarlo con situaciones negativas. La vida en situación de calle es, en sí mismo, un factor desencadenante de emociones desagradables, siendo uno de los principales eventos mencionados.

Sobre los momentos agradables con otros se vinculan sobre todo a invitaciones de otras personas en lugares donde se frecuenta el uso de sustancias, cuidar las apariencias en esos entornos, la invitación sostenida, recordar situaciones placenteras en esos lugares y la accesibilidad de la sustancia en las invitaciones mencionadas.

Los conflictos con otras personas es otro de los factores que puede ocasionar eventos precipitadores del uso de sustancias. En ese sentido, los problemas se relatan sobre todo en personas que pueden ser consideradas como parte del apoyo para el éxito de los objetivos de las personas y con el afrontamiento de las emociones desagradables que esas peleas pueden ocasionar. Por último, también se mencionan situaciones en las que los conflictos con otras personas pueden darse por temas relacionados con el uso de sustancias y la situación de calle como uno de los factores que más incide en las situaciones conflictivas con otras personas.

La presión social se menciona ejercida directamente o indirectamente, por familiares, amigos o personas que no mantienen un vínculo afectivo, salvo el uso de las sustancias. Incluso se dan en situaciones en las que la presión puede operar con efecto tardío, fomentando la tentación del uso de sustancias a posterior.

Sobre el resto de los precipitadores que son menos mencionados se relaciona el malestar físico con el uso de sustancias para aliviar determinados síntomas negativos (relacionados con el cese de la sustancia o no); probar el autocontrol es mencionado en menor medida como la prueba de poder pasar a hacer un uso recreativo de la sustancia; las emociones agradables se mencionan sobre todo con la posibilidad de festejar de forma aislada con el uso de las sustancias.

¿Cuáles son las estrategias para vencer las dificultades que se presentan en el logro de sus objetivos? Las estrategias mencionadas para afrontar situaciones de riesgo en los planes de acción y siguiendo un orden de mayor cantidad de menciones fueron: planificar metas, solicitar apoyo a un referente socioafectivo, rehusarse al consumo, realizar un análisis funcional, planificar solución de problemas, habilidades sociales y recreativas, control de las emociones, cambio de planes, habilidades de comunicación, estrategias de fortalecimiento laboral y mejorar las relaciones de pareja. Sobre la planificación de metas para afrontar situaciones precipitadoras del uso de sustancias, se mencionan metas que son ajenas al uso de sustancias y otras que están directamente relacionadas con su administración. Entre las que no tienen que ver con el uso de ellas se relacionan a mejoras económicas, retomar actividades que antes le representaban alguna satisfacción, recomponer vínculos con personas, cuidado autopersonal y el egreso de la situación de calle. Sobre las metas que se relacionan directamente con el uso de las sustancias, aparece la adherencia al tratamiento o las metas de gestión y reducción del uso de sustancias. Sobre todo, mencionan usar cannabis para mitigar riesgos asociados con el uso de la sustancia que consideran un problema. Además, se visualiza el uso de cannabis como otra sustancia con la que la mayoría de las personas se siente seguras de poder mantener un uso, sin que este le traiga aspectos negativos a su vida. En menor medida aparece el uso de fármacos y del alcohol para sobrellevar diversas situaciones angustiantes o sociales sin emplear la sustancia que consideran un problema.

Sobre la solicitud de un apoyo de referente socioafectivo, que corresponde al segundo plan de acción mencionado, la mayoría de las personas lo manifiestan como una expresión de deseo a futuro, siendo un plan de por sí mismo que en el caso de necesitarlo se le solicitará el apoyo. No fue parte de un plan de acción consensuado entre la persona en tratamiento y el referente sociofamiliar de forma anticipada. Se mencionan solicitudes a personas familiares, amigos e incluso referentes institucionales como educadores.

Realizar modelamientos referidos a negarse a usar las sustancias es mencionado como uno de los factores que permite a personas enfrentar situaciones de riesgo que no le permitan lograr los objetivos que se plantearon en el marco del tratamiento. Estos modelamientos se centran en poner límites en general, negándose también a participar de eventos en los que el uso de sustancias es una posibilidad y las personas deciden anticiparse a la posibilidad de su uso. Las formas de negarse al uso de sustancias van desde realizar explicaciones, hasta irse del lugar de forma abrupta.

Analizar las ventajas y desventajas (en el corto y largo plazo) de sus acciones (balance decisional) es el cuarto plan de acción más mencionado por las personas. De esa forma, las

situaciones se vinculan con el uso de la sustancia, con su justificación personal de por qué hacerlo y con un análisis sobre los efectos positivos y negativos del uso de ellas. En estos balances también se realiza un análisis sobre la gestión y obtención del placer al emplear sustancias (cualquiera de ellas y sobre las mejores cantidades para hacerlo) y la realización de otra actividad.

La solución de problemas es una de las estrategias que tiene sus grados de conexión con planificar metas y habilidades sociales y recreativas. De la misma forma, se relacionan con eventos que tienen que ver directamente con establecer soluciones para lograr la meta de no usar la sustancia que consideran un problema o también planificar soluciones para incidir en otros problemas de su vida. En este sentido, entre los problemas más mencionados está el mantener tiempo libre, el manejo del dinero y de la vida en situaciones de vulnerabilidad en general (problemas socioeconómicos y vida en situación de calle).

Sobre las habilidades sociales y recreativas se menciona sobre todo la realización de ellas para el manejo del tiempo libre y por esto se buscan aquellas actividades que puedan hacerse en cualquier momento, sin una agenda predeterminada. Se visualiza la gran cantidad de participaciones a eventos relacionados con el centro que fueron derivados desde esta investigación, por lo que se hace énfasis en la necesidad de contar con un centro de referencia que pueda captar la demanda de actividades culturales, sociales, de formación y deportivas de las personas.

En el control de las emociones como plan de afrontamiento de precipitadores se menciona el acceso a intervenciones médicas para afrontarlas mediante indicaciones medicamentosas o el reforzamiento personal, realizando un cambio de pensamientos.

Los cambios de planes resultan ser un factor que se asocia a cambios de rutinas diarias, para evitar personas, lugares o situaciones que identifican como desencadenantes de situaciones de riesgo a eventos de uso de las sustancias.

Emplear habilidades de comunicación para intercambiar sobre determinados problemas con otras personas. De esta forma, las personas que lo mencionan identifican que el intercambiar no les permitirá sobrellevar la situación de riesgo sin emplear las sustancias. No se mencionan las habilidades de comunicación como la puerta a nuevos vínculos ni afrontar de otra forma determinadas situaciones nuevas.

Los aspectos relacionados con el trabajo son apenas mencionados y quienes aluden a esto no lo hacen como un factor meramente positivo, sino que también lo relacionan a eventos que pueden causar tentación para afrontar determinadas situaciones de uso de sustancias.

Los temas referidos a la recomposición en las parejas apenas se mencionan, pero esto puede deberse a que la muestra empleada se encontraba en su mayoría soltera y quienes así lo hacían manifestaban su intención de continuar de esta forma.

## 9.4 Percepciones de eficacia en personas que asistieron a distintos servicios de asistencia

Para los resultados de esta investigación, se toman en cuenta las menciones en la entrevista inicial y los datos aportados en los seguimientos a las personas que fueron derivadas a otros tratamientos.

En la entrevista inicial se conoce que: de los pacientes que se presentaron solamente una persona empleó este tratamiento como su primer intento por dejar de consumir. Los demás pacientes realizaron otros intentos, algunos con apoyos asistenciales y otros de forma autónoma. Del total de participantes, la mayoría no intentó todos los espacios de asistencia de la red. Siendo lugares de concurrencia más mencionados los de comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda y la atención psiquiátrica, seguidos por dispositivos asistenciales sanitarios como lugares de internación y desintoxicación. Por último, el lugar de asistencia que menos fue mencionado por personas con un uso problemático en busca de asistencia fue un médico de medicina general. Analizando los datos puede visualizarse una suerte de preferencia de tipo asistencial según el tipo de sustancia por la que se busca apoyo. Siendo de los lugares más mencionados por usuarios de estimulantes, como la pasta base y la cocaína, las comunidades terapéuticas. Los grupos de autoayuda reflejan una asistencia bastante heterogénea por diversas personas usuarias de sustancias. El único espacio en el que todas las personas solicitaron apoyo para intervenir sobre sus usos problemáticos de sustancias fue la atención psiquiátrica, existiendo un gran número de personas que decidieron no consultar con un médico de medicina general, salvo para pasar a la atención especializada. Para su mejor comprensión y exploración de los datos, se especifica en la Tabla 21 el tránsito relatado, mencionado por diversos servicios asistenciales en los participantes de esta investigación.

*Tabla 21. Asistencia a dispositivos de atención*

	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta base	No asistieron
Desintoxicación	4,50 %		9,10 %	13,60 %	72,70 %
Internación	4,50 %		13,60 %	9,10 %	72,70 %

Medicina General	4,50 %		4,50 %	9,10 %	81,80 %
Psiquiatra	9,10 %	4,50 %	9,10 %	9,10 %	68,20 %
Grupos autoayuda	9,10 %		18,20 %	4,50 %	68,20 %
Comunidad terapéutica			9,10 %	22,70 %	68,20 %

En esta tabla se especifica el pasaje de asistencias que pasaron anteriormente las personas que participaron de la investigación. Tomando el total de participantes y haciendo la división por tipos de sustancias(N=22).

Sobre los logros obtenidos en los tratamientos, los usuarios relatan las siguientes experiencias:

Con respecto a las personas que pasaron por tratamientos de desintoxicación, lo hicieron con miras a realizar la internación posteriormente y quienes manifiestan haberlo hecho no pudieron lograrlo: «quise internarme, pero no pude, no pude lograr ingresar al xx» (Hombre P22, entrevista admisión).

Con respecto a los tratamientos por internación, todas las personas que relatan participar de este tipo de tratamiento mencionan que obtuvieron la abstinencia. Su variación es sobre la cantidad de abstinencia posterior al tratamiento. Quienes comentan su participación relatan variaciones en cuanto a su tiempo de abstinencia. Algunas personas relatan abstinencia de años y otras personas relatan duraciones de abstinencia de tiempos cortos: «mientras duró la internación» (Hombre P2, entrevista admisión), «cuando estuve internado me fue bárbaro. Estuve una semana y salí bien» (Hombre P14, entrevista admisión).

De todas las personas participantes, ninguna relata el pasaje por un tratamiento con un Dr. en medicina general como su único pasaje por un tratamiento. Ninguna de las personas entiende que un pasaje por un médico de medicina general podría ser un tratamiento para usos de sustancias por sí mismo, sino como vía de acceso a otros tratamientos.

De las personas que pasaron por tratamientos con psiquiatras comentaron que les sirvió para tratar síntomas asociados al síndrome de abstinencia y a temas relacionados con la salud mental. Pero no relatan un tratamiento específico que colaborara en el cese de sus usos de sustancias. Incluso aunque el acceso al tratamiento con psiquiatra es uno de los más mencionados, ninguno lo realiza de forma aislada. Sino como un tratamiento más, dentro de otros tratamientos. En ese sentido, los beneficios mencionados se relacionan meramente en disminuir la sintomatología: «bajar la ansiedad» (Mujer P13, entrevista admisión).

En los grupos de autoayuda las personas relatan experiencias disímiles. Están aquellos que describen un bienestar asociado a su participación y que la falta de ellos puede llevar a necesitarlos y hacer sentir su ausencia: «los grupos me hacen bien, yo bajo cuando voy a los

grupos, pero es cuando me levanto al otro día y me encuentro ya sin nada» (Hombre P12, entrevista admisión). Algunas personas también relatan su extremo opuesto, mencionan que su experiencia de participación no tuvo el impacto deseado en el tratamiento: «con el grupo de XX me fue peor, son historias de vida diferentes a la mía. Muy violentos...» (Hombre P14, entrevista admisión).

Por último, las comunidades terapéuticas. Estos son los lugares de intervención que las personas de esta investigación que usaban pasta base privilegiaron como lugar de tratamiento. Quienes participaron de estas relatan experiencias positivas en general. Sobre todo, aluden a una relación de empatía y compromiso: «recibí apoyo y contención» (Hombre P7, entrevista admisión).

Existe otra fuente de datos que se tiene en cuenta para el armado de este objetivo, tiene que ver con los relatos de las percepciones en personas que fueron derivadas a algún servicio de la red, posterior a recibir este tratamiento ambulatorio. Cuando los logros de los objetivos no se obtuvieron de la forma esperada por el usuario, cuando el usuario manifestó necesitar algún servicio de apoyo adjunto que le permita sostener sus logros o cuando pese a los logros la persona consideró querer obtener más ayuda la persona fue derivada. En el transcurso de esta investigación se dio que cuatro personas fueron derivadas a otro dispositivo posterior a recibir el tratamiento que en esta investigación se menciona. Tres personas fueron derivadas con reducción en sus patrones de uso de sustancias, no obteniendo el logro por el que ingresan en el tratamiento y una persona fue derivada sin lograr la reducción de los usos, por entender que no estaba logrando los objetivos planteados. En ellas se realizó el mismo plan de seguimiento que quienes manifiestan no necesitar otro dispositivo alternativo de asistencia. En la entrevista de seguimiento también se intercambiaron sobre sus experiencias en diversos lugares de atención. También existen dos personas que posterior a su egreso en los seguimientos decidieron ingresar a otros servicios asistenciales para consolidar sus logros. Una de ellas ingresó a esta investigación para trabajar la prevención de recaídas y otra porque sufrió una recaída y entendió que era necesario ingresar en otro servicio para fortalecer sus objetivos. De sus relatos, se extrae la siguiente información:

Con respecto a la derivación a centros de internación, en un usuario que mantuvo adherencia a todas las consultas y logró la reducción de sus cantidades de uso de sustancias tuvo que ser realizada la derivación ya que sus patrones de uso continuaban dándole problemas. Debido a su historia y su sintomatología se recomendó un servicio asistencial que contemplara un tratamiento intensivo, esto fue arrojado desde un inicio por resultados del test ASSIST, por lo que fue derivado a un centro público que tiene la posibilidad de internación, al momento del

egreso en el tratamiento. Por la pandemia no estaban ofreciendo atención presencial y la atención telefónica fue frustrante para él. En todos los seguimientos durante el año relata experiencias acerca de las dificultades de ingreso al centro de internación. La virtualidad afectó de una forma muy negativa su alta motivación e imposibilitó su ingreso: «entonces yo no puedo estar cinco horas esperando en casa siempre un par de horas. Esperaba un par de horas si estaba tranquilo, pero si no me iba a trabajar. Entonces, iba a trabajar y algunas de las veces estaba con el teléfono y lo escuchaba, otras veces no» (Hombre P14, entrevista al año).

La virtualidad afectó a personas por la modalidad de intervención y también por la capacidad de oferta de distintos tratamientos: «bueno, ahora con el tema de que no hay presencialidad es medio complicado y te hacen llamadas telefónicas. Al hacer llamada telefónica y todo eso no hay presencialidad, el teléfono viste que no es lo mío y yo salgo a hacer changa. Cada vez era más complicado eso, se me complicó eso. La semana pasada fue medio complicado, no se podían comunicar bien conmigo. Era como un tratamiento que tomaba las pastillas, pero no se seguía nada. Quedó muy en el aire» (Hombre P14, entrevista al mes). Esta persona persiste con la derivación empleada y en el seguimiento al año continuó con el problema, no pudiendo asistir a un tratamiento acorde a lo esperado.

En otra de las personas que se derivó a un dispositivo de atención intensivo y se realizó trabajo para que asistiera a su derivación no fue posible lograrla, ya que después de realizar las entrevistas solicitadas de ingreso no contaban con el cupo suficiente y entró en lista de espera por tiempo indeterminado, se continuó en contacto con su familia. La madre nos relata diversas situaciones de vida en la calle y en refugio de forma intermitente. Además de la negación de asistencia al lugar de donde fue derivado por «no recibir la atención esperada, pasamos por todas las entrevistas y tampoco lo atendían». La madre (de Hombre P5) nos comenta al final de la entrevista la intención de retomar las consultas de forma ambulatoria, su justificación de querer volver a este tipo de tratamiento, aunque no se pudo lograr los resultados esperados fue: por ser uno de los lugares que no tenía las exigencias de los otros lugares como el enfoque religioso de una comunidad, la obligación de trabajar de otro de los centros que asistió y los tiempos de espera del centro de internación.

Los grupos de AA son percibidos como positivos para personas que hacen uso de ellos, entre sus ventajas se menciona el carácter ansiolítico y social de participar de ellos. Además, otro de los motivos que aparecen como percibidos por distintas personas usuarias de grupos de apoyo de autoayuda es su cercanía y su posibilidad descentralizada en el interior del país: «voy a los de NA, porque acá solamente hay de NA» (Hombre P12, entrevista al mes). También, los lazos que se dan en personas que participan de los grupos de AA son mencionados como una

constante para que incluso cuando no participen de estos, puedan colaborar con los objetivos planteados: «como que había arrancado de vuelta y ahora como que me dejé de vuelta. Igualmente frecuento mucho con compañeros de los grupos que es de las relaciones habituales que tengo hoy» (Hombre P9, entrevista al año). La participación en estos grupos de autoayuda son una constante en personas que continúan trabajando en su prevención de recaídas, donde posterior al egreso de la policlínica ambulatoria, sin ninguna derivación, ellos decidieron continuar ese tipo de tratamiento. Se relata la permanencia y participación en algunos grupos de autoayuda: «sigo con un tratamiento de terapia de los grupos» (Hombre P9, entrevista al mes).

Un usuario que se realizó el seguimiento al mes aporta información relevante para conocer el flujo de dispositivos asistenciales. Nunca había asistido a un tratamiento por uso de sustancias previo a este, comenta que nunca solicitó él mismo por no saber en qué consistía. De esta forma, la desinformación acerca de qué sucede en los tratamientos es una de las barreras para el acceso a los tratamientos. Barrera que según el relato deben vencer y esperan a momentos en los que el uso de sustancias representa niveles de problemática mayores que cuando identificaron que comenzaba a ser un problema: «lo que pasa es que nunca me llegué a imaginar lo que podía ser un tratamiento. Como lo dije recién, tuve mucha conmoción y muchas cosas y yo cambiar el tratamiento no. Yo recaí y volver de nuevo y volver, y devuelta. Todavía con una angustia» (Hombre P4, entrevista al mes).

Una de las estrategias que mencionan los participantes de esta investigación fue continuar con otros tratamientos posterior al egreso de este dispositivo asistencial, para reafirmar sus estrategias de prevención de recaídas. Los relatos consisten en hacerlo con la intención de conseguir otro tipo de apoyos, sobre todo farmacológicos: «llegaba un momento cuando estaba recolgado que estaba yendo a un grupo acá que me ayudaba porque claro con esto de la pandemia no había policlínicas por ningún lado entonces yo agarré y le dije si necesitaba, donde podría conseguir ansiolíticos porque estaba viviendo momentos re críticos» (Hombre P3, entrevista al año).

Para finalizar este capítulo se retoman las preguntas de investigación. Ellas fueron:

¿Cuáles son los servicios asistenciales por los que ya pasaron las personas? Existe una alta tasa de personas que asistieron a solicitar tratamiento en otros lugares de atención (95,5 %), por lo que pueden considerarse reincidentes y una nula mención a dispositivos de tratamiento ambulatorios, similares al que están participando en esta investigación. El siguiente dato que vale la pena destacar es el grado de participación de estos usuarios en dispositivos que no son llevados adelante por profesionales, siendo los grupos de autoayuda y las comunidades

terapéuticas con enfoque religioso los que se mencionan mayoritariamente. Con una preferencia de asistencia a grupos de autoayuda para personas usuarias de cocaína y a comunidades terapéuticas por usuarios de pasta base.

¿Cuáles fueron sus percepciones acerca de cada dispositivo y de sus mayores logros? Con respecto a los tratamientos llevados adelante de forma ambulatoria se mencionan las consultas psiquiátricas para mitigar temas relacionados con la salud mental, sin que implicara una intervención para el cese o la gestión de riesgos y daños del uso de sustancias. Las personas que relataron pasajes para la desintoxicación en distintos centros lo mencionan como un paliativo a la situación aguda de intoxicación en la que se encontraban y de la misma forma manifestaron que posteriormente no encontraron un tratamiento integrado que sea referido al tratamiento de sustancias, sino que sus efectos estuvieron relacionados con incidir directamente en su intoxicación. Ninguna de las personas relata un vínculo entre un evento de desintoxicación y su posterior ingreso en otro dispositivo, sino que lo asocian a un logro de metas mientras estuvieron en recuperación. De forma similar, el mayor logro de resultados obtenidos se relata en la internación, donde el logro de su tratamiento estuvo referido a la abstinencia y sobre todo mientras estuvo el tratamiento en curso.

¿Qué insuficiencias o barreras identifican para acceder a los tratamientos y favorecer sus logros? Las personas relatan episodios de largas esperas para acceder, lejanía con su lugar de residencia, no desear un corte abrupto en su vida (en el caso de las internaciones), no sentirse cómodos y la dificultad de volver a enfrentarse a los mismos problemas por los que solicitaron el tratamiento (Necesidad o tentación de usos de sustancias) posterior a su egreso.

## **10. Discusión de resultados**

Para el desarrollo de este capítulo y con el objetivo de contribuir a generar prácticas psicológicas basadas en evidencia para la atención en población con uso problemático de sustancias es que los capítulos siguiente se estructuran de acuerdo a los objetivos específicos planteados. Este trabajo incluye la medición con instrumentos diagnósticos en análisis longitudinales.

Se comienza analizando los cambios de categorías según criterios diagnósticos del DSM 5, en este sentido si bien es uno de los manuales diagnósticos más empleados, se desconocen investigaciones que realicen seguimientos a un año de su tratamiento en estas temáticas. En sus

resultados se visualiza un pasaje a menores efectos adversos y problemáticas asociadas a los usos de sustancias ya que existe un alto pasaje de población que se encontraba en situaciones con criterio de gravedad (82 % de la muestra) al inicio del tratamiento y al finalizarlo apenas un 18,1 % mantenía esa categoría. Por lo que el 64 % de esta muestra se reparte en niveles de menor gravedad, el 4,5 % en moderados, el 13,60 % en leve, incluso el 27,2 % ya no cumple con categorías que hagan diagnosticar algún tipo de riesgo según los criterios diagnósticos empleados. Similar conclusión, aunque con menor impacto, se hace cuando se analizan los criterios de remisión de las sustancias en análisis longitudinal, siendo este criterio diagnóstico uno de los de mayor complejidad de alcanzar, debido a la gran cantidad de meses para realizar un cambio de categoría diagnóstica. Como segundo análisis en el transcurso del tratamiento se visualiza una disminución en los patrones de uso en general, avalando la realización de este tipo de tratamiento, incluso con mediciones posteriores al cierre del tratamiento que van hasta un año de su duración. Existen otras investigaciones con resultados positivos similares a nivel internacional (Azrin *et al.*, 1996; Barragán *et al.*, 2014; Meyers *et al.*, 2011; Secades Villa *et al.*, 2011; Barragán, Vázquez, *et al.*, 2005). Para fortalecer su validez y con respecto a los patrones de uso de sustancias, mientras la persona se encuentra en el tratamiento existe una implicación significativa para la disminución del uso de sustancias en análisis no paramétrico por análisis de Wilcoxon. Dicha profundidad de la significancia está asociada al tipo de sustancia, siendo mejor el logro de personas que asistían por usos de cocaína, que por usos de pasta base. Si bien no se accedió a bibliografía específica sobre experiencias de aplicación de este tipo de tratamientos en usuarios de pasta base, sí existe bibliografía que menciona diversas dificultades adicionales en el tratamiento de esta población, que incluye temas referidos a la sustancia, pero también a fenómenos de exclusión social que se le adjudican. Sobre los resultados que hacen al tratamiento de pasta base es una población que en su mayoría se encontraba viviendo en situación de calle, esto es consecuente con investigaciones nacionales (Keuroglan *et al.*, 2019; Moraes, 2014; Suárez *et al.*, 2014). Si bien a nivel internacional existen antecedentes del CRA con esta población (Smith *et al.*, 1998), sus referencias son respecto al uso de alcohol. Por lo que los datos que se obtienen de personas con uso de pasta base son un antecedente positivo, que coloca a la práctica de Refuerzo Comunitario como una posibilidad asistencial en Uruguay, intentando colaborar con la escasa oferta en dispositivos asistenciales ya comprobada en otras investigaciones (Musto, 2021). Es posible mejorar los resultados al generar una línea de investigación que incorpore la aplicación de este modelo, con incentivos, para mejorar sus resultados en el tratamiento de usuarios de pasta base de cocaína. Sus estudios ya demostraron ser eficientes en poblaciones similares (Roozen *et al.*,

2004; Secades Villa *et al.*, 2013; Secades Villa *et al.*, 2008; Strecker *et al.*, 2014). Resulta pertinente, por lo tanto, analizar el fenómeno desde su multifactorialidad, entendiendo que fenómenos referidos a la precarización habitacional y social hacen que las personas que accedan a estos tratamientos tengan mayores dificultades a vencer. De todas formas, se visualiza una baja en los patrones de uso de las sustancias y en términos generales esto podría ser categorizado como un tratamiento exitoso. De los resultados de esta triangulación de datos puede inferirse que es un tratamiento que permite trabajar con personas que tienen un uso problemático de sustancias en general, lo que posibilita conectar con otras fuentes alternativas de satisfacción, minimizando los patrones de usos de sustancias o gestionando sus riesgos. Se reafirma que la planificación de comportamientos alternativos a la conducta de usos de sustancias, la planificación conjunta del tratamiento y los ensayos promueven la efectividad de la intervención y tienen su incidencia en la adherencia a los tratamientos, similares conclusiones obtuvieron otros investigadores (Felix *et al.*, 2019). Con respecto al análisis de datos descriptivos sobre la calidad de vida, se visualiza su importancia para poder brindar insumos que hacen a la calidad en la evaluación y el diagnóstico de la situación del usuario (Laudet, 2011). Además de que se visualiza una escala creciente de satisfacción de usuarios en diversas áreas de vida, siguiendo la media de los usuarios no es posible realizar inferencias estadísticas, según el análisis no paramétrico Wilcoxon realizado. Si existe una conexión cualitativa entre la mejora de la calidad de vida en otras áreas y su colaboración con alcanzar mayores niveles satisfacción general que incidan en una disminución de los patrones de usos de sustancias. Lo que reafirma la importancia de trabajar en diversas áreas de la vida, para que el uso de sustancias sea la opción menos elegida. En su conjunto, tomando la base de todas las personas que asistieron, fue un programa que arroja buenos resultados, en consonancia con otras investigaciones similares (Azrin *et al.*, 1996; Barragán *et al.*, 2014; Meyers *et al.*, 2011; Secades Villa *et al.*, 2011; Barragán, Vázquez, *et al.*, 2005). Desde el análisis cualitativo también se mencionan características que posicionan al Programa de Refuerzo Comunitario como una práctica efectiva ya que los participantes mencionan cualidades positivas tales como la facilidad de su aplicación, el trabajo en la comunidad, la importancia de realizarlo de forma ambulatoria, la posibilidad de hacer participativas las decisiones, la valoración de ser una instancia flexible, concurrir por voluntad propia, confianza entre el técnico y el usuario, reflexionar desde otro lugar y la asistencia de forma conjunta entre el usuario y quien lo lleva adelante. Esto hace pensar en que este tipo de programa logra ser flexible y se adapta a la vida cotidiana de quienes transitan por él, siendo una de las barreras mencionadas en investigaciones anteriores (Laudet *et al.*, 2009). Por todo esto los resultados de esta investigación sitúan como

una práctica efectiva el Programa de refuerzo comunitario para población que requiera tratamientos ambulatorios en problemas asociados al uso de sustancias en población uruguaya.

En relación con las características sociodemográficas de la población participante desde una perspectiva de género, se ve una clara sobrerrepresentación de la población masculina (N=18), por sobre las solicitudes de mujeres (N=4) a los dispositivos de asistencia en general. Pese a esto, la distribución en cuanto a género parece guardar cierta concordancia con las investigaciones generales (OUD, SND, 2019a, 2019b, 2020). Se observa una diferencia en lo que traen las mujeres acerca de sus dificultades vinculares. Hay referencias reincidentes en las dificultades en el vínculo con los hijos por temas legales o por las prácticas en la crianza. Además, manifiestan la estigmatización a la hora de estar en épocas de uso de sustancias y vivir situaciones de violencia a nivel familiar, a nivel de sus parejas y en su entorno próximo. Los niveles de agresión en las mujeres presentes siempre decantaron en violencias físicas. Relatan situaciones de violencia recíproca, pero de las que ellas fueron las que sufrieron la principal consecuencia. Lo que refleja una naturalización del proceso de violencia, por no percibirse como víctimas de la agresión, al sentir que les quita esa posibilidad estar en episodios de consumo. Quienes relataron episodios de mayor agresión o exclusión fueron las mujeres. Otro dato a mencionar es el alto índice de personas que se encuentran sin relaciones de pareja, al momento del inicio del tratamiento. Este dato reafirma diversas tendencias donde se relaciona un apoyo familiar como un buen predictor del éxito para los dispositivos asistenciales de tratamiento (Azrin *et al.*, 1973).

Casi todas las personas participantes tienen hijos, en el caso de las mujeres solicitantes todas reportan tenerlos. Es una población que presenta en general un bajo nivel educativo, siendo consecuente con los datos generales aportados y los tipos de sustancias que se asocian a ello (Keuroglan *et al.*, 2019), lo que no impidió el trabajo terapéutico y pudieron desarrollar sus capacidades de reflexión, y aprendizaje. Otro de los factores que se mencionan es la vida en situación de calle y la alta tasa de población que asiste a la policlínica a solicitar tratamiento con estas características. Tienen directa relación con los usos de pasta base de cocaína, ya que ninguna de las personas que empleaba otras sustancias como su principal problema manifestó pernoctar en situación de calle. De todas formas, se visualiza que en diversas épocas muchas de las personas que manifestaron no pernoctar en la intemperie ni en refugios pasó por periodos intermitentes de situación de calle, sobre todo asociados a eventos de uso de sustancias. Sobre las solicitudes de tratamientos por tipos de sustancias, si bien no guarda una directa relación con los tipos de sustancias por sus cantidades, puede verse una relación (si bien no simétrica) entre las solicitudes de tratamiento por uso de estimulantes. Entre ellos, llama la atención la

gran cantidad de solicitudes de tratamiento por usos de pasta base, sobre todo dada la baja cantidad de personas que la usan. En ese sentido, se reafirma la tendencia ya investigada en nuestro país (Keuroglan *et al.*, 2019; OUD, SND, 2019) sobre la alta cantidad solicitudes de asistencia en personas con uso de pasta base.

No existen antecedentes a nivel nacional sobre la autoeficacia manifestada al inicio de los tratamientos, en esta investigación la población asistía mayoritariamente segura de que con el apoyo del tratamiento podría lograr los objetivos pactados. De la investigación el 59,1% de la muestra total estaba muy seguro de poder lograr los objetivos y de estos el 84,62% lograron egreso en abstinencia, como se lo habían propuesto. Estos datos guardan concordancia con la teoría original de la autoeficacia para predecir la conducta (Bandura, 1982, 1995) y en relación a la creencia de que para poder superar la tentación de consumir uno de los factores más influyentes en el resultado del tratamiento es considerar ser capaz de lograrlo (Torrecillas, *et al.*, 2002).

Los motivos para solicitar el tratamiento se relacionan con consecuencias en diversas áreas de su vida, al menos dos para todos ellos. Las áreas de la vida consideradas en este estudio corresponden a problemas familiares, sociales, de pareja, laborales o legales. Con respecto a los niveles de ansiedad y depresión medidos por los test de Beck, existe una alta presencia simultánea de sintomatología con niveles de ansiedad o depresión severas (13,6%) niveles moderados de depresión (36,3 %) y ansiedad (40,9 %). Sin embargo cuando fueron contrastadas las historias clínicas ninguna de las personas que asistieron a solicitar tratamiento presentaba diagnósticos psiquiátricos en historias pasadas, ni manifestaba síntomas que pudieran asociarse a ninguna de ellas, aunque existe vasta bibliografía que asocia el uso de sustancia a la presencia simultánea de un trastorno psiquiátrico (García *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 2005; Marín-Navarrete y Szerman, 2015; Miquel *et al.*, 2011; Pereiro *et al.*, 2013; Redes *et al.*, 2013; Szerman *et al.*, 2011; Weaver *et al.*, 2003). Todas las personas que relatan intentos previos de autoeliminación (22,7%) manifiestan no estar en tratamiento actual, ni estar en seguimiento. Lo que denota un vacío en la cobertura de servicios en el sistema asistencial, sobre todo para personas que tuvieron antecedentes de autoeliminación recientes, en quienes se observa que mantienen niveles altos de síntomas asociados a la depresión o ansiedad y no tienen un lugar de referencia al que asistir. Esta situación puede ser de importancia sustantiva para garantizar la correcta atención en términos de salud mental en personas que cursen episodios depresivos, con la posibilidad de realizar atentados contra su vida, estén usando sustancias o no. Ya que en eventos pasados las personas manifiestan haber sentido malestares relacionados con eventos depresivos en un alto porcentaje (81,8 %) y otra gran cantidad de

personas manifestó síntomas vinculados con la ansiedad, producto del uso de sustancias (72,7 %). Si bien esta sintomatología puede ser considerada en términos de salud mental, no debería analizarse de forma aislada, ya que se encuentra en el marco de un tratamiento por usos de sustancias y con el relato de sufrir múltiples consecuencias en su vida mencionados en el capítulo anterior.

Otra de las temáticas que esta investigación reafirma tiene que ver con la importancia del trabajo en la recomposición de vínculos familiares, dado que la mayoría de la población asiste a solicitar asistencia motivada por revinculaciones familiares o establecer nuevos lazos. También se manifiesta la importancia de trabajo en conjunto con la familia para realizar una revinculación y un apoyo mutuo sobre diversas estrategias de afrontamiento a situaciones. Otro de los temas relacionados tiene que ver con que en esta población específica hay un alto índice de personas que realizaban robos (45,5 %), esto no se relaciona directamente con el tipo de sustancia ya que mencionan realizar robos usuarias de diferentes sustancias, alcohol (N=4,5%), cocaína (13,6%) y pasta base (27,3%), tampoco se relaciona con la vida en la calle ya que de las personas que realizaron robos solo el 18,2% vive a la intemperie o en refugios. Tal como se manifestó en los resultados, no está clara la asociación entre la conducta delictiva para emplear la sustancia o la conducta del robo como mecanismo de obtención del capital y posteriormente el uso de sustancias como una posibilidad. Parece ser una estrategia que, independientemente del uso de sustancias o no, se instala como medio de supervivencia. Por último, sobre los patrones de usos de sustancias de las personas que llegan, se visualiza el policonsumo como una variable presente en todas las personas. Resulta oportuno problematizar sobre riesgos asociados al uso del tabaco o investigar acerca de otras posibilidades de intervención que pudieran ser en serie, paralela o integrada con este protocolo para mitigar las consecuencias de su uso.

Sobre las situaciones de riesgo y del análisis de la triangulación de datos se desprende una relación que reafirma la importancia de los eventos relacionados con la necesidad o tentación del consumo de sustancias y las emociones desagradables como principales eventos precipitadores del uso de sustancias para las personas. Esta afirmación surge de resultados de diversas formas de recolección, entre ellas: para Necesidad o Tentación de consumo de sustancias ISCD (M=69,95) siendo el valor más alto, CACD (M=59,84) siendo el valor más bajo y del análisis cualitativo donde esta situación aparece en el 68,6% de los documentos analizados ; para Emociones Desagradables ISCD(M=62,27) siendo el segundo valor más alto, CACD (M=62,27) y del análisis cualitativo donde esta situación aparece en el %51 de los documentos analizados. Las situaciones de riesgo la necesidad o tentación del uso de sustancias

es mencionada en otras producciones académicas que podrían ser uno de los factores que inciden y en la importancia del manejo de ellas para el logro de los tratamientos (Robinson y Berridge, 2003; Baker *et al.*, 1986; Tiffany y Wray, 2012). En acuerdo con la teoría presentada las emociones desagradables se presentan en diversas bibliografías internacionales como la fuente principal de recaídas o de dificultades para el logro de los objetivos en los tratamientos (Cummings *et al.*, 1980). En esta investigación aparece como una de las variables con mayores menciones en la integración de los datos.

Del resto de las situaciones de riesgo, resulta pertinente reafirmar el peso de los factores personales (al igual que en los eventos mencionados anteriormente) y las necesidades de apoyo en diversas áreas (la base del aprendizaje social). Se resalta la importancia del manejo de emociones como posible evento precipitador de los usos de sustancias. Esta cobra mayor relevancia dada la alta tasa de menciones a consecuencias relacionadas con los intentos de suicidios (relacionados a eventos depresivos) que se mencionan al inicio de las consultas. De esta forma, las emociones desagradables y la teoría de la automedicación pueden jugar un papel central a la hora entender los usos de sustancias y su complejidad, al usar sustancias para disminuir las emociones desagradables. Es decir, quienes tienen dificultades vinculadas con la salud mental se verán más expuestos a transitar por situaciones desagradables en la vida que puedan ser manejadas con el uso de sustancias ante las cuales se deberá propiciar que éstas se enfrenten mediante alternativas saludables para no optar por ellas. Cuando se relacionan los bajos niveles de asistencia en temas de salud mental mencionados en el capítulo anterior, trabajar con la sintomatología mencionada se vuelve uno de los principales procesos necesarios para lograr los objetivos de los tratamientos, en mayor medida para quienes sostienen manejar sus conflictos de forma aflictiva.

La vida en situación de calle parece ser el evento que suma más complejidades al trabajar las situaciones de riesgo de las personas, siendo una de las barreras más mencionadas para el logro de la asistencia en general. Aunque sí existen diversos análisis que hacen a las estrategias implementadas para personas que viven en la calle (Ciapessoni, 2013), es el primer antecedente nacional que identifica en el marco de un tratamiento y en análisis longitudinal las dificultades que ellas mencionan. La vida en situación de calle tiene dinámicas complejas de por sí y para aquellos que quieren intervenir en sus usos de sustancias tienen que vencer mayor cantidad de situaciones de riesgo que quienes no viven en la intemperie. Estas dificultades se relacionan con el contexto, la falta de apoyo de referentes, la carencia de programas que hagan asistencia universal, la fragmentación de esos programas y las carencias estructurales de las personas.

Para vencer esas situaciones de riesgo no basta con planes individuales de estrategia de afrontamiento, sino que hacen falta mayores apoyos en políticas de asistencia a esta población.

Resulta también interesante que independientemente de la alta frecuencia en la mención que se hace de esta población en los usos de marihuana, casi es inexistente la aparición de esta sustancia como precipitador de usos de otras, lo que la posiciona como una sustancia con altos niveles de uso, bajos índices de riesgo asociado a su uso, baja percepción de riesgo por parte de quienes la usan y una valoración positiva para su uso en la mitigación de síntomas asociados a efectos adversos como el *craving*. El alcohol en cambio es una sustancia que se asocia a situaciones de riesgo, como desencadenante de la cadena de consumo.

El análisis en los planes de acción es en sí una versión novedosa para el acumulado de investigaciones en el tema. Incorpora un análisis sobre estrategias de afrontamiento que son posicionadas como positivas para la adherencia y el logro de metas de las personas generado por ellas mismas. El objetivo último de estas estrategias es que cada una de las personas desarrolle formas de trabajo que incorporen una modalidad de análisis a los patrones de comportamiento intercambiando sobre modalidades pasadas y hábitos no saludables, desarrollando una versión de su conducta que le permita sentirse segura de vencer el estrés psicológico (George, 1989). Reafirmando la entrevista motivacional como insumo para potenciar la actitud frente al cambio, tomando en cuenta los recursos y decisiones personales. Buscando explorar y resolver contradicciones entre las situaciones de riesgo y los planes de acción, de esta forma se logra el compromiso con el tratamiento y el cambio de hábitos de consumo. Este ítem en particular puede generar insumos que permitan extender el acumulado de evidencia científica, incorporando el punto de vista del participante. De los datos expuestos en el capítulo correspondiente puede visualizarse que la planificación de metas es la estrategia con mayores menciones de los planes de acción. En este sentido, se reafirma la necesidad de incluir este módulo con la intención de involucrar a familiares para el tratamiento, siguiendo las recomendaciones ya elaboradas en la teoría inicial (Azrin, 1976; Azrin *et al.*, 1973) y sus posteriores diversas formas de abordaje (Lisset *et al.*, 2017; Meyers *et al.*, 2011; Roozen *et al.*, 2013a; Roozen *et al.*, 2021; Secades Villa *et al.*, 2011). El trabajo en esta modalidad en particular debería ser consensuado y estipulado en forma de mutuo acuerdo, ya que la mayoría de las personas participantes manifiesta estrategias de recomponer vínculos a largo plazo, pero no en todas las situaciones como parte de una acción de resguardo que pueda colaborar frente a situaciones de riesgo, sino más bien como un deseo latente. Incluir esta acción dentro de los planes permite vencer algunas de las barreras que obstaculizan esa recomposición si no estuviera en el tratamiento.

El egreso de la situación de calle es otro de los planes que de por sí motivan a las personas para el logro de sus metas, quienes así lo sostienen ven en la situación de calle una suerte de reforzador para el uso de las sustancias, por lo que planteándose el egreso de ella es una de las formas que entienden se estarían alejando de esa posibilidad.

Los planes de acción también problematizan sobre la gestión de riesgos y placeres asociado a los usos de sustancias, permitiendo realizar un nivel de reflexión que se ubica anterior a la situación contextual del uso de sustancias. De esta forma, se puede fortalecer la decisión racional de quienes están en tratamiento y quienes opten por el uso de sustancias lo hacen con mayor nivel de análisis que si no hubieran elaborado esa reflexión. Además, en el balance decisional que las personas emplean se ven factores asociados que permiten ir deconstruyendo la idea de satisfacción por el uso de sustancias, dotando mayores niveles de recompensa a otras actividades alternativas que también le son placenteras. En la investigación se demuestra que muchas de ellas son más placenteras que el uso de sustancias, al menos para esta población que ya visualizó algunas problemáticas asociadas a su uso.

Sobre los pasajes de las personas por otros lugares de intervención por usos de sustancias los resultados de esta investigación se asemejan a la investigación desarrollada por Arocena, en la que manifiesta que todos sus participantes reconocieron la modalidad residencial efectiva para abstenerse al uso de sustancias, pero su efectividad está sujeta a su participación en el lugar, perdiendo sus logros a su egreso (Arocena, 2019). Quienes relatan eventos de tratamiento anteriores oscilan en sus duraciones, pero coinciden en el logro de la abstinencia mientras estuvieron internados en un centro de tratamiento. De los relatos se desprende que muchas personas quisieron ingresar en estos tratamientos, pero no pudieron hacerlo. Se menciona al igual que otra investigación (Degenhardt *et al.*, 2017) la dificultad del acceso en las personas que identifican necesario asistir a un tratamiento y grandes obstáculos para poder hacerlo. Los resultados de esta investigación también refuerzan una investigación reciente (Musto, 2021) en la que se reafirma la necesidad de generar dispositivos acordes con las necesidades de los usuarios y se relatan experiencias negativas en usuarios y familiares que solicitaron asistencia en lugares ambulatorios. En usuarios de pasta base que prefieren ingresar en servicios asistenciales no especializados y con poca exigencia se menciona que ha sido una dificultad la disponibilidad permanente de lugares de asistencia y la lejanía de los lugares de su comunidad (Keuroglan *et al.*, 2019). Si bien se menciona que en 2012 ingresaron 2858 personas a tratamiento ambulatorio en Uruguay (Comisión De Salud Pública, 2022), en esta investigación los enfoques ambulatorios no aparecen como un lugar accesible, por lo que se visualiza una

lejanía en las estrategias nacionales y los discursos de las personas que asisten a diferentes servicios solicitando asistencia. Se menciona sobre todo la participación de estas personas en dispositivos llevados adelante por enfoques religiosos, que no trabajan el uso de sustancias de forma profesional, sino que su enfoque se basa en operar como una comunidad donde se prohíbe el ingreso de sustancias y se dota de la mayor cantidad de actividades cotidianas que alejen a la persona de su uso.

Puede inferirse que por la dificultad de asistencia en servicios profesionales ambulatorios, quienes toman la decisión de atenderse oscilan entre solicitar un tratamiento como la internación o un servicio que les garantice una inmediata atención. En el caso de Uruguay se mencionan sobre todo los servicios llevados adelante por comunidades terapéuticas o los grupos de NA o AA. También se visualiza en el análisis de los recorridos un desconocimiento sobre los modelos de abordajes y en la asistencia acorde a la disponibilidad del técnico y no a la demanda específica de cada persona. Los usuarios privilegian la selección de los lugares de asistencia según los requisitos para su ingreso, los tiempos de espera y las obligaciones durante el transcurso de la asistencia. Lejos queda entonces la discusión acerca de los modelos sobre si la abstinencia es la estrategia preferida por considerarla efectiva o por ser la que se ofrece en determinadas modalidades de asistencia. Cuando las personas relatan sus pasajes por lugares anteriores a los tratamientos su justificación fue por ser una oferta de asistencia que pudieran sostener, gratuita y sobre todo que fuera accesible. A la hora de solicitar asistencia esas parecen ser las variables que buscan.

## **11. Conclusiones**

La presente tesis tiene como objetivo central contribuir a generar prácticas psicológicas basadas en evidencia para la atención en población con uso problemático de sustancias. Para dar respuesta al mismo, se desarrolla a partir de la formulación de cuatro objetivos específicos que guían por tanto la metodología utilizada y el plan de trabajo. Como se mencionó en capítulos anteriores, la intención es aportar información a la temática para conocer con mayor profundidad el fenómeno y de esta forma añadir complejidad en el asunto. Entendiendo que los análisis de estos temas no permiten lecturas lineales, se espera contribuir con evidencia que permita acrecentar el acumulado de información científica en la temática y de esta forma impactar en futuras políticas públicas relacionadas y fomentar nuevas producciones

académicas. Se trabajó con veintidós personas usuarias de diversas sustancias que acudieron a un centro del primer nivel de salud para solicitar tratamiento. En este apartado se presentan y discuten los principales hallazgos y, dado el caudal de información obtenida, se describen los mismos de acuerdo a los objetivos específicos.

Con relación al primer objetivo planteado acerca de evaluar la eficacia en los participantes del estudio de un dispositivo de intervención protocolizado denominado “Enfoque de refuerzo comunitario”, se aplicó una adaptación a población uruguaya del programa de tratamiento breve (Programa de Satisfactores Cotidianos) con un análisis funcional de la conducta de consumo, realizando consultas de una hora de duración, dos veces a la semana con un máximo de 12 consultas por persona. Las preguntas que guiaron este objetivo tenían que ver con: cómo visualizan su pasaje por este dispositivo, si el “Enfoque de refuerzo comunitario” logra disminuir el patrón de consumo de drogas en población uruguaya y cómo se mantienen sus logros posteriores al tratamiento (con un seguimiento hasta el año posterior a su egreso). El estudio que se desarrolló es mixto con un diseño secuencial explicativo, realizando mediciones cuantitativas al inicio del tratamiento por medio de diversos test longitudinales para medir las cantidades de usos y satisfacción general. Se obtuvieron datos cualitativos producto de planes de acción de cada una de las consultas, la entrevista inicial y las tres de los seguimientos (al mes, a los tres meses y al año del egreso).

Los resultados de la presente tesis demuestran que la aplicación del “Programa de refuerzo comunitario” es una metodología efectiva; la evidencia marca que es un tratamiento con logros de reducción de patrones de usos de sustancias en personas participantes y valorado positivamente en entrevistas de seguimientos posteriores. Es acorde a resultados obtenidos en otros lugares del mundo ya desarrollados en capítulos anteriores. Puede mencionarse como una modalidad de trabajo protocolizada, flexible y de corta duración en el uso problemático de sustancias psicoactivas, con resultados que avalan su práctica demostrando una reducción en el consumo corroborado en las entrevistas realizadas al año de finalizado los tratamientos. Se arrojan resultados donde hay una disminución de los patrones de usos de sustancias, logrando una percepción de mejora en otras áreas en su calidad de vida y modificando las categorías diagnósticas relacionadas a usos de sustancias psicoactivas. Esta forma de tratamiento brinda un marco de contención para los técnicos intervinientes, sobre todo para aquellos que no tienen experiencia en la temática. Es una modalidad de trabajo pasible de aplicarse por otros profesionales de la salud que incorporen la dinámica de trabajo protocolizada como parte de un encuadre flexible. Según la evidencia, es necesaria en la oferta de diversos servicios asistenciales que al día de hoy se encuentran en Uruguay.

En relación al objetivo de identificar las características al ingreso del tratamiento y patrones de uso de sustancias psicoactivas, se trabajaron en las preguntas que tenían como fin investigar la prevalencia de uso(s) de sustancia(s), los niveles de riesgo, los niveles de ansiedad y depresión de esta población al ingreso del tratamiento y el tipo de alteraciones que sufrieron producto del uso de sustancias. Para analizar estas preguntas se toman los resultados de los test de ASSIST, BDI, BAI, LIBARE y datos cualitativos. Algunos de los resultados centrales tienen que ver con ser, en su mayoría, personas que ya pasaron por otros lugares para solicitar tratamientos y plantean niveles de problemáticas asociados a dificultades familiares, de pareja, sociales y laborales. Obedecen a personas con niveles educativos bajos, de extractos socioeconómicos con precariedades. Sin diagnósticos anteriores de trastornos psiquiátricos comórbidos (patología dual), pero con antecedentes de sufrir consecuencias (en algún momento de su vida) en niveles de depresión y ansiedad elevados, producto del uso de sustancias. Con respecto a los niveles de ansiedad y depresión medidos por los test BDI, BAI, existe una alta presencia simultánea de estas sintomatologías, aunque no aparecen en esta investigación personas que hagan la solicitud de su ingreso con trastornos psiquiátricos comórbidos. Eso puede deberse en gran medida a una dificultad de su acceso al primer nivel del sistema de salud público, que puede ser ocultado por el estigma social o por la escasa oferta asistencial que esta población puede acceder en estos servicios. Si bien existe un gran número de autores que ya desarrollaron las características de esta sintomatología y su impacto en los servicios asistenciales, se desconoce cuáles son los mecanismos de exclusión por los que son alejados de estos servicios.

En términos de usos de sustancias, las solicitudes varían en un gran abanico de posibilidades, desde la prevención de recaídas hasta personas con un uso de sustancias diario y en patrones de uso elevados, medidos por LIBARE y ASSIST. Esto configura al primer nivel de atención un punto clave para el trabajo con esta población dado el gran caudal de situaciones que pasan para solicitar apoyo en estos temas. Los porcentajes de riesgos más altos se encuentran en personas que emplean un uso de estimulantes, siendo esto consecuente con la sustancia por la que solicitan la intervención. La mayoría de las personas presentan policonsumo de distintas sustancias, aunque no todas de forma problemática; todas las personas que asistieron a este dispositivo emplearon alguna vez en su vida alcohol, cannabis y cocaína. De las más empleadas actualmente se menciona el uso del tabaco, alcohol, cocaína y cannabis; siendo una alta población de personas que hacen uso simultáneo de todas esas sustancias. La mayoría plantean el objetivo de la abstinencia, aunque conceptualizan de buena manera la posibilidad de pactar los objetivos de gestión y reducción, reafirmando la posibilidad del trabajo desde el enfoque de gestión de riesgos y reducción de daños para ampliar la

accesibilidad de diferentes tipos de población y ajustarse a los objetivos personales de quienes consultan. El primer nivel de salud se configura como un lugar clave para captar esta gran diversidad de solicitudes, orientar solicitudes de menor complejidad, dar respuesta a aquellas que presentan niveles de riesgos menores y moderados, además de ofrecer tratamiento incluso a quienes tienen situaciones con patrones de consumos de riesgos elevados con la posibilidad de obtener resultados satisfactorios. Es que la decisión de ingresar a servicios de asistencia en la modalidad de internación debe ser consensuada en el marco de un plan de tratamiento, en donde el servicio que trabaja en su comunidad (primer nivel) podría iniciar los procesos diagnósticos reduciendo esperas, mitigar las consecuencias del estar sin tratamiento mientras espera su ingreso, apoyar la adherencia, motivar el logro de sus metas y sobre todo trabajar con su comunidad previo y posterior a su egreso.

La variable género es otros de los factores que puede analizarse y debe continuar con mayor profundidad debido al bajo índice de solicitudes en esta investigación (acorde a otras investigaciones nacionales) de mujeres solicitando tratamientos. Esto puede deberse a situaciones de estigma asociado a los usos de sustancias, que puede ser vencido con campañas de sensibilización (para técnicos pero también para población general) y prevención acordes. Además, las situaciones de violencia que viven las usuarias de sustancias es característica de su género, por lo que amerita un análisis profundo y parece oportuno repensar el sistema asistencial para que se adapte a sus necesidades. Según esta investigación se necesitan salas de espera que puedan captar la población con niños, con lugares donde estos puedan estar presentes y realizando actividades, acompañamientos por temas de violencia y servicios donde agresores no puedan ubicar a las mujeres ni sus niños mientras asisten al tratamiento.

En relación a los datos que tienen que ver con el objetivo de describir los precipitadores que anteceden el uso de sustancias y los planes de acción que las personas identifican pertinentes para afrontarlos mientras dura el tratamiento, se trabajaron en las preguntas que tenían el fin de investigar las situaciones de riesgo (precipitadores) que las personas identifican que pueden poner en riesgo los objetivos de su tratamiento y las estrategias para vencer las dificultades que se presentan. Para analizar estas preguntas se toman los resultados de los test de ISCD, CACD además de los registros cualitativos de los planes de acción de cada entrevista. En este objetivo se reafirma la importancia de continuar la línea de estudio sobre los determinantes sociales y psicológicos en temas relacionados a tratamientos por usos de sustancias psicoactivas. El aporte de la disciplina psicológica es relevante y existe un acumulado de investigaciones que reafirma la importancia de factores precipitadores asociados tanto al contexto, como a la gestión de situaciones estresantes, al manejo de las emociones, las

relaciones interpersonales y los roles del autoconcepto y autoeficacia. Comprender precipitadores que antecedan a los usos de sustancias y los planes de acción que las personas identifican eficientes para afrontarlos, podría ser una base para trabajar sobre otros tratamientos con un anclaje territorial acorde a la demanda. Si bien los eventos precipitadores son personales y sus desenlaces son multifactoriales, conocer los más mencionados podrían ser un sustento para intercambiar sobre estos temas, sobre todo en comunidades donde permitiría incorporar las formas particulares de cada una de las personas que requieran este abordaje. También podría definirse uno similar, con otras técnicas que se ajusten a las demandas, de esta forma se podrán realizar trabajos de tratamientos clínicos, grupales o comunitarios que incorporen diversas formas de abordaje y que tengan en cuenta lo ya manifestado en capítulos anteriores. Las situaciones de riesgo mencionadas en los planes de acción tienen que ver con necesidad o tentación de consumo, emociones desagradables, momentos agradables con otros, conflictos con otros, presión social, malestar físico, prueba de autocontrol y emociones agradables. Según los resultados se resalta la importancia, principalmente, de los manejos de tentaciones o necesidades del consumo, eventos desagradables y pasar situaciones agradables con otras personas en las que medie la sustancia (además de todos los temas referidos en el capítulo sobre discusiones). La importancia de estos precipitadores radica en que a nivel personal los individuos desarrollen estrategias que los hagan sentirse seguros de poder afrontarlos de la mejor manera, privilegiando sus objetivos (los del tratamiento y los de su vida en general). Cabe destacar que estos precipitadores obedecen a personas que identifican ciertos riesgos en su uso de sustancias. La gestión del placer también forma parte de los análisis funcionales de las conductas de consumo que se realizaron en las situaciones de riesgo, de esta forma las personas definieron a qué situaciones quieren exponerse y las ventajas y riesgos de hacerlo. Resultó ser una práctica efectiva, por lo que abre una nueva forma de abordaje en los tratamientos, reconociendo el valor que el sujeto le brinda al placer y las consecuencias personales de sus acciones.

Según esta investigación las personas que viven en la calle parecen tener una dificultad extra que las otras personas que asistían al tratamiento. Si bien ya fueron mencionadas investigaciones que analizan la temática en profundidad, esta población nombra características específicas, que no fueron sugeridas por otras personas. Entre ellas, las lógicas del sistema de ingreso a refugios, el manejo del tiempo libre en horarios que no tienen lugar de referencia, conflictos de convivencia con otros usuarios y la predisposición de acceso a la sustancia. Son complejidades que merecen un análisis especial para quienes planifican estas intervenciones. Para personas que viven en la calle, lograr sus objetivos de tratamiento requiere enfrentarse a

mayores dificultades en su proceso. Esto amerita mencionar que la fragilidad en la garantía del acceso a sus derechos básicos repercute directamente en los usos de sustancias y la necesidad de planificar acciones más focalizadas para brindar tratamientos que se ajusten a sus necesidades particulares.

También se investigó acerca de las formas en que las personas identificaban recursos valiosos a la hora de contrarrestar cualquier evento adverso que pudiera presentarse o cualquier estímulo interno que aconteciera. Las estrategias mencionadas para afrontar situaciones de riesgo en los planes de acción (siguiendo un orden de mayor cantidad de menciones) fueron: planificar metas, solicitar apoyo a un referente socioafectivo, rehusarse al consumo, realizar un análisis funcional, planificar solución de problemas, habilidades sociales y recreativas, control de las emociones, cambio de planes, habilidades de comunicación, estrategias de fortalecimiento laboral y mejorar las relaciones de pareja; siendo los de mayor relevancia planificarse metas que les representen satisfacción, apoyarse en otras personas y planificar las formas en que se van a rehusar al uso de las sustancias por la que ingresaron al tratamiento. De estos ítems se menciona, sobre todo, la importancia de otras metas relacionadas con la vida en general (y no con el uso de sustancias) y cómo esto, indirectamente, contribuye a un estilo de vida saludable. Además, con respecto a la solicitud de otras personas para el apoyo de los objetivos, se reafirma la necesidad de incluir a los referentes familiares, estableciendo acuerdos entre ambas partes para mejorar su relación, recomponer aspectos pasados y proyectar futuros acuerdos de forma explícita, cuando ambas partes necesiten hacerlo. La técnica de rehusarse al consumo fue de los modelamientos más empleados para vencer diversas situaciones de riesgo.

Por último, en relación al objetivo de analizar los cambios de comportamiento y las dificultades de acceso de personas usuarias de sustancias en función de su tránsito por distintos servicios de tratamiento, se trabajaron en preguntas que tenían como fin investigar: los servicios asistenciales por los que ya pasaron, percepciones acerca de cada dispositivo, las insuficiencias o barreras que identificaban para acceder a los tratamientos y favorecer sus logros. Se tomaron como herramientas los análisis de datos cualitativos de la entrevista inicial, final y seguimientos. Se pudo conocer las principales barreras para acceder a servicios asistenciales, conseguir los objetivos propuestos y mantenerlos. Con respecto a los logros, la abstinencia es el objetivo más mencionado en dispositivos de internación, pero solo para aquellos que pudieron acceder. Este tipo de asistencia también es el que presenta mayores barreras para su ingreso. Quienes solicitaron el tratamiento en estos lugares mencionan haberlo hecho con diversos patrones de uso de sustancias. Es decir que quienes solicitaron el tratamiento en un lugar de internación lo hicieron incluso sin tener en cuenta otros dispositivos de asistencia. No

existe mención a tratamientos ambulatorios, incluso en personas que asistieron a solicitar el tratamiento de internación en lugares que también administraban tratamientos ambulatorios, por lo que no es una práctica consolidada para esta población, que en su mayoría concurrió a diversos lugares de asistencia. No se mencionan niveles de intervención con psicólogos ni otros profesionales de la salud (a excepción de psiquiatras) por usos de sustancias, por lo que se reafirma la falta de acceso en tratamientos de forma ambulatoria, guiados por profesionales. Cuando estas personas no pudieron acceder a tratamientos llevados adelante por profesionales y con el respaldo institucional del Estado, distintas personas buscaron su respaldo en dispositivos de la sociedad civil, entre ellos, Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos. Incluso se relatan situaciones en las que algunas personas concurren a grupos de alcoholistas, aunque no fuera esa la sustancia con la que entendían que tenían el problema por no tener acceso a otro lugar de asistencia. Estos grupos son valorados de forma muy positiva por diversas personas, incluso por quienes ya pasaron por otros dispositivos asistenciales y usan los grupos para prevenir sus recaídas. En la misma línea, quienes buscaban un tipo de atención en la que también solucionen la vivienda y la salida de su comunidad acudían a dispositivos con características religiosas. Estos se enfocan sobre todo en llenar su día de diversas actividades, evitando de esta forma el uso de sustancias. Sin embargo, en ninguno de estos enfoques se manifestó una forma de trabajo profesional, sino que las repercusiones sobre su efectividad están mencionadas, sobre todo, en las capacidades humanas de las personas que lo llevaban adelante y del efecto mientras se encontraban en el tratamiento. Por último, la psiquiatría se menciona como parte de un tratamiento en salud mental en general, y no como parte de un trabajo para usuarios de sustancias específicamente. Por lo que las intervenciones, sobre todo de la psiquiatría, tienen que ver con acallar síntomas productos de síndromes de abstinencia o sintomatologías de salud mental y no un trabajo en la disminución de los patrones de usos de sustancias. En este módulo se visualiza una solicitud de servicios asistenciales diversos, donde lo que prima es la accesibilidad y no se realiza un análisis sobre el servicio asistencial que mejor se adecúa para la situación determinada de cada persona, en su singularidad. De esta forma, quienes solicitaron tratamientos para internaciones, quizás hubiesen podido sostener la espera pautada, trabajando desde la gestión de riesgos y reducción de daños en un enfoque ambulatorio o incluso no requerir una internación. En definitiva, cuando las ofertas asistenciales no son accesibles, las personas solicitan tratamientos por diversas vías, asistiendo al que pueda dar respuesta de forma inmediata a su demanda. Abrir dispositivos de trabajo ambulatorios, que puedan contener las demandas en tiempo real o con

una espera prudencial parece ser una prioridad en el esquema de servicios asistenciales que hoy se encuentran en el país.

Entendiendo que este fenómeno transita un enfoque mutable y requiere formas de entender la realidad que requieran ser evaluadas y modificadas, es que se vuelve necesario reflexionar sobre las formas de análisis y la importancia de estar en permanente producción de conocimiento científico, para analizar las prácticas imperantes, fortalecer aquellas que se ajustan a las necesidades de las personas y reajustar aquellas que no logran contribuir a los objetivos personales de quienes consultan. Como formas de evaluación se requiere aplicar escalas para evaluar en la mayor medida posible las características personales del individuo, permitiendo una comprensión holística de la situación, realizar análisis longitudinales, formalizando los seguimientos como parte formal de la asistencia y derivando a otros servicios asistenciales en el caso de que los logros no sean los esperados.

En síntesis, según los resultados de esta investigación, el “Enfoque de Refuerzo Comunitario” puede aportar a la tarea de implementar dispositivos ambulatorios como línea de trabajo, donde equipos de la salud puedan tomar como base este protocolo para el desarrollo de sus tratamientos y especifiquen sus resultados de acuerdo con: patrones por tipos de sustancias, ubicación geográfica, variables sociales y características del profesional (disciplina, experiencia, formación). Se visualiza la necesidad de readecuar el sistema de diversos servicios asistenciales, pudiendo ser el Programa de refuerzo comunitario uno más, dentro de la oferta. En ese sentido, se ajusta a los parámetros establecidos por la Ley de Salud Mental en Uruguay (Ley N.º 19529, 2017) y podría ajustarse dentro de la oferta del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N.º 18211, 2007). Por último, resulta necesario establecer campañas donde se brinde información a personas que potencialmente podrían consultar por tratamientos por usos de sustancias y consigan obtener información certera sobre sus derechos y obligaciones en cada una de las modalidades ofertadas, volviendo transparente la oferta asistencial.

#### Limitaciones y recomendaciones finales

El contexto en el que se desarrolló el trabajo empírico de la presente tesis estuvo determinado por la pandemia de COVID-19, declarada en el país a partir de marzo de 2020. Su impacto todavía se encuentra en estudio, pudiendo representar una muestra particular producto de la época coyuntural en la que existen efectos específicos en la salud mental y afectaciones en dispositivos sanitarios de atención que incidieron en la calidad y la cantidad de posibilidades asistenciales. Esto provocó limitaciones externas y, si bien el trabajo de campo siguió adelante,

no fue posible realizar seguimientos a usuarios que asistieron a otros dispositivos, por lo que la investigación se encontró permeada y condicionada por esta situación. Esta investigación también fue elaborada en un único lugar, ubicado en un contexto de vulnerabilidad y quien aplicó los tratamientos fue la misma persona. Además, no es posible realizar comentarios en lo que refiere a particularidades de usos de alcohol y marihuana debido a un número muy reducido de participantes como sustancia principal.

En términos de recomendaciones, se sugiere formar equipos especializados de atención en el primer nivel para captar la población que no asiste, ya que, según los resultados de esta investigación, es posible que identifiquen que su situación debería ser abordada por un dispositivo de alta complejidad. Lo que deja en evidencia la nula o poca visibilidad que se le asigna a dispositivos de tratamiento de prácticas ambulatorias, eligiendo como referencias dispositivos de corte abstinencial y complejos (como las internaciones), de carácter permanente (como las intervenciones llevadas adelante por comunidades), accesibles pero no guiadas por grupos profesionales (como los grupos de NA y AA) y las intervenciones netamente farmacológicas para salud mental en general (como la atención psiquiátrica). El proceso para comprender que existe una variada gama de ofertas de asistencia requiere profesionales formados para dicha tarea, campañas de sensibilización que especifiquen la oferta asistencial y sobre todo disponibilidad de servicios.

Se considera que los resultados obtenidos en esta tesis pueden contribuir para la reflexión del tema, pues aparecen como factores necesarios para reevaluar el análisis del contexto, la flexibilidad y la protocolización de tratamientos, a la vez de los abordajes interdisciplinarios. Estos resultados pueden aportar como un insumo para la formación de recursos humanos y planificar políticas sociosanitarias, como parte del repertorio de respuestas para población con uso problemático de sustancias.

## 12. Referencias bibliográficas

- Acuff, S. F., Dennhardt, A. A., Correia, C. J. y Murphy, J. G. (2019). Measurement of substance-free reinforcement in addiction: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 70, 79-90. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2019.04.003>
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L. y Gasbarrini, G. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1209-1224. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2004.12.011>
- Alexander, B. K., Beyerstein, B. L., Hadaway, P. F. y Coombs, R. B. (1981). Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 15(4), 571-576. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(81\)90211-2](https://doi.org/10.1016/0091-3057(81)90211-2)
- Aliño, J., López-Ibor, M., Valdés Miyar, y American Psychiatric Association. (2008). DSM IV TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En Juan Lopez (Ed) *pesquisa.bvsalud.org*. American Psychiatric Pub. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1218634>
- Allen, J., Litten, R. y Fertig, J. B. (1995). Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *NIDA-NIAAA Psychopharmacology Bulletin*, 301, 655-669.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 61(4):271-285
- Ángeles López, G. E., Brindis, F., Cristians Niizawa, S., Ventura Martínez, R. (2014). Cannabis sativa L., una planta singular. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45(4), 1-6. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1870-01952014000400004ylng=esynrm=isoytlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1870-01952014000400004ylng=esynrm=isoytlng=es)
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima metropolitana. *Psicoactiva*, 19, 7-27.
- Annis, H. M. y Graham, J. M. (1985). Inventory of drug-taking situations. *Addiction Research Foundation*. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.9.3.176>
- Araujo, F. N., Zuardi, A. W., Alexandre, J., Crippa, S., Hallak, J. E. C., Bhattacharyya, S., Atakan,

- Z., Martín-Santos, R., Mcguire, P. K. y Guimarães, F. S. (2012). A Critical Review of the Antipsychotic Effects of Cannabidiol: 30 Years of a Trans-lational Investigation. *Current Pharmaceutical Design*, 18, 5131-5140.
- Arocena, A. (2019). *Percepción de usuarios egresados de centros residenciales de para uso problemático de drogas, sobre la eficacia de tales dispositivos*. Universidad de la República.
- Arrieta, E. (2017a). Cannabis. En Gonzalez, P. *Un libro sobre drogas*. (pp. 141-157). Galt Printing
- Arrieta, E. (2017b). *Un libro sobre drogas*. El Gato y La Caja. Galt Printing
- Azrin, N. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14(5), 339-348. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(76\)90021-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(76)90021-8)
- Azrin, N., Acierno, R., Kogan, E. S., Donohue, B., Besalel, V. A. y McMahon, P. T. (1996). Follow-up results of Supportive versus Behavioral Therapy for illicit drug use. *Behavior Research and Therapy*, 34(1), 41-46. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00049-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00049-4)
- Azrin, N., Naster, B. J. y Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*, 11(4), 365-382. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90095-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90095-8)
- Azrin, N., Sisson, R., Meyers, R. y Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13(2), 105-112. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(82\)90050-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(82)90050-7)
- Babor, T. (2010). *La política de drogas y el bien público*. *International Society of Substance Use Professionals* (2.<sup>a</sup> ed., Vol. 1). OPS.
- Baker, T. B., Morse, E. y Sherman, J. E. (1986). The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. *Nebr Symp Motiv*, 34, 257-323.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R. y Fiore, M. C. (2004). Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33-51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press,
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments: An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Universidad Autónoma de México.
- Barragán, L., Flores, A., Hernández, L., Ramírez, C., Ramírez, N. y Pérez, N. (2014). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del Terapeuta* (Secretaría). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (Vol. 6). Paidós.
- Beck, A., Epstein, Brown, G. y Steer, R. (1988a). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>
- Beck, A., Steer, R. y Carbin, M. (1988b). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A., Steer, R., Ball, R. y Ranieri, W. (2010). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA6703\\_13](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA6703_13)
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J. M., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., Villanueva, V. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. *Socidrogalcohol*, 1-318.
- Bein, T. H., Miller, W. R. y Borouhgs, J. M. (1993). Motivational Interviewing with Alcohol Outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21(4), 347-356. <https://doi.org/10.1017/S135246580001167X>

- Berlanga, V. y Rubio Hurtado, M. (2012). Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. *Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 5(2), 101-113. <https://doi.org/10.1344/reire2012.5.2528>
- Bewley, T., Jelsma, M., y Walsh, J. (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis. La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*. Transnational Institute. <https://www.tni.org/my/node/1700>
- Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. y Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 173-192. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(93\)90059-Y](https://doi.org/10.1016/0376-8716(93)90059-Y)
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N. y Navarro, S. (2017). La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 933-958. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400005>
- Blanco, C. L., Sobell, L. C. y Velásquez, H. A. (2002). Diseminación del modelo de tratamiento autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol en instituciones de salud de México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 259-270. <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80534306>
- Bóveda Fontán, J., Pérula De Torres, L. Á., Campiñez Navarro, M., Bosch Fontcuberta, J. M., Barragán Brun, N. y Prados Castillejo, J. A. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 45(9), 486-495. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2013.01.014>
- Brewer, C. (1992). Controlled trials of Antabuse in alcoholism: the importance of supervision and adequate dosage. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(S369), 51-58. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1992.TB03316.X>
- Brewer, C., Meyers, R. J. y Johnsen, J. (2012). Does Disulfiram Help to Prevent Relapse in Alcohol Abuse? *CNS Drugs* 2000 14:5, 14(5), 329-341. <https://doi.org/10.2165/00023210-200014050-00001>
- Bronfenbrenner, Urie (1979). *The ecology of human development*. Harvard University.
- Broota, A. y Dhir, R. (1990). Efficacy of two relaxation techniques in depression. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 6(1), 83-90.
- Brunswick, A., Aidala, A. y Howard, J. (1990). Cocaine use and quality of life: gender racial and

ethnic differences. *Research Report*.

- Budney, A. J. y Hughes, J. R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 233-238. <https://doi.org/10.1097/01.YCO.0000218592.00689.E5>
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A. y Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 1967-1977.  
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.161.11.1967/ASSET/IMAGES/LARGE/N44A1.JPEG>
- Bukiya, A. N. (2019). *Recent Advances in Cannabinoid Physiology and Pathology* (1.<sup>a</sup> ed.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-21737-2>
- Campbell, D. T. (1957). Factors relevant to the validity of experiments in social settings. *Psychological Bulletin*, 54(4), 297-312. <https://doi.org/10.1037/H0040950>
- Camps, X., Frascheri, M. y Buroni, C. (2005). Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 20(1), 16-20.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202005000100004&lng=es&synrm=isoytng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202005000100004&lng=es&synrm=isoytng=es)
- Caña, M. L., Michelini, Y., Acuña, I. y Godoy, J. C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 55-66.  
<http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/231/234>
- Cancela, L. y Arrieta, E. (2017). Cocaína. En Gonzales, P(2017). . *Un libro sobre drogas* (pp. 157-173). Galt Printing.
- Carroll, K. M. y Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>
- Carroll, K. M., Nich, C. y Rounsaville, B. J. (2010). Utility of Therapist Session Checklists to Monitor Delivery of Coping Skills Treatment for Cocaine Abusers. *Psychotherapy Research*, 8(3), 307-320. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332407>
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Wells, E. A., Miller, J. y Brewer, D. (2009). Evaluation of the Effectiveness of Adolescent Drug Abuse Treatment, Assessment of Risks for Relapse, and Promising Approaches for Relapse Prevention. *International Journal of the Addictions*, 25, 1085-1140. <https://doi.org/10.3109/10826089109081039>

- Cebrián, J. (2011). *Sobre drogas y prohibiciones*. Cádiz. <https://www.casadellibro.com/libro-sobre-drogas-y-prohibiciones/9788493495053/1960509>
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R. y Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1092-1104. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.5.1092>
- Chesa Vela, D., Elías Abadías, M., Eduard, F. V., Izquierdo, E., y Sitjas M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 94-112. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100007)
- Ciapessoni, F. (2013). *Recorridos y desplazamientos de personas que habitan refugios nocturnos*. Facultad de Ciencias Sociales.
- CICAD y JND. (2015). *I Estudio Piloto sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios de Uruguay*. [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/I\\_Estudio\\_Piloto\\_Universitarios\\_de\\_Uruguay\\_version\\_final.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/I_Estudio_Piloto_Universitarios_de_Uruguay_version_final.pdf)
- CICAD. (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones*. CICAD/OEA.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (Desclee De Brouwer). <https://www.amazon.com/-/es/David-Clark-ebook/dp/B00HC9U610>
- Clark, P. y Creswell, J. W. (2008). *The Mixed Methods Reader*. Sage Publications.
- Clua-García, R. (2020). La gestión de placeres y daños: Estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. *Salud Colectiva*, 16, e2481. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2481>
- Cooper, M. L., Russell, M. y George, W. H. (1988). Coping, Expectancies, and Alcohol Abuse: A Test of Social Learning Formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218-230. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.218>
- Correia, C. J., Benson, T. A. y Carey, K. B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviors: A preliminary investigation. *Addictive Behaviors*, 30(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2004.04.006>
- Cosgrove, K. P., Hunter, R. G. y Carroll, M. E. (2002). Wheel-running attenuates intravenous

- cocaine self-administration in rats: Sex differences. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 73(3), 663-671. [https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(02\)00853-5](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(02)00853-5)
- Creswell, J. W. (2009). Mapping the Field of Mixed Methods Research: *Journal of Mixed Methods Research*, 3(2), 95-108. <https://doi.org/10.1177/1558689808330883>
- Creswell, J. W., Klassen, A., Plano Clark, V. y Smith K. (2013). Best practices for mixed methods research in the health sciences. *Bethesda (Maryland): National Institutes of Health*, 541-545. <https://doi.org/10.1007/S11136-012-0122-X>
- Cruvinel, E., Richter, K. P., Bastos, R. R. y Ronzani, T. M. (2013). Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: Associations between organizational climate and practice. *Addiction Science and Clinical Practice*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-8-4/TABLES/1>
- Cruz, D. M., Chainé, S. M. y Gutiérrez, J. N. (2015). Descuento temporal asociado al uso de cocaína. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 41(1), 86-101. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59338802005>
- Cummings, C., Gordon, J. y Marlatt, G. (1980). Relapse: Prevention and prediction. En W. R. Miller (Ed.), *The Addictive Behaviors*.
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Anand, D., Seitz-Brown, C. J., Chen, Y. y Baker, S. (2018). The effect of a behavioral activation treatment for substance use on post-treatment abstinence: a randomized controlled trial. *Addiction*, 113(3), 535-544. <https://doi.org/10.1111/ADD.14049>
- De León, P. y Pérez, F. (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Decreto N.º 305/011 Inclusión en el decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. (23 de agosto de 2011). <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011>
- Decreto N.º 465/008. Aprobación de los programas integrales de salud y catálogo de prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. (27 de octubre de 2008). <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/465-2008>
- Decreto N.º 69/988, Creación de la Junta Nacional para el Control del Narcotráfico y el uso Abusivo de Estupefacientes. (19 de enero de 1988).

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/69-1988/3>

- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S. E., Knudsen, A. K., Haro, J. M., Patton, G., Kopec, J., ... Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
- Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Thornicroft, G., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Helena Andrade, L., Bruffaerts, R., Bunting, B., Bromet, E. J., Caldas de Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Huang, Y., ... Zaslavsky, A. M. (2017). Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 16(3), 299-307. <https://doi.org/10.1002/WPS.20457>
- Deleuze G. (1991) El Bergonismo, ED. Catedra, Madrid.
- Drake, R. E. y Wallach, M. A. (2000). Dual Diagnosis: 15 Years of Progress. *Psychiatric Service*, 51, 1126-1129. <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.9.1126>
- Drummond, C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 85(3), 357-366. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.1990.TB00652.X>
- Drummond, C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(1), 33-46. <https://doi.org/10.1046/J.1360-0443.2001.961333.X>
- Edwards, G., Hodgson, R. y Arif, A. (1982). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A shortened version of a World Health Organization memorandum. *British Journal of Addictions*, 77, 3-20.
- El-Guebaly, N., Carrà, G. y Galanter, M. (2021). *Textbook of Addiction Treatment International Perspectives*. Springer.
- Elorriaga, K., Lugo, ME y Montero, ME (2012). Nociones acerca de la complejidad y algunas contribuciones al proceso educativo. *Telos*, 14 (3), 415-429.
- Emmelkamp, P. y Vedel, E. (2006). *Evidence-Based Treatment for Alcohol and Drug Abuse*

(Routledge). Taylor and Francis Group.

- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas* (7.<sup>a</sup> ed., Vol. 1, Issue 7). Alianza.
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M. y García-Fernández, J. M. (2011). Component Analysis of a School-Based Substance Use Prevention Program in Spain: Contributions of Problem Solving and Social Skills Training Content. *Prevention Science*, 13(1), 86-95. <https://doi.org/10.1007/S11121-011-0249-Y>
- Evans, D. M. y Dunn, N. J. (1995). Alcohol expectancies, coping responses and self-efficacy judgments: a replication and extension of Copper et al.'s 1988 study in a college sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2), 186-193.
- Felix, V. F., Chainé, S. M., & Velasco, C. S. (2019). Implementation of behavioral procedures: Effects on discharge after treatment of the drug user. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 19(1), 127–137. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i1.426>
- Fernández-García, P., Vallejo-Seco, G., Livacic-Rojas, P. E. y Tuero-Herrero, E. (2014). Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad: se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. *Anales de Psicología*, 30(2), 756-771. <https://doi.org/10.6018/ANALES30.2.166911>
- Fernández, J. (2000). *Los fármacos malditos. El holograma de las drogas y otros ensayos* (1.<sup>a</sup> ed.). Nordan Comunidad.
- Fernández, S. y Lapetina, A. (2008). *Contacto*. Frontera.
- Figlie, N. B. y Caverni, J. L. T. (2021). Motivational Interviewing in the Treatment of Substance Dependents: Clinical Fundamentals for Increased Adherence to Treatment. En D. De Micheli, A. L. M. Andrade, R. A. Reichert, E. A. da Silva, B. de O. Pinheiro, y F. Machado (Eds.), *Drugs and Human Behavior Biopsychosocial Aspects of Psychotropic Substances Use* (1.<sup>a</sup> ed., pp. 261-274). Springer.
- Finney, J. W. y Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(3), 229-243. <https://doi.org/10.15288/JSA.1996.57.229>
- Fort, Z., Castro, M., Portos, A. y Sandoya, E. (2014). Evolución del tabaquismo en Uruguay (2006-2011), papel de la enfermera en la promoción de la cesación. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 3(1), 28-32. <https://doi.org/10.22235/ECH.V3I1.654>

- Freeman, T. P. y Lorenzetti, V. (2020). 'Standard THC units': a proposal to standardize dose across all cannabis products and methods of administration. *Addiction*, 115(7), 1207-1216. <https://doi.org/10.1111/ADD.14842>
- García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A. y Fernández Hermida, J. R. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19(1), 134-139.
- García, D., Lamadrid, C., Peralta, F., Ponticorbo, I. y Tabelli, R. (2003). *Uso indebido de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, marihuana y tabaco), en pacientes esquizofrénicos Hospital Teodoro Vilardebó*. Universidad de la República.
- Garfield, S. (1980). *Psicoterapia, un enfoque ecléctico*. (John Wiley).
- Garner, B. R., Godley, S. H., Funk, R. R., Dennis, M. L., Smith, J. E. y Godley, M. D. (2009). Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 252-264. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2008.06.007>
- Gay, M., Philippot, P. y Luminet, O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*, 6(1), 1-16. <https://doi.org/10.1053/EUJP.2001.0263>
- George, W. (1989). Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon: un enfoque cognitivo-conductual para comprender y prevenir las recaídas. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(2), 125-152.
- Godley, M., Godley, S., Dennis, M., Funk, R. y Passetti, L. (2007). The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*, 102(1), 81-93. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2006.01648.X>
- Godley, S. H., Smith, J. E., Passetti, L. L. y Subramaniam, G. (2014). The Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) as a Model Paradigm for the Management of Adolescents with Substance Use Disorders and Co-Occurring Psychiatric Disorders. *Substance Abuse*, 35(4), 352-363. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.936993>
- Gorelick, D. A. (2021). Cocaine Addiction and Treatment. En N. el- Guebaly, G. Carrà y M.

- Galanter, A. M. (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment. International Perspectives* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 173-187). Springer Natureinger.
- Grau-López, L., Casas, M., Roncero, C. y Grau-López, L. (2014). Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia [Universitat Autònoma de Barcelona]. En la Universitat Autònoma de Barcelona. *Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/283644>
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigne, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, Á. y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.103>
- Green, L. y Myerson, J. (2013). How many impulsivities? A discounting perspective. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 99(1), 3-13. <https://doi.org/10.1002/JEAB.1>
- Griffin, K. W., Scheier, L. M. y Botvin, G. J. (2009). Developmental trajectories of self-management skills and adolescent substance use. *Salud y Drogas*, 9(1), 15-37. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912990001>
- Guenzel, N. y McChargue, D. (2021). Addiction Relapse Prevention. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551500/>
- Hall, W. y Zador, D. (1997). The alcohol withdrawal syndrome. *The Lancet*, 349(9069), 1897-1900. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)04572-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)04572-8)
- Haney, M. (2005). The marijuana withdrawal syndrome: Diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 7(5), 360-366. <https://doi.org/10.1007/S11920-005-0036-1>
- Harris, J. E., Balsa, A. I. y Triunfo, P. (2015). Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth weight. *Journal of Health Economics*, 42, 186-196. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.04.002>
- Heffernan, C. (1988). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory, Albert Bandura Englewood Cliffs. *Behavior Change*, 5(1), 37-38.
- Henderson, C. E., Wevodau, A. L., Henderson, S. E., Colbourn, S. L., Gharagozloo, L., North, L. W. y Lotts, V. A. (2016). An independent replication of the Adolescent-Community Reinforcement Approach with justice-involved youth. *The American Journal on Addictions*, 25(3), 233-240. <https://doi.org/10.1111/AJAD.12366>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (5.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Herrnstein, R. J. (1974). Formal properties of the matching law. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *21*(1), 159-164. <https://doi.org/10.1901/JEAB.1974.21-159>
- Heyman, G. M. (2010). *Addiction: A Disorder of Choice*. Harvard University Press.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., Dantona, R. L. y Anthony, S. (2003). Community Reinforcement Therapy for Cocaine-Dependent Outpatients. *Archives of General Psychiatry*, *60*(10), 1043-1052. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.60.9.1043>
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C. y Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol*, *62*(2), 190-198. <https://doi.org/10.15288/JSA.2001.62.190>
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. y Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, *52*(6), 517-540. <https://doi.org/10.15288/JSA.1991.52.517>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *37*(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.372.5419>
- Hunt, G. M. y Azrin, N. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, *11*(1), 91-104. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90072-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90072-7)
- Hunter, B., Godley, S., McInnis, H. y Roozen, H. (2014). Longitudinal change mechanisms for substance use and illegal activity for adolescents in treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, *28*(2), 507-515. <https://doi.org/10.1037/A0034199>
- Hunter, S. B., Ayer, L., Han, B., Garner, B. R., y Godley, S. H. (2014). Examining the sustainment of the Adolescent-Community Reinforcement Approach in community addiction treatment settings: Protocol for a longitudinal mixed method study. *Implementation Science*, *9*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/S13012-014-0104-1/TABLES/2>
- Jesse, S., Bråthen, G., Ferrara, M., Keindl, M., Ben-Menachem, E., Tanasescu, R., Brodtkorb, E., Hillbom, M., Leone, M. A., y Ludolph, A. C. (2017). Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurologica Scandinavica*, *135*(1), 4-16. <https://doi.org/10.1111/ANE.12671>

- Jiménez Chaves, V. E. y Comet Weiler, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Academo*, 3(2), 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757749&info=resumen&idioma=SPA>
- JND. (2019). *Informe especial: Consumo de alcohol en Uruguay*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/informe-especial-consumo-alcohol-uruguay>
- Kazdin, A y Sanchez Rivas. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas* (Vol. 2). Manual Moderno.
- Kazdin, A. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 183-192. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.2.183>
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3.ª ed.). Pearson educación.
- Kazdin, A. (2004). Evidence-based treatments: Challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 923-940. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.002>
- Kazdin, A. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist*, 63(3), 146.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., Merikangas, K. y Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Keuroglan, L., Ramírez, J., Suárez, H., Rossal, M., Castelli, L., Coimbra, A., Cabrera, S. y Mere, J. (2019). *Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. JND-ODU.
- Kirk, J. M., Doty, P. y De Wit, H. (1998). Effects of Expectancies on Subjective Responses to Oral  $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 59(2), 287-293. [https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(97\)00414-0](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(97)00414-0)

- Knapp, W. P., Soares, B., Farrel, M. y Lima, M. S. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003023.PUB2/INFORMATION/EN>
- Kominars, K. D. (1997). A study of visualization and addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(3), 213-223. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00068-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00068-2)
- Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1131-1160. <https://doi.org/10.3109/10826080903567855>
- Lader, M., Llb, O. y Sci, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 295-301. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2125.2012.04418.X>
- Lanzilotta, B., Campanella, J., Souto-Pérez, A. y Campanella, M. (2017). *Estudio sobre los costos económicos del consumo problemático de alcohol en Uruguay*. Centro de Investigaciones Económicas.
- Laudet, A. B. (2011). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science y Clinical Practice*, 6(1), 44. [/pmc/articles/PMC3188817/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23188817/)
- Laudet, A. B., Stanick, V. y Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 182-190. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2009.01.001>
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Pública*, 34(344), 257-266. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/07.pdf>
- Ley N.º 18211, Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. (05 de diciembre de 2007). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Ley N.º 18335, Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. (15 de agosto de 2008). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Ley N.º 18787, Modificación del artículo único de la ley N.º 18787. (17 de febrero de 2022). <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/proyecto-ley-se-modifica-articulo-unico-ley-n-18787>

- Ley N.º 19172, Regulación y control del cannabis. (20 de diciembre de 2013). Marihuana y sus derivados control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013>
- Ley N.º 9692, Importación y tráfico de estupefacientes. (11 de setiembre de 1937). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9692-1937>
- Lisset, Y., Carmona, M. y Vargas Peña, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139. [www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicli](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicli)
- Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2009). Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 43-53. <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5896>
- Londoño, P., Constanza, V., Lara, C. y Carolina, L. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 155-162. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552008000100016&lng=en&nrm=isoyt&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000100016&lng=en&nrm=isoyt&lng=es)
- López Varela, M. V., Anido, T., Rovira, M., Goja, B., Tubino, M., Alfonso, G., Vezoli, M., Garateguy, E., Bermúdez, F. y López Soto, R. (2007). Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Revista Médica Del Uruguay*, 23(1), 25-33.
- Luengo González, EM, (2020). Repensar el pensamiento de Edgar Morin: Invitación y propuestas. *Simbiótica. Revista Electrónica*, 7 (2), 22-43.
- Lussier, M. T. y Richard, C. (2007). The motivational interview. *Canadian Family Physician*, 53(12).
- Lydia, B., Flores, M., Ramírez, C., Ramírez, N., Medina-Mora, M. E., y Reidl, L. (2009). Programa de Satisfactores Cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas. *Anuario de Investigación En Adicciones*, 10(1), 50-69.
- Mares, M. F. y Torres, L. B. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos. *Salud Mental*, 33(1), 47-55. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Marín-Navarrete, R. y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia

la patología dual. *Editorial Salud Mental*, 3838(64), 395-396.  
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.060>

Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford.

Martínez-González, J. M., Graña Gómez, J. L. y Trujillo Mendoza, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2), 105-112.  
<https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.237>

Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. y Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004330.PUB2/INFORMATION/EN>

McCambridge, J. y Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.  
<https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2004.00564.X>

Mejía-Cruz, D., Green, L., Myerson, J., Morales-Chainé, S. y Nieto, J. (2016). Delay and probability discounting by drug-dependent cocaine and marijuana users. *Psychopharmacology*, 233(14), 2705-2714. <https://doi.org/10.1007/S00213-016-4316-8>

Menon, I. S. y Edward, M. (2014). *Locus of Control, Assertiveness and General Well-Being among Alcoholics and Non-Alcoholics*. 2(1). [www.gjbss.org](http://www.gjbss.org)

Mertens, D. M. (2010). Publishing Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(1), 3-6. <https://doi.org/10.1177/1558689810390217>

Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. y Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(99\)00003-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(99)00003-6)

Meyers, R. J., Roozen, H. G. y Smith, J. E. (2011). The Community Reinforcement Approach: An Update of the Evidence. *Alcohol Research y Health*, 33(4), 380.  
[/pmc/articles/PMC3860533/](http://pmc/articles/PMC3860533/)

Meyers, R. J., Villanueva, M. y Smith, E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and New Directions R. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(3), 247-260.

- Meyers, R. y Smith, J. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach* (Vol. 1). The Guilford Press.
- Michellini, Y., Pilatti, A. y Pautassi, R. M. (2021). Alteraciones en la distribución del consumo de alcohol y la frecuencia de uso de marihuana durante el aislamiento preventivo por Covid-19 en Argentina. En J. C. Godoy y P. P. García (Eds.), *Salud Mental, Pandemia y Políticas Públicas* (1st ed., p. 312). IIPSI - Instituto de Investigaciones Psicológicas.
- MIDES. (2020). *Distribución porcentual de las personas en situación de calle a la intemperie según si presentan o no un consumo diario de sustancias psicoactivas*. Montevideo-Ministerio de Desarrollo Social. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/distribucion-porcentual-personas-situacion-calle-intemperie-segun-presentan-consumo>
- Miller, W. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. y National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (U. S.). (1992). *Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. NIH Publication
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change-William R. Miller, Stephen Rollnick* (3.ª ed.). Guildford Press.
- Miller, W., Forcehimes, A. y Zweben, A. (2011). *Treating addiction: a guide for professionals*. Guilford Press.
- Miller, W., Forcehimes, A. y Zweben, A. (2019). *Treating addiction: a guide for professionals* (2.ª ed., Vol. 1). Guilford Press.
- Milton, A. L. y Everitt, B. J. (2012). The persistence of maladaptive memory: Addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1119-1139. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2012.01.002>
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C. y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172.

- Mirijello, A., D'Angelo, C., Ferrulli, A., Vassallo, G., Antonelli, M., Caputo, F., Leggio, L., Gasbarrini, A. y Addolorato, G. (2015). Identification and Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. *Drugs*, 75(4), 353-365. <https://doi.org/10.1007/S40265-015-0358-1>
- Monge, E. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas. *Revista Nacional de Administración*, 1(2), 31-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3693387>
- Moraes, M. (2014). Diez años de investigación en pasta base de cocaína en Uruguay. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 85(3), 147-148. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1688-12492014000300001ylng=esynrm=isoyslmg=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1688-12492014000300001ylng=esynrm=isoyslmg=en)
- Moraes, M., Scorza, C., Abin-Carriquiry, J. A., Pascale, A., González, G. y Umpiérrez, E. (2010). Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 81(2), 100-104. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1688-12492010000200006ylng=esynrm=isoyslmg=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1688-12492010000200006ylng=esynrm=isoyslmg=pt)
- Morín, Edgar. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. España.
- Morín, Edgar. (2006). El método 3. El conocimiento del conocimiento. Ediciones Cátedra. España
- Mrazek, P. B., Haggerty, R. J. e Institute of Medicine (U. S.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. [https://books.google.com/books/about/Reducing\\_Risks\\_for\\_Mental\\_Disorders.html?hl=esylid=5V66-WRcGL8C](https://books.google.com/books/about/Reducing_Risks_for_Mental_Disorders.html?hl=esylid=5V66-WRcGL8C)
- Muller, C. y Draper, G. (2017). *Marihuana oficial. Crónica de un experimento uruguayo* (1.ª ed.). Sudamericana.
- Musto, C. (2021). Políticas de atención a usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas: el caso uruguayo. En R. Pires y M. P. Santos (Eds.), *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na américa latina: desafios e possibilidades de ação pública* (pp. 256-286). Ministério da Economia.
- Naciones Unidas, (1961). Convención única de 1961 sobre estupefacientes. New York.
- Newman, I., Ridenour, C., Newman, C. y Marco, M. D. (2002). A typology of research purposes

and its relationship to mixed methods in social and behavioral research. Sage.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D’Zurilla, T. (2012). *Problem solving therapy: A treatment manual*. Springer.

Nguyen, J. y O’Brien, S. (2016). Adolescent Inhalant Use Prevention, Assessment, and Treatment: A Literature Synthesis. *International Journal of Drug Policy*. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.drugpo.2016.02.001>

NIDA. (1993). *Eighth Special Report to the U. S. Congress on Alcohol and Health*. NIH Publication.

NIDA. (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (3.<sup>a</sup> ed.). NIH Publication.

NIDA. (2016). *Las drogas y el cerebro*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>

NIH. (2022). *Disulfiram*. <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682602-es.html>

O’Donnell, J., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D. y Day, L. E. (1995). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long-term intervention in elementary schools. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), 87-100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7733220>

O’Malley, P. y Valverde, M. (2004). Pleasure, Freedom and Drugs: The Uses of Pleasure’ in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption. *Sociology*, 38(1), 25-42. <https://doi.org/10.1177/0038038504039359>

Observatorio Uruguayo de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas. (2014). *Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares*. Junta Nacional de Drogas. [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/VI\\_encuesta\\_hogares\\_2014\\_sintesis.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/VI_encuesta_hogares_2014_sintesis.pdf)

Observatorio Uruguayo de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas. (2016a). *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas*. [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_OUD\\_ultima\\_rev.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf)

Observatorio Uruguayo de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas. (2016b). *Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas, Periodo 2016-2020*.

- [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia\\_JND\\_2016\\_2020\\_web.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia_JND_2016_2020_web.pdf)
- Observatorio Uruguayo de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas. (2019). *VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general. Informe de investigación*. Observatorio Uruguayo de Drogas.
- OMS y UNODC. (2017). *Normas Internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas*. [https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO\\_International\\_Treatment\\_Standards\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO_International_Treatment_Standards_Spanish.pdf)
- OMS. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Meditor.
- OMS. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. World Health Organization. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)
- OMS. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)- Manual para uso en la atención primaria*. [www.paho.org](http://www.paho.org)
- OMS. (2021). Alcohol. OPS/OMS-Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
- ODJ, SND. (2020). *¿Sabías que renadro?* Datos Red Nacional de Atención En Drogas.
- ODJ, SND. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025* (1.ª ed., Vol. 1). Presidencia de la República. [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/noticias/Libro\\_Estrategia\\_nacional\\_-\\_completo\\_v7\\_con\\_tapas.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/noticias/Libro_Estrategia_nacional_-_completo_v7_con_tapas.pdf)
- Parlof, M. (1976). Shopping for the Right Therapy, *Saturday Review*, 21, 14-16.
- Parodi, C., Llambi, M., Barros, M. y Esteves, E. (2013). Medición de monóxido de carbono durante la cesación tabáquica: lecciones aprendidas. *Arco. Med Int*, 35(2), 33-37. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_isorefypid=S1688-423X2013000200002yInq=esytlng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_isorefypid=S1688-423X2013000200002yInq=esytlng=en)
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicaciones toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica Del Uruguay*, 36(3), 247-251. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_isorefypid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_isorefypid=S1688-)

03902020000300247yln=esytlng=es

- Passetti, L. L., Godley, M. D. y Kaminer, Y. (2016). Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 669-684. <https://doi.org/10.1016/J.CHC.2016.06.003>
- Pautassi, R. (2017). Bases neurofisiológicas de la adicción. En Gonzalez,P. (2017 )El gato y la caja. *Un libro sobre drogas*, (1.ª ed., pp. 42-51). El gato y la caja.
- Pautassi, R., Nizhnikov, M. y Spear, N. (2009). Assessing appetitive, aversive, and negative ethanol-mediated reinforcement through an immature rat model. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 33(6), 953-974. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2009.03.008>
- Payne. R. (2005). *Técnicas de relajación* (Vol. 4). Paidotribo.
- Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M. y Becoña, E. (2013). Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *PloS One*, 8(6), e66451. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066451>
- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332008000200006yln=esynrm=isoytlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006yln=esynrm=isoytlng=es)
- Pouy, A., Rossi, G. y Triaca, J. (2018). *Pautas de evaluación y tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias en los tres niveles de asistencia*. (1.ª ed.). Soluciones Gráficas SRL.
- Presidencia. (2002). *Memoria Anual 2002*.
- Presidencia. (2021). *Memoria Anual 2021*. <https://www.gub.uy/presidencia/institucional/informacion-gestion/memorias-anales-0>
- Radô, S. (1933). The Psychoanalysis of Pharmacothymia (Drug Addiction). *The Psychoanalytic Quarterly*, 2(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/21674086.1933.11925163>
- Ramírez, A. y Polack A. (2020). Estadística inferencial. Elección de una prueba estadística no paramétrica. *Horizonte de La Ciencia*, 10(19), 191-208. <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/597/840>
- Ramírez, J., Keuroglan, L. y Failache, F. (2020). *Problemas de Drogas Emergentes: Opioides en Uruguay*. CICAD, SSM, OEA y JND.

- Redes, L., Brescia, M. S., Wschebor, M. y Gutiérrez, M. (2013). Acerca de un caso clínico de patología dual, de psicosis y consumo de sustancias. *Revista Psiquiatría Del Uruguay*, 77, 68-74.
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.54.101601.145237>
- Rodríguez Durán, C., Echeverría San Vicente, L., Martínez, I., Morales Chainé, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 3(1), 16-37. <https://doi.org/10.28931/RIIAD.2017.1.03>
- Romaní, O. (2005). Globalización, anti globalización y políticas de reducción de daños y riesgos globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. *EGUZKILORE*, 19, 91-103.
- Romano, L. y Hazekamp, A. (2018). An Overview of Galenic Preparation Methods for Medicinal Cannabis. *Current Bioactive Compounds*, 15(2), 174-195. <https://doi.org/10.2174/1573407214666180612080412>
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J. y Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science y Medicine*, 69(7), 1080-1084. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2009.07.026>
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., Van Tulder, M. W., Van Den Brink, W., De Jong, C. A. J. y Kerkhof, A. J. F. M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2003.12.006>
- Roozen, H. G., Bravo, A. J., Pilatti, A., Mezquita, L. y Vingerhoets, A. (2020). Cross-Cultural Examination of the Community Reinforcement Approach Happiness Scale (CRA-HS): Testing measurement invariance in five countries. *Current Psychology* 2020, 1-11. <https://doi.org/10.1007/S12144-020-00818-W>
- Roozen, H. G., Tsuji, Y. y Meyers, R. J. (2021). CRAFT: Treatment integrity is imperative for understanding research findings. *Addiction*, 116(1), 205-206. <https://doi.org/10.1111/ADD.15195>
- Roozen, H., Greeven, P., Dijkstra, B. y Bischof, G. (2013a). Verbesserung bei Patienten durch den Community Reinforcement Approach: Effekte auf Zufriedenheit und psychiatrische

Symptome. *Suchttherapie*, 14(2), 72-77. <https://doi.org/10.1055/S-0033-1341513/ID/R0511-0024>

Roozen, H., Meyers, R. y Smith, J. (2013b). *Community Reinforcement Approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol-en drugverslaving*. Bohn Stafleu van Loghum.

Rose, M., Calabria, B., Allan, J., Clifford, A., Shakeshaft, A. P. y National Drug and Alcohol Research Centre (Australia). (2014). *Aboriginal-specific Community Reinforcement Approach (CRA) training manual*, 77.

Rousseau, D. M. y Gunia, B. C. (2016). Evidence-Based Practice: The Psychology of EBP Implementation. *Annual Review of Psychology*, 67, 667-692. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033336>

Rousseau, G. S., Irons, J. G. y Correia, C. J. (2011). The reinforcing value of alcohol in a drinking to cope paradigm. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2011.02.010>

Ruiz, P., Semblat, F. y Pautassi, R. M. (2021). The Change in Psychoactive Substance Consumption in Relation to Psychological Stress During the Covid-19 Pandemic in Uruguay. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*, 22(2), 198-205. <https://doi.org/10.18295/SQUMJ.5.2021.106>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7023), 71-72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924>

Sampieri, H. y Mendoza, C. (2008). El matrimonio cuantitativo cualitativo: el paradigma mixto. En J. L. Álvarez Gayou, *6º Congreso de Investigación En Sexología*. Congreso efectuado por El Instituto Mexicano de Sexología, A. C.

Sampieri, H. y Mendoza, C. (2010). En P. Hernández, R. Fernández, C. y Baptista (Ed.), *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill.

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill, Interamericana.

SAMSHA. (2016). Facing Addiction in America. *Facing Addiction in America*, 82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424857/>

- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. y Marales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(04)70159-2)
- Saunders, JB y Latt, Carolina del Norte (2021). Diagnostic Definitions and Classification of Substance Use Disorders. *En Textbook of Addiction Treatment* (pp. 91-113). Springer, Cham.
- Sanz, J. y Navarro M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84. <https://psycnet.apa.org/record/2003-99798-006>
- Sanz, J., Luis, A., Carmelo, P. y Resumen, V. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14, 249-280.
- Schierenberg, A., van Amsterdam, J., van den Brink, W. y E. Goudriaan, A. (2012). Efficacy of Contingency Management for Cocaine Dependence Treatment: A Review of the Evidence. *Current Drug Abuse Reviews*, 12, 320-331.
- Schifano, F., Orsolini, L., Duccio Papanti, G. y Corkery, J. M. (2015). Novel psychoactive substances of interest for psychiatry. *World Psychiatry*, 14(1), 15-26. <https://doi.org/10.1002/WPS.20174>
- Schottenfeld, R. S., Moore, B. y Pantalon, M. V. (2011). Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(1), 48-55. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2011.02.019>
- Schütz, F. (1941). Mechanism of Drug Addiction and Drug Tolerance. *Nature 1941* 148:3763, 148(3763), 725-725. <https://doi.org/10.1038/148725a0>
- Secades Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7404/7268>
- Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 202-207. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2007.03.006>

- Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Ramón Fernández-Hermida, J. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles Del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secades Villa, R., García-Fernández, G., Peña-Suárez, E., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E. y Fernández-Hermida, J. R. (2013). Contingency management is effective across cocaine-dependent outpatients with different socioeconomic status. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 349-354. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2012.08.018>
- Secades Villa, R., Sánchez-Hervás, E., Zacarés-Romaguera, F., García-Rodríguez, O., Santonja-Gómez, F. J. y García-Fernández, G. (2011). Community Reinforcement Approach (CRA) for cocaine dependence in the Spanish public health system: 1 year outcome. *Drug and Alcohol Review*, 30(6), 606-612. <https://doi.org/10.1111/J.1465-3362.2010.00250.X>
- Shield, K. D., Monteiro, M., Roerecke, M., Smith, B. y Rehm, J. (2015). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(6), 442-449. [www.who.int/globalatlas/alcohol](http://www.who.int/globalatlas/alcohol)
- Siegel, S. (1989). Pharmacological conditioning and drug effects. En A. Gaudie y M. Emmett-Oglesby (Eds.), *Psychoactive drugs: tolerance and sensitization* (pp. 115-180). Humana Press.
- Siegel, S. (2005). Drug Tolerance, Drug Addiction, and Drug Anticipation. *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 296-300. <https://doi.org/10.1111/J.0963-7214.2005.00384.X>
- Silva, D. (2016). *Drogas y derecho penal en el Uruguay* (1.<sup>a</sup> ed.). Fundación de la Cultura Universitaria.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. y Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 541-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.541>
- Smith, J. y Meyers, R. (2007). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. Guilford.
- Smith, M. (2021). Social Learning and Addiction. *Behavioural Brain Research*, 398, 112954. <https://doi.org/10.1016/J.BBR.2020.112954>
- Sobell, M. B. y Sobell L. C. (1996). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. Guilford. <https://psycnet.apa.org/record/1993-98451-000>

- Sofuoglu, M., Dudish-Poulsen, S., Poling, J., Mooney, M. y Hatsukami, D. K. (2005). The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1125-1134. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2004.10.010>
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35(8), 691-712. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.8.691>
- Soto, E., Lorenzo, A., Esteves, E., Soto, E., Lorenzo, A. y Esteves, E. (2018). Cesación tabáquica en la salud cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 33(3), 150-170. <https://doi.org/10.29277/CARDIO.33.3.11>
- Strecker, S., Kuckertz, A. y Pawlowski, J. M. (2014). Community Reinforcement Approach in Contingency Management. *Handboek Cognitieve Gedragstherapie Bij Middelengebruik En Gokken*, 9. [http://www.icb.uni-due.de/fileadmin/ICB/research/research\\_reports/No9.pdf](http://www.icb.uni-due.de/fileadmin/ICB/research/research_reports/No9.pdf)
- Suárez H., Ramírez, J., Giancarlo, A., Castelli, L., Martínez E. y Rossal, M. (2014). *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. (1.ª ed., Vol. 1). Unidad de Medios Técnicos, Ediciones y Comunicación UMTEC. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/fisuras.pdf>
- Szerman, N., Horcajadas, F., Astudillo, P., Vich, F., Perez, B., Villamor, I., Morant, C., Mangado, E. y Calvo, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.
- Tam, T. W., Zlotnick, C. y Robertson, M. J. (2003). Longitudinal Perspective: Adverse Childhood Events, Substance Use, and Labor Force Participation Among Homeless Adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(4), 829-846. <https://doi.org/10.1081/ADA-120026263>
- Tatum, A. L. y Seevers, M. H. (1931). Theories of drug addiction. Department of Pharmacology, University of Wisconsin Medical School, Madison. *Physiological Reviews*, 11(2), 107-121. <https://doi.org/10.1152/PHYSREV.1931.11.2.107>
- Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M., Natera Rey, G., Martínez Vélez, N., Carreño García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios.

*Adicciones*, 28(1), 19-27. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.786>

Tiffany, S. T. y Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1. <https://doi.org/10.1111/J.1749-6632.2011.06298.X>

Tomassini, A. (2017). *Diagnóstico, tratamiento y derivación de patología psiquiátrica asociada al consumo de drogas* [Udelar. FP]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9899>

Torres Bares, C., Escarabajal, M. D. (2005). Psicofarmacología: una aproximación histórica. *Anales de Psicología*, 21(2), 199-212. <https://doi.org/10.6018/ANALESPPS>

Torres, L. B., González Vázquez, J. y Ayala Velázquez, H. (2004). Un modelo de consejo marital basado en la solución de conflictos y el reforzamiento. *Salud Mental*, 27(3), 65-73.

Torres, L. B., González Vázquez, J., Medina-Mora, E. y Ayala Velázquez, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.

Torrecillas, F. L., del Mar Salvador, M., García, A. V., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2(1), 33-51.

Turk, D. y Gatchel, R. (2018). *Psychological Approaches to Pain Management* (The Guilford Press).

[https://books.google.com.uy/books?hl=esylr=yid=PRFaDwAAQBAJyoi=fndyypg=PP1y dq=Arena+JG,+Blanchard+EB.+Biofeedback+and+relaxation+therapy+for+chronic+pain+disorders.+In:+Gatchel+RJ,+Turk+DC,+editors.+Psychological+Approaches+to+Pain+Management:+a+Practitioner%27s+Handbook.+New+York:+Guilford,+1999yots=Y KLxZeFGx4ysig=uzlQlmtimFt58N-q8hGPABrKmhgyredir\\_esc=y#v=onepageyqyf=false](https://books.google.com.uy/books?hl=esylr=yid=PRFaDwAAQBAJyoi=fndyypg=PP1y dq=Arena+JG,+Blanchard+EB.+Biofeedback+and+relaxation+therapy+for+chronic+pain+disorders.+In:+Gatchel+RJ,+Turk+DC,+editors.+Psychological+Approaches+to+Pain+Management:+a+Practitioner%27s+Handbook.+New+York:+Guilford,+1999yots=Y KLxZeFGx4ysig=uzlQlmtimFt58N-q8hGPABrKmhgyredir_esc=y#v=onepageyqyf=false)

Turner, N. E., Annis, H. M. y Sklar, S. M. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: Psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). *Behavior Research and Therapy*, 35(5), 465-483. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00119-2).

Umbrecht, A. y Vélez, M. L. (2021). Benzodiazepine and Nonbenzodiazepine Hypnotics (Z Drugs): The Other Epidemic. En N. el- Guebaly, G. Carrà y M. Galanter, A. M. (Eds.),

- Textbook of Addiction Treatment* (pp. 142-154). Springer Nature.
- United Nations. (2020). *World Drug Report 2020 (Sales N.º E.20.XI.6)*. [www.unodc.org/wdr2020](http://www.unodc.org/wdr2020)
- UNODC. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación* (Vol. 1). Naciones Unidas.
- Villa, R. S. y Hermida, J. R. F. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713303>
- Villarroel, P. E. V. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 10, 4-10. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601001>
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J. y Swanson, J. M. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9(6), 557-569. <https://doi.org/10.1038/SJ.MP.4001507>
- Vuchinich, R. E. y Simpson, C. A. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6(3), 292-305. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9725113>
- Vuchinich, R. E. y Tucker J. A. (1988). Contribuciones de las teorías conductuales de elección al análisis del abuso de alcohol. *Revista de Psicología Anormal*, 97(2), 181-195. <https://psycnet.apa.org/record/1988-33055-001>
- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1983). Behavioral theories of choice as a framework for studying drinking behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(4), 408-416. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.4.408>
- Weaver, T., Madeen, P., Charles, V., Stimpson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N. y Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G. y Kaplan, C. B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research*, 2(5), 335-340. <https://doi.org/10.1007/BF00449428>

- West, R. y Brown, J. (2013). *Theory of addiction* (5.<sup>a</sup> ed., Vol. 1). Wiley Blackwell.
- Wiesbeck, G., Marca, S., Kalminjn, J., Jayson, T., Kathleen, B. y Tom, S. (1996). An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction*, *91*(10), 1469-1478. <https://doi.org/10.1046/J.1360-0443.1996.911014696.X>
- Wild, T. C., Cunningham, J. A. y Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, *31*(10), 1858-1872. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2006.01.002>
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, *59*(4), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- World Health Organization. (2021). World Drug Report 2021. UNODC: Vienna, Austria, 2021. *Global Overview of Drug Demand and Drug Supply*, 2.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia: su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Desclée de.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Oaks, CA. Sage Publications Inc.
- Yin, R. (2009). *Case Study Research*. Sage.
- Zawilska, J. B. (2017). An expanding world of novel psychoactive substances: Opioids. *Frontiers in Psychiatry*, *8*(Jun), 110. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2017.00110/BIBTEX>
- Zuardi, A. W. (2008). Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *30*(3), 271-280.

## **13. Anexos**

### **13.1 Test de depresión de Beck**

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le

parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito) (Sanz *et al.*, 2003).

*Tabla 22. Test de Depresión de Beck bdi ii*

Categoría	Enunciado
Tristeza	0 No me siento triste.
	1 Me siento triste gran parte del tiempo.
	2 Me siento triste todo el tiempo.
	3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
Pesimismo	0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
	1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
	2 No espero que las cosas funcionen para mí.
	3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.
Fracaso	0 No me siento como un fracasado.
	1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
	2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
	3 Siento que como persona soy un fracaso.
Pérdida de placer	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
	1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
	2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
	3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
Sentimientos de culpa	0 No me siento particularmente culpable.
	1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
	2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
	3 Me siento culpable todo el tiempo.
Sentimientos de castigo	0 No siento que esté siendo castigado.
	1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
	2 Espero ser castigado.
	3 Siento que estoy siendo castigado.
Disconformidad con uno mismo	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
	1 He perdido la confianza en mí mismo.
	2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
	3 No me gusto a mí mismo.
Autocrítica	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
	1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

	2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
	3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
Pensamientos o deseos suicidas	0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenidos pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
Llanto	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.
Agitación	0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
Pérdida de interés	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.
Indecisión	0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
Desvalorización	0 No siento que yo no sea valioso. 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.
Pérdida de energía	0 Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los

hábitos de sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.  
1.<sup>a</sup> Duermo un poco más que lo habitual.  
1b Duermo un poco menos que lo habitual.  
2a Duermo mucho más que lo habitual.  
2b Duermo mucho menos que lo habitual.  
3.<sup>a</sup> Duermo la mayor parte del día.  
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.  
1 Estoy más irritable que lo habitual.  
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.  
3 Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el

apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.  
1.<sup>a</sup> Mi apetito es un poco menor que lo habitual.  
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.  
2a Mi apetito es mucho menor que antes.  
2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.  
3.<sup>a</sup> No tengo apetito en absoluto.  
3b Quiero comer todo el día.

Dificultad de

concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.  
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.  
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.  
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.  
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.  
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.  
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

Pérdida de interés

en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

### 13.2 Test de ansiedad de Beck

*Tabla 23.* Test de ansiedad Beck (BAI)

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

---

En este cuestionario hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy. Marcando con una X según la intensidad de la molestia.

### 13.3 Preguntas test de ASSIST

*Tabla 24. Test ASSIST*

- 
1. ¿Cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
  2. ¿Con qué frecuencia ha consumido sustancias en los últimos tres meses?
  3. ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
  4. ¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
  5. ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?
  6. Algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.
  7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no lo ha logrado y qué tan reciente ha sido.
  8. Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.
- 

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas» (OMS, 2011, p. 3).

## 13.4 Escala de satisfacción general

Tabla 25. Escala de satisfacción general

- 
1. Uso de sustancias
  2. Progreso en el trabajo o en el estudio
  3. Manejo del dinero
  4. Vida social/recreativa
  5. Hábitos personales
  6. Relaciones matrimoniales
  7. Situación legal
  8. Vida emocional
  9. Comunicación
  10. Satisfacción general
- 

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; estas se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese ¿qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de vida? Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer, concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.



27. Cuando otras personas me rechazaron
28. Cuando en un grupo que consumía, sentí que querían que me uniera
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida
32. Cuando quise probar estar con amigos consumidores, sin consumir
33. Cuando tuve problemas para dormir
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla
35. Cuando estaba aburrido
36. Cuando quería celebrar con un amigo
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar
39. Cuando tenía dolor de cabeza
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas
41. Cuando recordé cosas buenas que me habían pasado
42. Cuando quería probar estar en lugares donde se consume sin hacerlo
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor
44. Cuando alguien me habló de sus experiencias con esa droga
45. Cuando me sentí solitario
46. Cuando estaba con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual
47. Cuando alguien me trató injustamente
48. Cuando estaba en un grupo en el que todos estaban consumiendo
49. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros
50. Cuando tuve algún dolor físico
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer
52. Cuando había peleas en mi casa
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor
54. Cuando empecé a recordar qué buen «pegue» sentí cuando la consumí
55. Cuando me sentí ansioso por algo
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona
57. Cuando alguien interfirió con mis planes
58. Cuando alguien trata de controlarme y quiero sentirme más independiente

59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo

60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o los estudios

---

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los que la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo con la escala que a continuación se le presenta.

Si usted «nunca» consumió drogas en esa situación, marque 0; Si usted «rara vez» consumió drogas en esa situación, marque 1; Si usted «frecuentemente» consumió drogas en esa situación, marque 2; Si usted «casi siempre» consumió drogas en esa situación, marque 3.

Para analizar este instrumento las ocho categorías de situaciones de uso de sustancias se analizan de la siguiente manera. Situaciones personales, se subdivide en cinco categorías, para obtener un índice esos ítem deben emplearse los siguientes análisis:

Emociones desagradables: se suman los siguientes ítems: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51 al resultado de la suma se emplea la siguiente:  $/ 30 \times 100$ . Malestar Físico: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50. Suma  $/ 30 \times 100$ ; Emociones Agradables: 1, 11, 21, 31 y 41. Suma  $/ 15 \times 100$ ; Probando Autocontrol: 2, 12, 22, 32 y 42. Suma  $/ 15 \times 100$ ; Necesidad o Tentación de Consumo: 4, 14, 24, 34, 44 y 54. Suma  $/ 18 \times 100$ .

Para evaluar situaciones que involucran a otras personas se suman: conflicto con otros: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60. Suma  $/ 42 \times 100$ ; presión social: 8, 18, 28, 38 y 48. Suma  $/ 15 \times 100$ ; momentos agradables con otros: 6, 16, 26, 36 y 46 suma  $/ 15 \times 10$ .

En la siguiente tabla se muestra un formato en el que se inscriben los resultados, para presentarse a las personas que realizaron el test. De esta forma, el gráfico se vuelve visual, se complementa con los datos que se obtendrán en la escala que se presentará en el siguiente sub capítulo, el «Drug Talking Confidence Questionnaire».

*Tabla 27.* Tabla para presentar a usuarios situaciones de riesgo

---

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30

20  
10  
0

---

Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Prueba de autocontrol	Necesidad de uso de sustancias	Conflictos con otras personas	Presión social	Momentos agradables con otros
-------------------------	-----------------	----------------------	-----------------------	--------------------------------	-------------------------------	----------------	-------------------------------

---

Esta tabla se emplea para inscribir los datos de resultados del test inventario de situaciones de consumo de drogas y mostrar los resultados a los usuarios.

### 13.6 Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas

Tabla 28 . Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas

- 
1. Si me sintiera feliz
  2. Si quisiera probarme que puedo usar esa droga con moderación
  3. Si me sintiera tembloroso
  4. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compre la droga
  5. Si estuviera deprimido por todo en general
  6. Si me encontrara con viejos amigos y quisiera pasar un buen rato
  7. Si me sintiera tenso o incomodo en presencia de alguien
  8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rehusarme a la droga
  9. Si quisiera tener más energía para sentirme mejor
  10. Si empezara a sentirme culpable por algo
  11. Si me sintiera seguro y relajado
  12. Si quisiera probarme que esta droga no es un problema para mi
  13. Si me sintiera enfermo
  14. Si inesperadamente me la encontrara
  15. Si sintiera que ya no tengo a donde más acudir
  16. Si estuviera con un amigo cercano y quisiéramos sentirnos más unidos
  17. Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos a los demás
  18. Si saliera con mis amigos e insistieran en ir a algún lugar a consumir drogas
  19. Si me sintiera que mi familia me está presionando mucho

20. Si quisiera bajar de peso para mejorar mi apariencia física
21. Si me sintiera emocionado por algo
22. Si quisiera probar consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto
23. Si sintiera náuseas
24. Si viera algo que me recordara la droga
25. Si sintiera que me deje fracasar
26. Si estuviera con mis amigos y quisiera divertirme más
27. Si otras personas me rechazaran
28. Si estoy en un grupo que consume y sintiera que quieren que me les una
29. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar
30. Si me sintiera que no puedo llegar a ser lo que mi familia espera de mí
31. Si me sintiera satisfecho con mi vida
32. Si quisiera estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas
33. Si tuviera problemas para dormir
34. Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumirla
35. Si estuviera aburrido
36. Si quisiera celebrar con un amigo
37. Si pareciera que no le caigo bien a los demás
38. Si me presionaran a usar esa droga y sintiera que no me podía negar
39. Si tuviera dolor de cabeza
40. Si estuviera enojado por cómo salieron las cosas
41. Si recordara cosas buenas que han pasado
42. Si quisiera estar en lugares donde se consume drogas sin hacerlo
43. Si quisiera mantenerme despierto para sentirme mejor
44. Si a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga
45. Si me sintiera solitario
46. Si estuviera con mi pareja y quisiera aumentar mi placer sexual
47. Si alguien me tratara injustamente
48. Si estuviera con un grupo donde todos consumieran
49. Si no me llevara bien con mis compañeros
50. Si tuviera algún dolor físico
51. Si estuviera indeciso acerca de lo que debo hacer
52. Si hubiera peleas en mi casa

53. Si quisiera estar más alerta para sentirme mejor
54. Si empezara a recordar que buen «pegué» sentí cuando la consumí
55. Si me sintiera ansioso por algo
56. Si necesitara coraje para enfrentar a otra persona
57. Si alguien interfirió con mis planes
58. Si alguien trata de controlar mi vida y yo quisiera ser más independiente
59. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo
60. Si me hostigaran por el trabajo o el estudio

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los que la gente consume drogas. Imagine que está en cada una de las situaciones e indique de acuerdo con la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la necesidad de consumir drogas en esa situación. Encierre o marque su respuesta de acuerdo con el porcentaje de seguridad que usted tenga de resistir a la necesidad de consumir droga.

Se le solicita al usuario que: marque 100 si está cien por ciento seguro de resistirse a consumir la droga; marque 80 si está ochenta por ciento seguro; marque 60 si está sesenta por ciento seguro; si está más inseguro que seguro, marque 40; marque 20 si solo está veinte por ciento seguro; marque 0 si no está seguro de resistirse al consumo ante esa situación.

Para analizar este instrumento, la calificación de cada subescala se obtiene de las operaciones de cada una de estas escalas, de la siguiente manera: emociones desagradables: se suman los siguientes ítems: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51. El resultado de la suma se divide entre 10; malestar físico: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50. Suma / 10; emociones placenteras: 1, 11, 21, 31 y 41. Suma / 5; probando autocontrol: 2, 12, 22, 32, y 42. Suma / 5; necesidad y tentación de consumo: 4, 14, 24, 34, 44 y 54. Suma /6; conflicto con otros: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59, 60. Suma / 14; presión social: 8, 18, 28, 38 y 48. Suma /5; momentos agradables con otros: 6, 16, 26, 36 y 46. Suma /5.

En la siguiente tabla se muestra un formato en el que se inscriben los resultados, para presentarse a las personas que realizaron el test. De esta forma, el gráfico se vuelve visual, aunque en la su forma ideal es que se inscriba en la misma gráfica que el test ISCD. Para que ellos se complementen.

*Tabla 29 . Tabla para presentar a usuarios perfiles de autoconfianza*

100

90

80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

				Necesidad			
				o			
				tentación	Conflicto		Momentos
Emociones	Malestar	Emociones	Prueba de	de uso de	con otras	Presión	agradables
desagradables	físico	agradables	autocontrol	sustancias	personas	social	con otros

Esta tabla se emplea para inscribir los datos de resultados del cuestionario autoconfianza de consumo de drogas y mostrárselos a la persona.

### 13.7 Escala de satisfacción conyugal

Tabla 30. Escala de satisfacción conyugal

Responsabilidades del hogar

Crianza de los hijos

Actividades sociales

Manejo del dinero

Hábitos personales

Independencia de mi pareja

Sexualidad y afecto

Vida emocional

Comunicación

Satisfacción general

---

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción actual con su funcionamiento en pareja en cada una de las diez áreas listadas. Conforme lea cada área pregúntese: ¿qué tan satisfecho me encuentro hoy con mi pareja en esta área? Enseguida marque con un número del 1 al 10 el número que crea corresponda con su satisfacción actual. Donde el 1 corresponde a completamente insatisfecho y el 10 completamente satisfecho. Los números de la izquierda indican varios grados de insatisfacción, mientras que los números de la derecha revelan varios niveles de satisfacción. Intente no permitir que sus emociones en un área específica influyeran el puntaje de otras áreas (Barragán, Flores, Hernández, Ramírez, Ramírez, y Nara Gabriela Pérez, 2014).

### 13.8 Metas de vida cotidiana

La siguiente tabla oficia de referencia para el trabajo con las personas y toma su base en la escala de satisfacción general, fue desarrollada con la intención de que el usuario pueda reflexionar sobre ellas. Deben llenarse usando oraciones breves, anotando solamente las cosas que sí se deben hacer, apuntando conductas medibles (Barragán, Flores, Hernández, Ramírez, Ramírez, y Nara Gabriela Pérez, 2014).

*Tabla 31. Metas de vida cotidiana*

Área problema /Metas	Plan de acción	Cuándo/frecuencia	Logros
Uso de sustancias			
Trabajo			
Dinero			
Social			
Hábitos personales			
Familia			
Legal			

General