



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



TRABAJO FINAL de GRADO

Modalidad: Pre-Proyecto de Tesis

Estudio piloto del impacto del Programa de Satisfactores Cotidianos en población uruguaya para usuarios con dependencia al alcohol y otras sustancias adictivas.

Estudiante: Aline Tuyaré C.I. 3611673-6

Docente tutor: Karina Curione

Docente revisor: Anabel Beniscelli

Montevideo, 2 de mayo de 2015

Estudio piloto del impacto del Programa de Satisfactores Cotidianos en población uruguaya para usuarios con dependencia al alcohol y otras sustancias adictivas. (Cannabis, cocaína, solventes, tranquilizantes, estimulantes, barbitúricos, alucinógenos, narcóticos.)

Resumen

Resulta preocupante en nuestro país el alto número de usuarios problemáticos de diferentes drogas, fundamentalmente alcohol, y el bajo porcentaje de los mismos que acuden a tratamiento. La “Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, 2011-2015”, establecida por la Junta Nacional de Drogas (JND), conforma una respuesta a la problemática y un intento de integración de Uruguay con otros organismos regionales e internacionales abocados a estas cuestiones de salud pública.

Los modelos cognitivos comportamentales son los que en la literatura científica reportan mayores índices de eficacia en tratamiento de la conducta adictiva. El Programa de Satisfactores Cotidianos, basado en estos modelos, ha demostrado una disminución del consumo, depresión y ansiedad en población que participó del programa así como aumento de auto eficacia y satisfacción personal.

En un intento de seguir avanzando en la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento, la presente investigación busca evaluar el impacto del programa en quince usuarios con dependencia a drogas en Uruguay. Se trabajará con un diseño cuasi experimental, pre- test y pos- test en modalidad de tratamiento ambulatorio.

Palabras clave: Intervención, cognitivo-conductual, dependencia, drogas.

Abstract

It is concerning to see the rise in the number of dependent drug consumers as well as in the number of people requiring therapeutic assistance in our country. The “National Strategic Program for Drug Problem Approach, 2011-2015”, set up by the National Board of Drugs (Junta Nacional de Drogas), defines an answer to the issue and aims to integrate Uruguay with regional and international organizations dedicated to these public health matters.

In the attempt to develop the research of new treatment alternatives, this investigation intends to assess the impact of the Program in 15 drug dependent users in Uruguay. The work will be performed with a quasi-experimental design, pre- test and pos- test in the form of ambulatory treatment.

In scientific literature, cognitive-behavioral models yield the highest efficiency rate in the treatment of addictive behavior. The Quotidian Pleasing Facts program, based in these models, has shown consumption, depression and anxiety decrease in the research population as well as a rise in self-efficacy and personal satisfaction.

Key words: Intervention, cognitive-behavioral, dependence, drugs

1-Fundamentación

Existen diferentes enfoques teóricos que explican la ocurrencia, el incremento y la modificación en el patrón de consumo de drogas. El presente trabajo tiene como objetivo llevar adelante un estudio piloto que oficie como primera etapa hacia la adaptación y evaluación del impacto que tiene la aplicación de estrategias cognitivas conductuales del Programa de factores cotidianos en usuarios de Uruguay con dependencia a sustancias adictivas.

Para el propósito de este trabajo, la adicción es entendida como el grado más alto de uso problemático de sustancias psicoactivas. Se trata de una etapa en la vida del individuo donde su vida cotidiana se centra en el consumo de sustancias. La persona va desatendiendo en forma paulatina diferentes áreas de su vida y generando una cadena inversa de logros. (Kaztman citado por Suarez et al., 2014)

En nuestro país el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) tiene como objetivo principal relevar y analizar la información relacionada con el fenómeno de las drogas. Esta información con base a indicadores normalizados, se vuelve guía y posterior evaluación de las políticas públicas. El OUD trabaja en coordinación con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD), miembro de la Organización de los Estados Americanos (OEA), generando datos comparables con otros países de la región.

La Quinta Encuesta Nacional de Hogares (2011) destaca “que el alcohol es la droga más consumida por la población representada, con una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses del 74% presentando un incremento estadísticamente significativo al anterior estudio (2006) de 7.5 puntos porcentuales convirtiendo a esta sustancia en la principal urgencia de Salud Pública”.

La marihuana muestra un crecimiento con una prevalencia en los últimos 12 meses de 8,3% (5.5% en 2006). El 16% de los consumidores presenta síntomas de dependencia y estima una potencial demanda de tratamiento de unas 20.000 personas.

En relación a la cocaína la prevalencia de consumo es de 1,9% en los últimos 12 meses (lo que implica a unas 30 mil personas de la población representada), donde

uno de cada tres usuarios ya muestra signos de dependencia conformando una demanda potencial de tratamiento.

En cuanto a la Pasta Base, se estima que existen unos 17.000 consumidores, cifras similares al 2006. Se trata de una población potencial para el tratamiento por las características de esta sustancia. En relación a las drogas de síntesis también se señala un incremento importante de su consumo, en especial el éxtasis (0,7% frente al 1,5%) lo cual también constituye un signo de alerta.

La mayor prevalencia de consumo se da entre los 18 y 35 años, con mayor incidencia en varones salvo los tranquilizantes y estimulantes que se presentan con mayor frecuencia en mujeres.

El Primer Censo Nacional (2010) y segundo en Montevideo de centros de tratamiento de usuarios de drogas realizado en el año 2010, es una herramienta que permite contar con un conjunto de indicadores sobre la demanda de atención, el seguimiento a la tendencia del fenómeno, información epidemiológica reflejando situaciones cambiantes en relación a sustancias nuevas o modalidades de uso, el perfil de la población atendida, y la dimensión espacial del mismo, entre otros aspectos. Se explicita en el informe que anteriormente a dicho trabajo, no existía información detallada y confiable en nuestro país de los centros de tratamiento. Se considera relevante destacar que este registro no evalúa la efectividad de los tratamientos sino la magnitud y severidad del consumo. El informe profundiza también sobre el personal técnico-profesional con que cuentan los centros. A modo de ejemplo, uno de cada cuatro centros no cuenta con psicólogos, menos de la mitad tampoco tiene psiquiatras. Estos relevamientos constituyen insumos importantes que impulsan al sistema de atención a estar alineados con la reglamentación vigente en nuestro país en relación a los centros de tratamiento (Decreto N°274/013,2013), ya que marcan la diferencia entre lo que está reglamentado y lo que sucede en la realidad.

En 2010 la cantidad de personas en tratamiento era de 1227, el 47% ya había estado en tratamiento una o dos veces previas. Del total de quienes reciben atención, el 86% se concentra en Montevideo, el 70% recibe atención pública en diferentes modalidades y unos 30% en centros privados, sistema mutual, a través de diversos trabajos comunitarios o fondos internacionales.

Otro de los instrumentos centrales del OUD es la ficha de “tratamiento registra”, software de cuestionario tipo estructurado que forma parte Sistema de Gestión de usuarios en atención y tratamiento por consumo problemático de drogas. A través de este Sistema se publica en enero 2015 un informe donde se hace referencia a los usuarios registrados desde el 1/01/13 y el 31/12/14 por instituciones públicas y privadas. Se detalla algunos de los resultados de interés: 1490 personas ingresadas

al Sistema en al menos una oportunidad; 80 personas ingresaron en dos o más oportunidades. El 88,8% son hombres, dato útil para ser problematizado por las dificultades que enfrentan las mujeres para solicitar y recibir asistencia (Olivera, 2013). La edad de los casos ingresados al Sistema oscila entre los 13 y 74 años, el promedio se sitúa en los 27 años. Este informe discrimina datos en relación a las sustancias por las cuales se consulta, tratamientos previos, sistemas de atención públicos, sistemas de atención privados, etc. Los datos refuerzan la utilidad y necesidad de medir la eficacia de los tratamientos, aspecto muy poco desarrollado hasta el momento en Uruguay.

Dentro de las políticas públicas referidas al uso problemático de drogas, en Uruguay existe, como eje de acción, la “Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, 2011-2015”, establecido por la Junta Nacional de Drogas (JND), organismo dependiente de Presidencia de la República. Esta estrategia indica entre otras cosas, que para atender el problema de drogas, se debe utilizar una perspectiva integral en la que se articulen postulados científicos y acciones derivadas del involucramiento del Estado, orientando todos sus ejes de trabajo en el respeto de los derechos humanos.

En Uruguay se cuenta con presencia institucional y recursos económicos destinados a la problemática de las drogas. El principal desafío consiste en poder mejorar los resultados buscando nuevos caminos para enfrentar el problema (Calzada, 2010). En este sentido el estudio piloto aquí presentado busca constituirse en un insumo en la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento para nuestro país. Asegura el respeto de los derechos de los usuarios y brinda a los participantes la misma calidad de atención, con profesionales que se deben ajustar al cumplimiento del programa. Esto hace verificable el trabajo de los técnicos, y evaluable su eficacia inclusive en fase de seguimiento, aspecto poco desarrollado en nuestro país. A continuación se fundamenta la importancia de brindar un programa de atención que contemple estos aspectos.

Uruguay forma parte desde el 2011 del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Sobre Drogas (COPOLAD). Es desde allí donde se lleva a cabo un importante trabajo para generar evidencia sobre la efectividad buscando avanzar en la construcción de conocimiento para orientar las prácticas en prevención, tratamiento, reducción de daños e inserción social. A su vez, se gestionan estándares que permiten el desarrollo de servicios y programas sobre bases sólidas para que las intervenciones sean más efectivas en cuanto a los resultados y eficientes en el uso de los recursos de los estados. Esto redundará en la promoción y protección de la salud pública y la garantía de los derechos humanos.

El COPOLAD ha implementado el proyecto denominado Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas (2014) que constituye un marco de referencia en la acreditación de programas vinculados a drogas. Dentro de los lineamientos vinculados a los tratamientos, son ampliamente recomendados la entrevista y terapia motivacional, las terapias conductuales y cognitivo conductuales. Así también, es extendida y comprobada la eficacia, en la práctica clínica, del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, donde se busca mejorar las estrategias cognitivas y conductuales para la asertividad, comunicación y rechazo del consumo, manejo de estados de ánimo. (Becoña & Cortés, 2008; Becoña & Cortés, 2011)

1.1 *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas (PSC)*

1.1.2 *Antecedentes: del PSC*

El PSC deriva del “Community Reinforcement Approach” (CRA), de Hunt y Azrin (1973)

El CRA es un tratamiento conductual intensivo que se enfoca en el manejo de conductas relacionadas con la modificación del consumo de sustancias y la obtención de eventos gratificantes en otras áreas de la vida afectadas. La meta, es ayudar a las personas a descubrir y adoptar estilos de vida saludable y satisfactoria, que resulten más gratificantes que un estilo de vida ocupado por el uso de alcohol y otras drogas.

Desde la década del 70, Nate Azrin consideraba necesario modificar el ambiente de vida cotidiano de las personas con problemas de alcohol, para conseguir diversas y gratificantes fuentes de reforzamiento derivadas de la conducta de sobriedad y de la aplicación de habilidades que le favorezcan en su desempeño al integrarse a la comunidad, la familia, el trabajo y los amigos. El CRA demuestra inicialmente su efectividad en personas dependientes de alcohol al mostrar un incremento en días en abstinencia, menos tiempo desempleados, e institucionalizados. (Azrin, 1973; Hunt & Azrin, 1976)

Posteriormente, se le añadieron al CRA más componentes como el entrenamiento al otro significativo, club social, consejo marital y uso del Disulfiran (fármaco utilizado para el tratamiento del alcoholismo crónico). El programa se sometió a evaluaciones posteriores referentes a la eficacia de resultados y a estudios de meta-análisis, en las que se valoraron los niveles de exigencia en el uso de análisis estadísticos para determinar que los cambios en el patrón de consumo de los usuarios se debieron a las

habilidades desarrolladas durante el programa y determinar el impacto en favorecer el mantenimiento de los cambios alcanzados ante seguimientos a seis meses y un año.

Derivado de dichas valoraciones y análisis, el CRA demostró su eficacia para favorecer la abstinencia al aparecer entre los primeros tipos de intervenciones con mejores resultados; por lo que el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) lo sugieren como uno de los de mayor eficacia para dependientes a sustancias adictivas (Finney & Monahan 1996; Holder et al., 1991; Miller et al., 1995, 1998, 2003, 2005; Roozen et al., 2004). Sobre todo en dependientes al alcohol en situación de calle (Smith et al., 1998), en usuarios con personalidad antisocial, en los que tienen dependencia a cocaína, opiáceos y tabaco.

En México se adaptó el CRA a población con dependencia a drogas originando la intervención denominada Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005).

En un estudio con diseño pre-postest en el que participaron del PSC nueve usuarios consumidores de alcohol y otras drogas, con edad promedio de 35 años se encontró que disminuyó el consumo favoreciendo la abstinencia, aumentó la seguridad para evitar consumir y la satisfacción con su vida cotidiana (Barragán et al., 2005).

Se realiza un estudio para validar la intervención en un tamaño de muestra mayor a 20 participantes donde se introducen evaluaciones a las variables: precipitadores, autoeficacia y satisfacción en la vida cotidiana (emociones desagradables, conflictos con otros, presión social, necesidad física etc.). En las tres variables se encuentran resultados positivos tendientes a disminuir el consumo, aumentar la autoeficacia y la satisfacción con la vida cotidiana (Barragán, 2005).

En relación al estudio en el que se evaluó el impacto del PSC en 53 usuarios de alcohol y otras drogas -muestra compuesta por 43 hombres y 10 mujeres, con un promedio de edad de 36 años, 18 años de promedio de consumo-, se encontró que disminuyó el consumo favoreciendo la abstinencia. Otros datos relevantes referentes al impacto que tuvo el tratamiento para que los usuarios pudieran enfrentar sin consumir situaciones de riesgo; mostrar seguridad para no consumir ante situaciones de riesgo en las que acostumbraban consumir y satisfacción con el funcionamiento en distintas áreas de su vida son: los precipitadores de consumo pre tratamiento son 60,3%, disminuyendo al 4,32% post tratamiento y en un nivel de 2,11% durante el seguimiento. La autoeficacia se elevó de 53,7% al 95,9% post tratamiento y disminuyendo al 91,58% en seguimiento. La satisfacción con la vida cotidiana aumenta de 76,9% a 82,3% post seguimiento, y lo destacable es que durante el seguimiento sigue aumentando a 95,4%.

Estos 53 participantes que finalizan el tratamiento son parte de una población de 141 personas que solicitaron ayuda terapéutica voluntariamente. De ellos 50 se derivaron a otras modalidades de tratamiento por no cumplir con los criterios de inclusión o por expectativas de las propias personas de recibir ayuda terapéutica en otra modalidad, por ejemplo internación. Se dieron de baja 38 participantes ya sea por no asistir o no comprometerse con las tareas, con lo cual se observa una retención del 60% que logra finalizar el tratamiento (Barragán et al., 2009)

En cuanto a la aplicación del PSC, para una mayor cantidad de usuarios en diferentes regiones del país, se ha dado capacitación a profesionales de la salud cuyas actividades laborales se vinculan a la intervención de usuarios con problemas de comportamiento adictivo en el Distrito Federal y en entidades Federativas de la República Mexicana. Así mismo, se ha realizado una capacitación en Uruguay (2014) en la Facultad de Psicología, Universidad de la República (UdelaR).

Se han realizado 10 investigaciones de aplicación del PSC para titulación de psicólogos de grado (Izquierdo-Montes, Ramírez, Flores, Pérez, Bautista, Ramírez, Valle, Ramírez, Reyes, Flores) y 16 a nivel Maestría (Gamboa, Clemente, Reyes, Flores, Osio, Vital, Martínez, García, Eliosa, Barrera, Mejía, Hernández, Cruz, Villeda, Flores, Cortez). A partir de estos proyectos, el programa ha tenido aplicaciones en modalidad grupal para consumo de alcohol, usuarios con comportamiento antisocial y en una usuaria con esquizofrenia paranoide.

1.1.3 Descripción del PSC

El PSC se define como un modelo de tratamiento cognitivo conductual para usuarios dependientes de sustancias adictivas. Su objetivo es restablecer y mejorar los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. A través del programa se enseña al individuo habilidades necesarias para alcanzar la abstinencia, crear estilos de vida pro social y evitar y disminuir las recaídas. Tiene como finalidad que el usuario, motivado por su recuperación, se comprometa a cumplir con una muestra de abstinencia a partir del uso de recursos internos y externos que disponga o adquiera para superar su problema de consumo.

En este modelo terapéutico se pretende empoderar al sujeto mediante la adquisición de habilidades que faciliten el enfrentamiento de riesgos al consumo de drogas, también favorecer su reincorporación social y mejorar la interacción con personas cercanas, familiares, propiciar nuevas amistades no consumidoras, etc.

1.2 Motivación, Autoeficacia y Adicciones

Kelly & Greene (2013) sostienen que los mejores pronósticos de tratamiento derivarían de la combinación de dos factores: un nivel de motivación elevado para conseguir la abstinencia y una autoeficacia alta para disponer de acciones alternativas para lograrlo. Los hallazgos del estudio llevado a cabo por estos investigadores sugieren que las variables de autoeficacia y motivación a la sobriedad son predictores independientes del uso de las sustancias, pero a la vez “existe un importante inter juego o asociación significativa entre éstas, de forma tal que el efecto de una impacta en la otra en forma recíproca” (Kelly & Greene, 2013,p7). Los hallazgos destacan la importancia de disponer de niveles elevados tanto en la motivación como en la autoeficacia para facilitar el cambio comportamental. Esto implica que el individuo puede estar muy motivado para lograrlo, pero si no está preparado para actuar diferente difícilmente logra la abstinencia. A la inversa puede estar muy bien preparado al disponer de herramientas de cómo hacerlo, pero si no tiene un interés suficiente para estar abstinentes en ese momento ante esa situación tampoco logrará la abstinencia.

La motivación es un factor indispensable para entender el patrón repetitivo de la autoadministración de la sustancia en el comportamiento adictivo. La evidencia reciente en psicología, economía comportamental y neurociencias sugiere, con argumentos cada vez más sólidos, que la adicción a las drogas tiene características compartidas con conductas motivadas o dirigidas a un objetivo en general (Kopetz, Lejuez & Wiers, 2013).

La motivación, así como los recursos internos para alcanzar o mantener la abstinencia, es algo que varía de un momento a otro en los usuarios. Cuando el cansancio, el estrés, el hambre u otras condiciones agotan los recursos auto-regulatorios, la capacidad del sujeto para mantener la abstinencia disminuye pudiendo tener una recaída. Superar las ansias de consumo requiere de un considerable abanico de recursos internos. Si los objetivos alternativos al consumo son puestos en primera plana, es decir, cuando el individuo identifica y le asigna importancia a otras metas le será más fácil permanecer sin consumo (Kopetz et al., 2013). En este sentido, son diversos los estudios que demuestran que los objetivos alternativos toman recursos de otros objetivos y restringen la conducta (Kopetz et al, 2011; Shah & Kruglanski, 2011; Kopetz et al, 2013).

Los enfoques cognitivos comportamentales tienen éxito en lograr adherencia al tratamiento propiciando la activación de objetivos significativos que son alternativos al consumo y que aumentan el compromiso de los sujetos para integrarse en actividades

gratificantes que permitan el alcance, mejoría o avances en las metas planteadas. Por ejemplo: mayor cercanía con la familia, conseguir o mantener el trabajo, etc.

Uno de los principios teóricos que explican los cambios comportamentales de los usuarios participantes en el PSC, es el de favorecer la motivación en el cambio mediante el uso de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991). Estos autores plantean varias técnicas prácticas durante la entrevista clínica como son la escucha reflexiva, preguntas abiertas, expresar incongruencias, ir para atrás y para adelante, identificar obstáculos, identificar como resolverlos y balance decisional. El objetivo se centra en ayudar a las personas a que adquieran un compromiso y deseo de cambio. La entrevista motivacional proporciona información de utilidad no solo al terapeuta, sino también al usuario sobre aspectos de sí mismo y de las consecuencias de su consumo. El trabajo específico con aspectos motivacionales es útil para superar procesos de negación y ambivalencia en relación a decidir continuar con su patrón de consumo, o modificarlo de manera más saludable. Se parte del respeto a la persona sobre su derecho a querer consumir o no hacerlo, las metas del cambio se irán trazando conjuntamente entre el terapeuta y el usuario.

El PSC presta especial atención a la relación entre terapeuta y usuario, favorece la reflexión a través de la empatía para originar y aumentar la disposición al cambio a través del enfoque motivacional y evita particularmente cualquier intervención que confronte a la persona. En este marco, y desplegando sus habilidades clínicas, el profesional toma contacto con la fase en la que se encuentra el usuario ya sea, pre contemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída, y despliega así las estrategias clínicas pertinentes en cada una de estas etapas (Prochaska & Di Clemente, 1992). Los cambios en la motivación de la persona en cada una de estas fases, se conoce como "rueda del cambio"; es probable que la persona gire varias veces a su alrededor antes de poder consolidar los cambios de conducta; el tránsito a través de estas diferentes fases no implica necesariamente una secuencia determinada (Prochaska & Di Clemente, 1992). Se aporta la concepción no dicotómica en cuanto a los conceptos de salud-enfermedad, abstinencia-consumo, y éxito o fracaso del usuario. A modo de ejemplo, la concepción de las recaídas ya no se perciben como un fracaso de la persona y de los tratamientos, sino como una fase más del proceso por el que se transita, y a partir de la cual se pueden reconocer y aprender elementos de cambio para que el usuario evite recaer nuevamente ante ese tipo de condiciones en próximas situaciones. Este enfoque es tomado por el PSC alentando a los usuarios a reponerse de una recaída, intentar analizar las causas, enfatizando el tiempo que ha logrado mantenerse abstinentemente, los posibles beneficios que ha traído a su vida entre otros ejemplos.

La autoeficacia consiste en juicios o percepciones sobre las capacidades de las que se dispone para organizar y ejecutar -ante diversidad de situaciones que pueden implicar diferente grado de dificultad- las acciones requeridas que se orienten hacia el tipo de desempeño esperado (Bandura,1986). La autoeficacia es un concepto clave para entender y evaluar procesos de cambio hacia conductas que promuevan el bienestar de los individuos. En esta misma línea, los investigadores sostienen que la autoeficacia se encuentra entre los predictores más consistentes de abstinencia y recaída en uso de sustancia (Randall el al., 2003).

En concordancia,

“la autoeficacia percibida desempeña un rol prioritario en el área de las conductas adictivas. Tales creencias influyen tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos, como en el proceso de modificación de la conducta que conlleva el cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia” (Marlatt, Baer, & Quigley, 1999).

Por esto es necesario que, como parte de la intervención, se desarrollen hábitos eficaces que le otorguen al individuo la seguridad necesaria para alcanzar expectativas de resultado al decidirse actuar sin consumo ante eventos de riesgo.

Las expectativas de resultado son un constructo cognitivo relacionado con ideas referentes a diferentes tipos de consecuencias asociadas al comportamiento y que activan la carga motivacional o afectiva; por ejemplo: relajarse o perder dinero. Las personas que confían en su ejecución muestran niveles más altos de esfuerzo frente a las dificultades, persistencia e implicación (Bandura, 1997). Como contrapartida aquellos sujetos cuya autoestima y expectativa de resultados es baja, tienden a mostrar resignación, indiferencia o falta de compromiso hacia el esfuerzo.

Para el PSC, la autoeficacia en una de las variables que incide sobre el esfuerzo, la persistencia y la actitud del usuario a la hora de enfrentar las dificultades de modificar su conducta de consumo. Se espera que a lo largo del tratamiento la autoeficacia del usuario aumente para así disminuir su patrón de consumo.

El PSC trabaja mediante estrategias didácticas referentes a la identificación de eventos precipitadores, elaboración de planes de acción, uso del modelamiento y de práctica con diversos ensayos conductuales para aumentar la seguridad del usuario y actuar diferente ante situaciones que estuvieron asociadas al consumo. Se identificó que los egresados aumentaron sus niveles de seguridad para no consumir ante situaciones de vida tales como: exponerse a emociones desagradables, necesidad física y tentación por consumir, emociones agradables, tener conflicto con otros,

malestar físico, querer probar su control sobre la droga, presión social y momentos agradables con otros (Barragán et al., 2007). Estos resultados indican que, como parte del impacto del tratamiento, los usuarios aprendieron a disponer de herramientas eficaces o útiles de enfrentamiento.

Schwarzer & Fuchs (1999) reportan que existe relación entre la autoeficacia y las conductas saludables. Los sujetos se orientan hacia conductas saludables y tienden a mantenerlas, no solamente si perciben una relación entre la conducta y el resultado, sino también si sienten confianza en su capacidad de poder lograrlo. Estos autores describen tres tipos de cogniciones importantes para adoptar una conducta saludable o abandonar un hábito perjudicial: 1) expectativa de estar en riesgo, 2) expectativa de que el cambio conductual disminuye el riesgo y 3) la expectativa de logro, mediante la cual uno se concibe suficientemente capaz de controlar el hábito de la conducta ineficiente o inconveniente. A modo de ejemplo, no basta con que un usuario con dependencia establezca la relación beneficiosa entre disminuir o detener el consumo para tener un impacto positivo en su salud, sino que también debe tener la confianza en sí mismo de poder lograrlo.

1.3 Otro Significativo y Adicciones

El Otro Significativo (OS) es una persona cercana que no consume pero que resulta afectado por la problemática del consumidor y que tiene un vínculo afectivo con él, por el que decide apoyar al usuario en su abstinencia y participar en el tratamiento en el PSC. La participación y entrenamiento del OS es una de las variables que predice mayor éxito de tratamiento (Azrin, 1976). El OS es quien puede incidir para que el consumidor concrete su pedido de ayuda, colaborar en sostener la motivación para el cambio y favorecer un entorno afectivo más propicio para que los cambios de conducta se consoliden (Higgings, Budney, Bickel & Badger, 1994; López Acosta, Bruzzone, Krebs & Castro, 2013).

López Acosta (2011) describe dos características de la situación mental de los usuarios. Por un lado, la desorganización subjetiva, y por otro lado, la oscilación de las posiciones subjetivas. Afirma que estos motivos influyen en el individuo para no poder concretar su pedido de ayuda a recibir tratamiento. En algunos de los casos en los que los usuarios tienen dificultad para concretar y comprometerse con la ayuda que se les puede proporcionar, es la participación de un OS la que ayuda a formalizar la decisión de iniciar el tratamiento y dar estabilidad al mismo para concluirlo y beneficiarse con los logros y cambios posibles de alcanzar.

El OS juega un rol importante, sobre todo si se considera que los individuos a pesar de que puedan tener una fuerte necesidad de cambio por todos los problemas y alteraciones que el consumo les ha ocasionado, no logran mantenerse constantemente en abstinencia, debido a las alteraciones cognitivas que bloquean su análisis, toma de decisiones convenientes y a la fortaleza de sus hábitos de consumo que los lleva a actuar impulsivamente.

1.4 Prueba de Abstinencia y Adicciones

La prueba de abstinencia es uno de los principales componentes que incluye el PSC. Utilizando técnicas motivacionales, el terapeuta intenta llegar a un acuerdo con el usuario de establecer un compromiso de abstinencia de 90 días. Mediante esta prueba, se busca establecer un periodo en que las sustancias adictivas no ingresan al sujeto posibilitando cambios en su sistema nervioso que lo hacen más propenso a poder recibir y aprovechar la ayuda terapéutica para lograr cambios en relación al consumo. Si el sujeto no logra inicialmente concretar esta etapa, se trabaja como una oportunidad de aprendizaje para poder continuar el proceso y se intenta negociar con él una nueva prueba con plazos acordes y consensuados con cada usuario en particular. Luego de finalizada la prueba de abstinencia a la cual se compromete la persona, se realiza controles anti doping. Si la persona establece compromiso con el tratamiento tales como: la asistencia, los trabajos pautados, disminuye su patrón de consumo, etc., pero no logra alcanzar la prueba de abstinencia, se evalúa la posibilidad de ayuda farmacológica, prescrita por un psiquiatra, realizándose una intervención conjunta. Si agotadas todas las estrategias, en tres ocasiones, no logra concretar la prueba se refiere a la persona a otro programa donde tenga mayor probabilidad de éxito.

Entre los logros o beneficios a considerar para motivar al usuario a comprometerse con el período en abstinencia están: bienestar físico y emocional, mejora de las capacidades cognitivas, aumento de claridad mental en relación a la toma de decisiones, progresivamente disminuyen los deseos de consumir, aumento de la percepción de la autoeficacia, mejoría en las relaciones sociales y aparición de fuentes de gratificación alternativas al consumo de sustancias. Estos cambios que se inician en diferentes áreas se van encadenando y potenciando el logro de mejores resultados (López Acosta et al., 2013).

La intervención en usuarios con problemática severa de dependencia a drogas en la que se consideren y se trabaje con los factores asociados a la abstinencia, antes mencionados, permitirán beneficios y cambios de utilidad; por lo que es importante

ofrecer y evaluar el alcance de este tipo de modalidad terapéutica en población uruguaya.

2- Objetivos

2.1 Objetivo general

Desarrollar un estudio piloto del impacto del PCS en población uruguaya de usuarios con dependencia al alcohol y otras sustancias adictivas (cannabis, cocaína, solventes, tranquilizantes, estimulantes, barbitúricos, alucinógenos, narcóticos) respecto a cambios en su patrón de consumo, eventos precipitadores de consumo, autoeficacia, satisfacción en su vida cotidiana.

2.2 Objetivos específicos

- Evaluar cambios en el patrón de consumo de drogas antes y después del tratamiento.
- Evaluar cambios en precipitadores del consumo de drogas antes y después del tratamiento.
- Evaluar cambios en niveles de autoeficacia para resistirse al consumo antes y después del tratamiento.
 - Evaluar cambios en la satisfacción de vida cotidiana antes y después del tratamiento.
 - Evaluar cambios en síntomas de ansiedad antes y después del tratamiento.
 - Evaluar cambios en síntomas de depresión antes y después del tratamiento.

3- Problema de investigación y principales preguntas de investigación

El problema de investigación se centra en valorar el impacto que la aplicación del PSC tiene en los usuarios de drogas en nuestra población. Se pretende responder las siguientes preguntas:

- ¿Logra este programa disminuir el patrón de consumo de drogas?
- ¿Pueden los participantes generar cambios y mayor satisfacción en su vida cotidiana sin consumo de drogas?
- ¿Se sostienen en el tiempo estos cambios durante el seguimiento?
- ¿Tiene impacto positivo la aplicación del programa en la autoeficacia de los participantes? ¿Se relaciona positivamente con la disminución de los precipitadores y manejo de residuas?
- ¿Es la intervención elegida adecuada para el escenario previsto?

- ¿Es posible generar adherencia de la población uruguaya a este tipo de programas?
- ¿Los resultados obtenidos de la aplicación del programa concuerdan con las metas y objetivos del mismo?

4-Estrategia de investigación

4.1 Diseño

Se utilizará un diseño cuasi experimental, pre test - post test de un solo grupo, debido a que las variables consumo, precipitadores, autoeficacia y satisfacción se evalúan antes y después de la intervención para identificar los cambios que puedan presentarse en los mismos participantes. Se realiza seguimiento al mes, y luego a los tres, seis y doce meses.

4.2 Participantes

La muestra la conformaran 15 participantes, usuarios de una clínica privada de Montevideo que brinda atención y tratamiento en modalidad de internación o ambulatorio. Ya fue establecido el contacto con dicha clínica cuyo director manifiesta su aval para el desarrollo de este proyecto.

Se conformará una muestra intencional y predeterminada. Se espera que los participantes cumplan con los requerimientos de inclusión para recibir el PSC y aceptan participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Inclusión:

Necesitan cumplirse al menos tres o más de los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 18 años.
- Haber tenido tratamiento o internaciones previos
- Recaídas o intentos fallidos por dejar el consumo.
- Pérdidas o daños en al menos 3 de las diferentes áreas de vida.

Criterios de Exclusión:

- No cumplir con criterios de dependencia en el consumo de drogas.
- Presentar cuadro psicótico.
- Ser usuarios que tengan dependencia como droga principal al tabaco o a sustancias de consumo por vía inyectable.

4.3 Variables e instrumentos

Variable Independiente:

Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) consiste en una modalidad de tratamiento cognitivo conductual de tres meses de duración promedio, que incluye el entrenamiento acorde a las necesidades del usuario de 12 componentes de intervención entre los que se incluyen: análisis funcional de la conducta, prueba de abstinencia, metas de vida cotidiana, rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, solución de problemas, consejo marital, habilidades sociales y recreativas, control de emociones, búsqueda de trabajo y previsión de recaídas.

Utiliza como técnicas didácticas para la impartición del tratamiento la instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación positiva y correctiva. En un promedio de una a dos sesiones semanales de una hora y media de duración.

Variables Dependientes:

Instrumentos

- Precipitadores

Inventario de Situaciones de consumo de Drogas (ISCD) elaborado por Annis & Martin (1985). Identifica las situaciones de riesgo donde la persona es más propensa a presentar recaídas. Se utilizara la versión adaptada en población mexicana por De León y Pérez (2001). Tiene una confiabilidad test-retest de .98. Consta de 60 reactivos, la persona tiene que indicar la frecuencia con las que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan.

- Patrón de Consumo

Línea de Base Retrospectiva (LIBARE). Fue desarrollado por Sobell y Sobell (1992); es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, puede utilizarse antes, durante y después del tratamiento. Se utilizará esta versión ya que es la utilizada por el PSC. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo y la frecuencia del consumo. Tiene una confiabilidad test-retest de .91. Se solicita a la persona que registre día a día la cantidad de sustancias consumidas hasta un año antes de la fecha actual.

- Autoeficacia

Cuestionario de confianza situacional (CCS) elaborado por Annis (1982), evalúa el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de alcohol. Se utilizara

la versión adaptada con población mexicana Echeverría y Ayala (1997). Consta de ocho reactivos, se le indica al usuario que se imagine ante ocho situaciones específicas de consumo y se le pide que indique que tan confiado se siente en poder resistirse a la necesidad de consumo. Las puntuaciones van de 0% a 100% e indican el nivel de confianza de la persona a poder resistirse a consumir ante cada situación que describe el cuestionario. Por ejemplo una puntuación de 20% indicaría una baja percepción de confianza de poder evitar el consumo, configurando así una situación de alto riesgo para la persona.

- Satisfacción de vida cotidiana

Escala de Satisfacción General, elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973).

Detecta el nivel de satisfacción actual que expresa tener el individuo en su vida cotidiana. Se utilizara esta versión ya que es la utilizada en el PSC. Se le indica a la persona que de los diez reactivos exprese que tan satisfecho se encuentra en las diferentes áreas de su vida. Tiene una confiabilidad test-retest de .76.

- Síntomas de depresión

Inventario de depresión de Beck. Elaborado por Beck, Steer, & Garbin (1988), consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. Se utilizará la versión adaptada a población mexicana Robles, Varela, Jurado y Páez (1998). Se solicita al individuo que seleccione una o varias aseveraciones que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Tiene una confiabilidad de .87.

- Síntomas de Ansiedad

Inventario de Ansiedad de Beck: Elaborado por Beck, Epstein, Brown & Steer (1988). Cuestionario de 21 reactivos que permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Se utilizará la versión adaptada a la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Paez (2001). Se le indica a la persona que marque los síntomas y la intensidad de la última semana inclusive el día de la aplicación. Tiene una confiabilidad test-retest .75.

4.4 Procedimiento

Se solicitara reunión con el director de la clínica y su equipo técnico para informarles del trabajo que realizará el equipo de investigación y el alcance del mismo. Se entrega al director de la clínica el consentimiento informado donde se respalda su aceptación para la ejecución de la intervención y posterior uso de la información.

Se aplicará el programa con usuarios que ingresen en modalidad ambulatoria y que acepten formar parte del programa, mediante firma de consentimiento informado.

La duración del programa es de 15 a 24 sesiones de una hora y media de duración, dos veces por semana. Se inicia con la fase de admisión y evaluación de los participantes, donde se aplicaran los instrumentos de medida. Está previsto mecanismos de derivación en caso de participantes que no cumplan los criterios de inclusión al programa. Una vez obtenida la muestra se comienza la aplicación del programa. Se trabaja con los diferentes componentes del programa que apliquen a cada usuario. Al finalizar esta etapa se realizan nuevamente las mediciones post aplicación. La fase de seguimiento consiste en que los participantes se presenten en la fecha previamente acordada, si esto no sucede está previsto contactarlos vía telefónica o contactar al OS u otro referente de contacto que haya facilitado el participante. Se realizan entrevistas y evaluaciones individuales en los meses uno, tres, seis y doce de finalizar el programa.

A modo de cierre se realiza un informe de resultados. Se prevé una nueva reunión con el director y equipo técnico de la clínica a modo de presentación de resultados y responder sus inquietudes.

Consideraciones éticas:

Los participantes serán invitados a formar parte de la investigación de manera voluntaria. Se les informara de manera clara los objetivos de la investigación, los procedimientos que se aplicaran y la modalidad de manejo de la información obtenida. Se dejara claramente establecido que no participar, no afectara su derecho a recibir el tratamiento que brinda la clínica. El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales y el presente trabajo tiene como guía los principios que rigen la bioética.

Se solicitara la firma del consentimiento libre e informado. Para el mismo se tendrá especial atención a que algunos de los usuarios pueden ser considerados población vulnerable en su capacidad de autodeterminación debido a las características de deterioro cognitivo por el uso problemático de drogas. Mediante firma de consentimiento libre e informado quedara constancia de la autorización del Director de la Clínica para la investigación y posterior uso de los resultados obtenidos.

No se prevén riesgos para quienes participen en el Programa. En los estudios de validación anteriormente citados no se han reportado daños asociados o derivados de la investigación. No se prevé gratificación económica, ni de ningún tipo para los sujetos que participen.

Se asegurará la Confidencialidad de los datos tratados y resguardados de acuerdo a la normativa vigente en nuestro país para la investigación con seres humanos. (Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo, Ley Habeas Data 2009).

4.5 Reporte de resultados

Para evaluar el impacto del PSC en el patrón de consumo, eventos precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida, depresión y ansiedad se utilizará el paquete estadístico SPSS y se correrán análisis estadísticos en los que se utilice la Prueba t comparando medidas y varianzas del grupo en dos momentos diferentes (pre- test y pos- test)

Por tratarse de un estudio cuasi experimental, muestras relacionadas intra sujetos y de variables numéricas se evaluarán los resultados obtenidos mediante la prueba mencionada. Esta herramienta permite evaluar si hay diferencias estadísticas significativas antes y después de la intervención. Mediante los datos obtenidos se pretende verificar si la participación en el PSC reduce el patrón de consumo y disminuye la recurrencia de recaídas.

Como parte de la estrategia de presentación de datos se pretende graficar los datos de consumo de cada usuario antes y después de su participación en el PSC incluyendo el periodo de seguimiento realizado a uno, tres, seis y doce meses después de la intervención.

5 -Cronograma de ejecución

Actividad	Mes	Año 1												Año 2				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Conformación equipo de investigación .Contacto con director y equipo técnico de la clínica. Se presenta proyecto y pautas de trabajo del equipo de investigación		■																
Fase de evaluación y admisión . Toma de medidas pre test y análisis de datos cuantitativos			■	■	■													
Fase de inicio de aplicación del programa. Orden y número de los componentes según los requerimientos del participante			■	■	■													
Inicio de altas de los participantes. Toma de medidas post test. Inicio de análisis de datos cuantitativos				■	■	■												
Sesiones de seguimiento a 1,3,6,12 meses de egreso .Toma de medidas relativas al seguimiento					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Análisis de datos cuantitativos vinculados a sesiones de seguimiento						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboración de informe final. Incluye reportes individuales de cada participante y valoración general de impacto del programa.																■	■	
Presentación de resultados.																		■

Referencias

Bandura, A. (1996). *Social Foundation of thought an action: A social cognitive theory*. Englewood Cliff N J Prentice-Hall

Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Association Psychological Science*, 10 (3) 214-17doi: 10.1111/1467-9280.00138

Bandura,A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino,M., &Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory in diverse spheres of psychological functioning. *Society for research in child development*, 74(3), 769-782. doi:10.1111/1467-24.00567

Barragán, L., González, J., Medina. M.E., Ayala, 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, 61-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212807>

Barragán, L. (2005). Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. (Tesis doctoral, Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de Mexico,)

Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Medina, M.E., Ayala, H. (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios de sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Universidad Nacional Autónoma de México. ISBN: 970-721-380-9

Barragán, L., Flores, M., Ramírez, C., Medina-Mora, I., Ramírez, N., Martínez, M. (2009). *Programa de satisfactores cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas*. Universidad Nacional Autónoma de México: Centro de estudios de alcoholismo y adicciones. ISSN:1665-9104

Becoña, E. & Cortés (2008). Evidencia disponible de programas de tratamiento. En Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Públicas sobre Drogas. *Calidad y evidencia en la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas* (pp. 136- 156). Madrid: Entidad de coordinación y ejecución.

Calzada, J. (2013) Prefacio. *En Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y área Metropolitana*. (pp. 3-7) Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.

Decreto Del Poder Ejecutivo N° 379/008 del 4 agosto (2008). Investigación en Seres Humanos. Recuperado de http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF

Decreto del Poder Ejecutivo N°274/013 del 3 de septiembre (2013). Marco Regulatorio para Establecimientos de Atención y tratamiento de Usuarios Problemáticos de Drogas. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/reglam_centros.pdf

“Estrategia nacional para el abordaje del problema drogas 2011- 2015”. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República Uruguay. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_estrategia.pdf

Junta Nacional de Drogas. Quinta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas.(2012).Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

Kelly, J. & Greene, M. (2013). Where there is a will there is a way: A longitudinal Investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*.doi: 10.1037/a0034727

Kopetz,C., Lejuez,C., Wiers,R., Wiers, W. (2013). Motivation and Self-Regulation in Addiction: A Call For Convergence. *Perspective on Psychological Science*, 8, 3-24. doi : 10.1177/17456916124575575

López-Acosta, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol.20,N 2.

López-Acosta, C., Bruzzone, C., Krebs, M. & Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22(1), 37-47. doi:10.5354/0719-0581.2013.27717.

Marlatt, A., Baer, J., Quigley, A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En Bandura A, (Ed.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. (pp. 245-267). España: Desclée De Brouwer.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Observatorio Uruguayo de Drogas. (2010). *Primer censo nacional y segundo en Montevideo de centros de tratamiento de usuarios de drogas*. Montevideo: Secretaria Nacional de Drogas.

Observatorio Uruguayo de Drogas. (2015) .*Sistema de gestión, atención y tratamiento por consumo problemático de drogas: Tratamiento Registra*. (Informe No. 12). Montevideo: Secretaria Nacional de Drogas.

Olivera, G. (2013). Generalidades y razones para implementar abordajes específicos para mujeres sobre el consumo problemático de drogas sensibles a las cuestiones y tramas de género. *En desvelando velos sobre género y drogas* (pp. 51 -56) Montevideo: Secretaria Nacional de Drogas.

Olivera, G. (2013) Una mirada sobre los consumos de drogas desde una perspectiva de Género. *En desvelando velos sobre género y drogas* (pp. 24 -37) Montevideo: Secretaria Nacional de Drogas.

Prochaska, J., & Di Clemente, C. (1992). In search of how people change. Application to addictive behavior. *American Psychologist*, 47,1102-1111

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Publicas sobre Drogas. (2014). *Calidad y evidencia en la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: Entidad de coordinación y ejecución. ISBN: 987-84-617-3018-6

Randall, C., Del Boca, F., Mattson, M., Rychtarik, R., Cooney, L., Donovan, D., Wirtz, P.(2003). *Primary Treatment outcomes and matching effects*. En Babor, T.& Del Boca, F.(Eds.), *Treatment matching in alcoholism*(pp.135-149). New York: Cambridge University Press.

Schwarze, R., Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. En Bandura A, (Ed.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. (pp. 223-244). España: Desclée De Brouwer.

Suárez, H., Ramírez, J., Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. (2014). *Fisuras Dos estudios sobre la pasta base de cocaína en el Uruguay*. Montevideo: Unidad de medios técnicos, ediciones y comunicaciones. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Comunicación, Universidad de la República.