



DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Fundación H. A. Barceló**

**Tesis de Doctorado**

Modificaciones de la calidad de vida en personas que realizan tratamiento ambulatorio por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Instituciones con enfoque de reducción de riesgos y daños

Autor: Nicolás Poliansky

Directora de Tesis: Dra. Hendrée Jones

Co-Director: Lic. Sergio Remesar

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, octubre 2022

---

Buenos Aires 03 de octubre de 2022

Señoras – Señores  
Comisión de Doctorado  
Facultad de Medicina  
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud  
Fundación H. A. Barceló

Dra. Hendrée Jones, directora de la tesis doctoral “Modificaciones de la calidad de vida en personas que realizan tratamiento ambulatorio por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Instituciones con enfoque de reducción de riesgos y daños” presentada por el Lic. Nicolás Poliansky, del programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, dictado por la Facultad de Medicina de la Fundación H.A. Barceló, sede Buenos Aires, Argentina.

Autorizo su presentación dado que constituye un trabajo de investigación original, riguroso e inédito, que además cumple con todos los requisitos exigidos para optar al grado de Doctor por parte de su autor, Nicolás Poliansky.

Saludos cordiales.

Hendrée Jones PhD  
Executive Director of UNC Horizons  
Professor, UNC OB/GYN  
hendree-jones@med.unc.edu  
#919-407-0211



SERGIO E. REMESAR

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	8
Agradecimientos .....	9
Resumen .....	10
Palabras clave .....	12
Abstract.....	13
Key Words.....	15
CAPÍTULO UNO .....	16
1. Introducción.....	16
1.2 Antecedentes y contexto .....	16
1.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 .....	16
1.4 Ley Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934.....	16
1.5 Enfoque Integral de la problemática de las adicciones .....	17
1.6 Estigmatización de las problemáticas de consumo .....	19
1.7 Políticas de Reducción de Riesgos y Daños.....	20
1.8 Calidad de Vida Relacionada a la Salud.....	24
1.9 Calidad de vida en el ámbito de los consumos problemáticos.....	26
CAPÍTULO DOS .....	29
2. Marco Teórico .....	29
2.1 Salud Mental Comunitaria .....	29
2.2 Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños .....	32
2.3 Calidad de Vida: definiciones .....	33
2.4 Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos (TECVASP) .....	35
CAPÍTULO TRES .....	38
3. Marco Metodológico .....	38
3.1 Pregunta de investigación.....	38
3.2 Hipótesis.....	38
3.3 Objetivo general.....	38
3.3.1 Objetivos específicos.....	39
3.4 Tipo de diseño.....	40
3.5 Universo o población objetivo .....	40

3.6 Muestra.....	42
3.6.1 Cálculo del tamaño muestral .....	42
3.6.2 Muestra final.....	44
3.7 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
3.8 Unidades de análisis.....	44
3.9 Variables o categorías de interés.....	45
3.10 Definición operacional .....	48
3.11 Instrumento .....	53
3.12 Fuentes primarias .....	56
3.13 Fuentes secundarias .....	57
3.14 Consideraciones éticas.....	57
3.15 Cronograma de actividades .....	57
3.16 Plan de análisis.....	58
3.17 Metodología estadística.....	60
3.17.1 Programas utilizados para analizar datos .....	61
CAPÍTULO CUATRO .....	62
4. Resultados.....	62
4.1 Caracterización del perfil socio-demográfico de las personas que no finalizaron el estudio por abandono de tratamiento.....	62
Tabla 1: Comparación entre los grupos que completaron y no completaron el estudio para las variables sociodemográficas .....	63
Tabla 2: Comparación entre los grupos que completaron y no completaron el estudio para las variables que caracterizan su contexto de consumo.....	64
Tabla 3: Comparación entre los grupos que completaron y no completaron el estudio para las variables que caracterizan el tipo de consumo problemático .....	65
Tabla 4: Análisis descriptivo y comparativo de los estadísticos entre las personas que abandonaron y continuaron en el estudio, por edad y por edad de inicio de consumo .....	66
4.2 Caracterización del perfil socio-demográfico de las personas que completaron el estudio y continuaron en tratamiento .....	66
Tabla 5: Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables sociodemográficas ..	67
Tabla 6: Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables sociodemográficas por género .....	68
4.3 Caracterización de las variables relacionadas con las condiciones de las personas en tratamiento	68

Tabla 7: Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con la condición de las personas.....	71
Figura 1: Distribución porcentual de los consumos en las personas.....	72
Figura 2: Distribución porcentual de los consumos en las personas según género.....	72
Tabla 8: Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con el consumo de personas en tratamiento.....	73
Tabla 9: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de inhalantes....	74
4.4 Resultados de la calidad de vida al inicio de tratamiento en las personas que completaron el estudio.....	75
Figura 3: Puntajes totales y por dominio primera toma según género.....	75
4.5 Resultados en el Dominio Físico en la primera toma.....	76
Tabla 10: Distribución de frecuencias y porcentajes de calidad de vida por pregunta para el Dominio Físico según primera y segunda toma.....	77
4.6 Resultados en el Dominio Psicosocial en la primera toma.....	78
4.7 Modificaciones en la calidad de vida de las personas que completaron el estudio y continuaron en tratamiento.....	81
Figura 4: Puntajes totales y por dominio segunda toma según género.....	81
4.8 Resultados calidad de vida primera y segunda toma: totales y por dominios.....	82
Tabla 11: Estadísticos de calidad de vida primera y segunda toma según dominio y puntaje total e incremento porcentual.....	82
4.9 Resultados calidad de vida primera y segunda toma por dominios y por ítem.....	83
4.9.1 Dominio físico de la calidad de vida.....	83
Figura 5: Estadísticos de calidad de vida primera y segunda toma según dominio y puntaje total...	83
4.9.2 Dominio psicosocial de la calidad de vida.....	84
Tabla 12: Distribución de frecuencias y porcentajes de calidad de vida por pregunta para el Dominio Psicosocial según primera y segunda toma.....	85
Tabla 13: Puntajes primera y segunda toma para puntajes totales y por dominios según red de contención afectiva.....	88
Tabla 14: Diferencias de puntaje primera y segunda toma para puntajes totales y por dominios según red de contención afectiva.....	89
CAPÍTULO CINCO.....	91
5. Discusión.....	91
CAPÍTULO SEIS.....	98
6. Conclusiones.....	98

7. Lista de referencias .....	102
8. Anexo I. TECVASP .....	115
9. Anexo II. Consentimiento informado y esclarecido .....	119
10. Anexo III. Tablas .....	122
Tabla 1 anexo: Resumen de estadísticos de la edad en años por el género de las personas en tratamiento .....	122
Tabla 2 anexo: Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con el consumo de personas en tratamiento .....	122
Tabla 3 anexo: Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con la condición de las personas en tratamiento según género .....	123
Tabla 4 anexo: Edad y género de las personas que completaron el estudio.....	123
Tabla 5 anexo: Edad de inicio de consumo según género .....	124
Tabla 6 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por grupo de edades..	124
Tabla 7 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por grupo de edades ....	125
Tabla 8 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por género .....	125
Tabla 9 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por género .....	126
Tabla 10 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por edad de inicio ....	126
Tabla 11 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por edad de inicio .....	127
Tabla 12 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por tratamiento farmacológico .....	127
Tabla 13 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por tratamiento farmacológico .....	128
Tabla 14 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por modo de inicio del tratamiento .....	128
Tabla 15 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por modo de inicio del tratamiento .....	129
Tabla 16 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por tratamientos previos.....	130
Tabla 17 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por tratamientos previos .....	132
Tabla 18 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por policonsumo.....	132
Tabla 19 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de marihuana .....	133
Tabla 20 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por consumo de cocaína .....	133

Tabla 21 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de cocaína .....	134
Tabla 22 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por cocaína fumable... 134	
Tabla 23 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por cocaína fumable	135
Tabla 24 anexo: Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por consumo de MDMA y derivados.....	135
Tabla 25 anexo: Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de MDMA y derivados .....	136

## DEDICATORIA

*A Caro, Martu y Fede. Soles de mis días, lunas de mis noches.*

*A la familia que son amigos, a los amigos que son familia.*



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre y a mi padre, por haberme transmitido el placer por la lectura y el saber.

A la Dra. Hendrée Jones, por ser la gran motivadora para que inicie esta travesía de conocimiento.

Al Lic. Sergio Remesar, por su sabiduría, por su amistad, por su rigurosidad metodológica y su lectura generosa.

A la Dra. Marcela Bottinelli, por su orientación clara y precisa.

Al Lic. Pablo Salgado, por su valiosa ayuda en el análisis estadístico.

A la Comisión de Doctorado y al cuerpo docente por su transmisión de conocimiento y el intercambio, siempre fructífero, de ideas.

A la Lic. Nancy Marilungo por su constante apoyo y buena predisposición.

A Fundación Convivir, por permitirme canalizar infinidad de proyectos.

A todos los trabajadores y trabajadoras del campo de la Salud Mental y Adicciones, que, día a día, se esfuerzan por mejorar la calidad de vida de las personas.

## **RESUMEN**

### **Introducción**

Los consumos problemáticos ponen en primer plano el padecimiento subjetivo de las personas y la implicancia de la comunidad en la posibilidad de alojar un emergente sintomático que atraviesa todas las clases sociales y grupos etarios. De este modo, las adicciones evidencian un entramado dinámico de determinantes biológicos, psíquicos y sociales que conlleva un importante deterioro en la calidad de vida.

Este estudio se propone evaluar la calidad de vida de las personas que realizan tratamiento ambulatorio en una institución con enfoque de reducción de riesgos y daños. Conocer la percepción de las personas acerca de cómo el consumo de sustancias psicoactivas afectó su vida cotidiana, facilita orientar las intervenciones en pos de su mejora.

### **Objetivo**

Describir las modificaciones en los dominios físico y psicosocial de la calidad de vida percibida en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas que realizan tratamiento ambulatorio voluntario en una Organización de la Sociedad Civil con enfoque de reducción de riesgos y daños de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2020-2021.

### **Diseño y métodos**

Se trata de un diseño de carácter exploratorio-descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional comparativo en el que se utilizó metodología cuantitativa

para la recolección y análisis de datos. Se utilizó el instrumento Test de Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP), diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud en esta población. La muestra estuvo conformada por un total de 91 personas, de las cuales finalizaron el estudio 73 personas. El instrumento se administró en dos oportunidades: una al comienzo del tratamiento y, la segunda, a los 90/120 días de iniciado.

## **Resultados**

Los resultados de la primera y segunda toma del test indicaron una modificación significativamente favorable en los dominios físico y psicosocial de la calidad de vida relacionada a la salud de las personas que iniciaron tratamiento y lo sostuvieron al menos entre 90/120 días. La media del puntaje total de la toma del TECVASP realizada al momento en que las personas iniciaron tratamiento fue de 65,2/100 puntos mientras que el puntaje promedio en la segunda toma fue de 73,8/100. Esto indica que hubo un incremento del 13,3% del puntaje total en el que se observaron diferencias estadísticas significativas ( $p < 0,001$ ) según Test de Student para muestras relacionadas. El desglose por dominios mostró porcentajes similares en la mejoría de la calidad de vida de las personas: en el dominio físico fue del 13,6% y en el dominio psicosocial fue de 13,1%, también con diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) según Test de Student.

## **Conclusión**

El tratamiento en una institución con enfoque de reducción de riesgos y daños mostró una eficacia significativa para mejorar la calidad de vida relacionada a la salud de

las personas que padecen consumos problemáticos a los 90/120 días de iniciado el tratamiento, con una tasa de abandono del 19,8%, muy por debajo de la media hallada en la literatura especializada, que se ubica entre el 23% y el 50%.

### **PALABRAS CLAVE**

Calidad de vida – consumos problemáticos – sustancias psicoactivas – tratamiento ambulatorio – reducción de riesgos y daños

## **ABSTRACT**

Title: Improvements in quality of life of people undergoing outpatient treatment for substance use disorders in an institution with a harm risk and reduction approach

### **Introduction**

Substance Use Disorders brings to the forefront the subjective suffering of people and the importance of engaging with communities to elaborate this psychosocial emergent that crosses all social classes and age groups. In this sense, addictions show that there is a complex network of biological, psychological and social determinants that leads to a significant quality-of-life impairment.

This study aims to evaluate the quality of life of people who undergo outpatient treatment in an institution with a harm and risk reduction approach. Getting to know the perception of patients about how the use of psychoactive substances affected their daily life, enable appropriate interventions towards their quality-of-life improvement.

### **Objective**

To describe the changes in the physical and psychosocial domains of the perceived quality of life of people with Substance Use Disorders who undergo voluntary outpatient treatment in a Civil Society Organization with a harm and risk reduction approach in the Autonomous City of Buenos Aires, during the period 2020-2021.

## Design and Methods

It is an exploratory-descriptive, prospective, longitudinal and comparative observational design in which quantitative methodology was used for data collection and analysis.

The “Quality-of-Life Assessment Test for Psychoactive Substance Users” (TECVASP) instrument was chosen to be used for the study. TECVASP is an instrument designed to measure health-related quality of life in this specific population. The total sample included 91 people, of whom 73 people completed the study. The instrument was administered twice: once at the beginning of the treatment and, secondly, 90/120 days after.

## Results

The results of the first and second administration of the test indicated a significantly improvement in the physical and psychosocial domains of the HRQoL of the people who started treatment and sustained it for at least 90/120 days. The mean value of the overall score of the TECVASP first administration was 65,2/100 points, while the mean value of the overall score of the second administration was 73,8/100. This indicates that there was an increase of 13,3% of the total score, in which significant statistical differences were observed ( $p < 0,001$ ) according to the Student's Test for related samples. The disaggregation by domains showed similar percentages in the improvement of people's quality of life: in the physical domain it was 13,6% and in the psychosocial domain it was 13,1%, also with significant differences ( $p < 0,001$ ), according to Student's test.

## **Conclusions**

Treatment in an institution with harm and risk reduction approach showed significant efficacy in improving the health-related quality of life of people with substance use disorders 90/120 days after starting treatment, with a dropout rate of 19,8%, well below the average found in the specialized literature, which is commonly between 23% and 50%.

## **KEY WORDS**

Quality of Life – Substance Use Disorders – Drugs – Outpatient Treatment – Harm and Risk Reduction

## **CAPÍTULO UNO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.2 Antecedentes y contexto**

#### ***1.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657***

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), las adicciones forman parte del objeto de las políticas de salud mental y las personas con consumos problemáticos de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud (art. 4, Ley N°26.657, 2010). En el año 2013, la reglamentación de la ley contempla la reducción de daños como una dimensión a ser atendida en personas con consumos problemáticos. Esta nueva normativa implica la instauración de una política sanitaria nacional que incluye las estrategias de reducción de riesgos y daños, cuyos antecedentes internacionales se mencionarán líneas más adelante.

De este modo, los profesionales de la salud de la Argentina acceden a trabajar también desde este enfoque, lo cual implica un avance respecto del paradigma abstencionista vigente hasta ese momento. Asimismo, la legislación pone de relieve que las políticas públicas en la materia deben tener como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral y con el eje puesto en la persona en su singularidad.

#### ***1.4 Ley Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934***

La Ley Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 sancionada en 2014 pone de relieve que los consumos problemáticos pueden



manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas (legales o ilegales) o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.

El artículo 7º de dicha ley sostiene que es función de los centros de prevención de consumos problemáticos vincularse y armar estrategias con instituciones públicas y ONGs de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo. De esta forma, se vuelve indispensable generar datos de evidencia fehaciente que permitan contribuir a mejorar el sistema de atención sanitaria. Asimismo, en su artículo 10, inciso d) propone incorporar el modelo de reducción de daños y promueve aquellas acciones tendientes a reducir los riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

### ***1.5 Enfoque Integral de la problemática de las adicciones***

En su plan Nacional 2016-2020, la Secretaría de Políticas Integrales de Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) reconoce a los usuarios de drogas como ciudadanos activos en el ejercicio de sus derechos. En tanto Secretaría de Estado, se propone abordar la problemática desde un enfoque integral que contempla aspectos relativos al ámbito sanitario, social y educativo. Plantea, en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), una política pública de acción reparadora tendiente a reconstruir el lazo social dañado por el consumo problemático de sustancias. Desde esta

mirada, se procuran eliminar las connotaciones negativas asociadas a concepciones que criminalizaban a las personas que padecen consumos problemáticos.

Para Sedronar es fundamental el cumplimiento integral de los derechos de las personas con consumos problemáticos de sustancias, que debe darse en un marco de libertad, respeto y dignidad. Así, se busca que las personas, en el recorrido de tratamiento, alcancen una autonomía progresiva que incluya su derecho a decidir. En esta línea, es posible plantear que “las adicciones ponen de manifiesto un entramado dinámico de determinantes biológicos, psíquicos y sociales que se inscriben en el sujeto dejando marcas profundas en el psiquismo y en el organismo” (Poliansky, N., Gorlero, C., Gemini, D. y Jones, H. 2018, p.177). Es decir, que si bien las drogas tienen efectos universales y provocan síntomas similares (abstinencia, tolerancia, efectos de intoxicación), cada persona que padece una adicción presenta aspectos singulares en su relación con la sustancia. Por otra parte, es sabido que el consumo de sustancias psicoactivas afecta el funcionamiento cerebral y genera cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia. Resulta claro que, por su capacidad de arrasar la subjetividad, las adicciones requieren de un tratamiento integral con intervenciones interdisciplinarias (Poliansky et al., 2018, p.177). Ahora bien, se deben abordar tanto las cuestiones más generalizables de la enfermedad (aspecto biológico) como las singulares (cómo se presenta la adicción en cada subjetividad). Asimismo, no puede soslayarse la implicancia social que atraviesa a este problema de salud. Se trata entonces de una enfermedad compleja, pluridimensional y multicausal.

Otro enfoque, como el que propone el National Institute on Drug Abuse, de Estados Unidos (NIDA 2018) define las adicciones como:

[...] una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas. (p.2)

Esta definición presenta algunas dificultades que no son menores. Si bien existe consenso internacional de que las adicciones, en tanto enfermedad, son una enfermedad crónica, atribuirle sólo al órgano afectado, en este caso el cerebro, es un reduccionismo que deja por fuera los aspectos subjetivos, sociales y ambientales, entre tantas otras multideterminaciones. El otro punto de conflicto es el relativo al concepto de “peligrosidad” asociado a las personas que tienen un problema de adicción. Este tipo de posturas están lejos de ir en contra de los prejuicios y el estigma del que padecen a diario las personas con consumos problemáticos de sustancias.

### ***1.6 Estigmatización de las problemáticas de consumo***

En los principios rectores del plan de reducción de la Demanda de drogas, Sedronar (2016-2020) propone la necesidad de desestigmatizar la problemática de consumo: “Se debe procurar eliminar las connotaciones negativas asociadas, históricamente, a concepciones criminalizadoras, de peligrosidad y de desviación de la

normalidad, que han generado la exclusión y discriminación de las personas que atraviesan esta situación” (p.5). En la misma línea, Trimboli refiere que las sustancias psicoactivas fueron “malignizadas” y asociadas de manera directa con la delincuencia a partir de considerarlas “peligrosas”. De este modo, los consumidores sociales y/o recreativos y las personas que padecen una adicción se transformaron en “drogadictos” o “drogadependientes” más allá de que no tengan un consumo problemático (Trimboli, 2017).

Los problemas derivados del consumo de drogas, ya sean legales y/o ilegales, son variados y suelen provocar graves consecuencias en la salud integral de las personas, y conllevan también un importante deterioro en la calidad de vida. El consumo abusivo de sustancias psicoactivas impacta en las tres áreas fundamentales de las personas, a saber: la esfera biológica, la psicológica y la social. Y resulta de importancia señalar que lo que empuja a las personas usuarias de drogas (legales y/o ilegales) a solicitar ayuda y/o solicitar tratamiento no suele ser el consumo en sí mismo sino las complicaciones de la salud física y/o psicológica y los problemas sociales y/o legales producto de las consecuencias de dichos consumos (Rounsaville y Kleber, 1985).

### ***1.7 Políticas de Reducción de Riesgos y Daños***

Las políticas de reducción de riesgos y daños (RRD) promueven el armado de estrategias sanitarias participativas aportando así valiosas herramientas para ser incorporadas en el tratamiento de las adicciones. Esto permite abandonar el ideal de la abstinencia como único objetivo de tratamiento propuesto por el modelo prohibicionista. En este sentido, las políticas de RRD brindan un marco más solidario e inclusivo, alejado

de posiciones que consideran al consumo como una desviación moral y resaltan la importancia de promover también una concientización de la comunidad que permita desestigmatizar la figura de la persona con problemas de adicción para lograr una visión más precisa de lo que son los consumos problemáticos.

Es necesario mencionar que las políticas de RRD se enmarcan dentro de políticas de salud pública. Su antecedente más antiguo se remonta al año 1973 cuando el comité de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud recomendó las políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y sus consecuencias (WHO, 1973).

Bosque-Prous y Brugal (2016) refieren que, si bien las políticas de reducción de daños se han centrado principalmente en el colectivo de usuarios de drogas inyectables, en los últimos 30 años se desarrollaron diferentes políticas que fueron implantadas en distinto grado y con diversa cobertura alrededor del mundo. Es importante que la reducción de daños no se limite únicamente a reducir las consecuencias del consumo de drogas por vía inyectada, sino que también se implementen programas con otras sustancias y con otras vías de consumo.

En este sentido, es importante tener en cuenta que en tanto la prevalencia del uso de drogas inyectables no es un problema del que se tenga registro en la Argentina, las estrategias de RRD se encuentran orientadas en la búsqueda de disminuir el impacto negativo del consumo de drogas. Al decir de Milanese (2012), de lo que se trata es de mejorar la calidad de vida por medio de propuestas de vida a nivel personal, familiar, grupal y comunitario. Implica disminuir, dentro de lo posible, factores y contextos de riesgo, tales como modalidades violentas de resolución de conflictos, problemas con la

ley, explotación sexual, entre otros y construir una vida con sentido de participación social, autonomía económica, accesibilidad a la salud y la educación.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (UNGASS, 2016) manifiesta que es necesario fomentar la aplicación intersectorial y coordinada de un conjunto de medidas que recorran todo el abanico de intervenciones de la salud pública. Esto debe incluir desde la prevención primaria y la reducción de riesgos hasta la atención de los trastornos provocados por el consumo de drogas, la rehabilitación y la asistencia. Estas intervenciones deben basarse en los preceptos de salud pública fundamentales de equidad, justicia social y derechos humanos.

Si bien no existe consenso internacional acerca de la definición de reducción de riesgos y daños, Harm Reduction Internacional (2011) refiere que se trata de políticas, programas y prácticas que apuntan a minimizar los impactos negativos en la salud, en las relaciones sociales y en aspectos legales asociados con el uso de drogas, las políticas de drogas y las leyes sobre drogas. La reducción de daños se basa en la justicia y los derechos humanos: se enfoca en un cambio positivo y en trabajar con personas desde una posición ética, libre de prejuicios, libre de coerción, libre de discriminación y sin la exigencia de que dejen de usar drogas como condición previa de apoyo o asistencia.

De un modo similar, Rovira Guardiola, J., Cortés, E., Vidal Giné, C., Aranda Rodríguez, E., Balarguer Armengol, G., Calzada Álvarez, N., Clua García, R. y Ventura, M. (2018) refieren que en la sociedad es inevitable un nivel continuo de consumo de drogas (legales y/o ilegales) y por ese motivo se trata de una estrategia dirigida a personas o grupos de usuarios de drogas que tiene por objetivo reducir los daños de

ciertos comportamientos focalizándolos en la reducción de las consecuencias adversas que el consumo puede tener, tanto en la salud como en las relaciones sociales.

Las estrategias de RRD implican un enfoque pragmático y humanitario que respeta los principios de salud pública, que considera a todas las personas como sujetos de derechos y destinatarias de políticas de salud, indistintamente de si consumen o no drogas (legales y/o ilegales). Esta concepción reconoce que algunas personas usuarias de drogas no tendrán un consumo problemático y no requerirán atención sanitaria. Mientras que otras personas usuarias, a pesar de los efectos nocivos y negativos del consumo, pueden decidir no interrumpir su relación al consumo de sustancias. De este modo, la RRD contempla la decisión de cada persona en su búsqueda de satisfacción, incluyendo su derecho a consumir drogas sin dejar de tener presente la complejidad y las dificultades que conlleva la problemática.

Los objetivos terapéuticos que propone el modelo abstencionista son rígidos, expulsivos, de un nivel de exigencia en la mayoría de los casos incumplible, y no consensuado con las personas que padecen consumos problemáticos. Según Rovira Guardiola et al. (2018), estos objetivos de consumo “cero”, que muchas veces son condición excluyente de inicio o sostenimiento de tratamiento, construyeron expectativas no realistas para los tratamientos, generaron elevados niveles de frustración e impotencia en los profesionales de la salud y profundizaron la distancia en la brecha entre el sistema sanitario y las personas que padecen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Mientras que la eficacia del modelo abstencionista se apoya en el logro y sostenimiento del “consumo cero”, el resultado que persigue el enfoque de RRD es la mejora de la calidad de vida de las personas.

## **1.8 Calidad de Vida Relacionada a la Salud**

Si bien más adelante se aportarán diversas definiciones sobre el concepto de calidad de vida, en este punto se puede mencionar que implica la percepción que tienen las personas sobre sí mismas, dentro del contexto cultural en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Resulta claro que se trata de un concepto amplio que incluye la salud física de las personas, el estado psicológico, el nivel de autonomía y las relaciones sociales.

Según Lozano Rojas, O., Rojas Tejada, A., Pérez Meléndez, C., Apraiz Granados, B., Sánchez Muñoz, F. y Marín Bedoya, A. (2007) la medición del constructo calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es utilizada con mucha frecuencia en el campo de la salud y representa las respuestas de las personas a los efectos físicos, mentales y sociales que un problema de salud produce sobre la vida diaria.

Una revisión de la literatura especializada muestra que este constructo puede utilizarse con diferentes objetivos. Según Iraurgi Castillo, I., Póo, M. y Márquez, I. (2004) y Sánchez-Hervás, E., Tomás, V., Molina, N., Del Olmo, R. y Morales, E. (2002) medir la CVRS permite describir y comparar las puntuaciones en subpoblaciones consumidoras de drogas; mientras que para Fernández Miranda, J., González G<sup>a</sup>-Portilla, M., Saiz Martínez, P., Gutiérrez Cienfuegos, E. y Bobes García, J. (1999) y Shor-Posner, G., Lecusay, R., Miguez-Burbano, M., Quesada, J., Rodríguez, A., Ruiz, P., ... Baum, M. (2000) aportan claridad para conocer cómo la CVRS se asocia con otras variables relacionadas con las adicciones; y para Iraurgi Castillo et al. (2004) y Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rösler, H., Hinterhuber, H. y Kurtz, M. (2003) también permite utilizar la CVRS como una variable que dé cuenta de resultados terapéuticos.



La evaluación de la calidad de vida propone una modificación en la forma de medir los resultados de un dispositivo de tratamiento desde la perspectiva de la persona usuaria de un servicio de salud y no como suele ser habitual desde la perspectiva del/los profesionales y/o desde las instituciones. Así, las primeras evaluaciones sobre calidad de vida se realizaron en personas que padecen enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial, la diabetes o la enfermedad pulmonar oclusiva crónica (Pedrero Pérez et al., 2008).

En un sentido similar, Iraurgi (2008) refiere que no alcanza únicamente con valorar cuánto reduce un tratamiento determinada sintomatología, es fundamental también conocer el impacto negativo que puede tener determinado tratamiento en la vida de las personas. Por tal motivo, se vuelve indispensable evaluar la percepción subjetiva de la persona que recibe tratamiento, lo que implica la valoración de la CVRS.

Los instrumentos mayormente utilizados para medir la calidad de vida son de tipo genérico entre los que se puede destacar el SF-36 de Ware, J. y Sherbourne, C. (1992) el WHOQoL-BREF (The World Health Organization Quality of Life) y el EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions). El término genérico refiere a que este tipo de instrumentos poseen una buena versatilidad para ser utilizados en personas que padecen variados problemas de salud, pero no fueron diseñados para ningún problema específico de salud, lo cual resulta una limitación para medir CVRS en poblaciones con problemas de salud puntuales.

### **1.9 Calidad de vida en el ámbito de los consumos problemáticos**

La consideración de la calidad de vida específicamente en el ámbito de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas surgió de manera paulatina y primeramente aplicado a los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opiáceos (metadona), como los realizados en personas con adicción a la heroína, para los cuales hay un instrumento específico llamado IDUQoL (Injection Drug User Quality of life Scale).

Cabe mencionar que hasta la actualidad los instrumentos específicos validados para evaluar la CVRS en personas que padecen adicciones son cuatro, uno de ellos específico para usuarios de drogas inyectables, como se mencionó líneas arriba. Los otros instrumentos son el QoL-DA (Quality of Life Scale for Drugs Addicts), el CAD-4 (una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogadependientes) y el TECVASP (Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas).

En Argentina se ha encontrado sólo una publicación parcial que evalúa CVRS en personas con consumos problemáticos y resultan muy escasas las investigaciones científicas que aborden las problemáticas de adicciones desde una mirada ajena al paradigma abstencionista. El trabajo realizado por Lorea y Bruno (2014) utiliza el cuestionario “Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form” (Q-LES-Q-SF) para la medición de calidad de vida y el cuestionario SF-36 para hacer lo propio con el estado de salud percibido por los pacientes. El primero se esgrime como una herramienta para medir la satisfacción y el placer de las personas en su vida cotidiana. Es un instrumento genérico de calidad de vida aplicable a todo tipo de personas con independencia de su diagnóstico y tratamiento. El segundo presenta una

escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a personas usuarias del sistema de salud como a la población general. La única dificultad que muestran ambas herramientas es que, si bien son confiables y tienen una amplia validación internacional, no son específicas para personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Lorea y Bruno (2014) definen como consumo problemático de sustancias psicoactivas al abuso, dependencia y todo consumo de sustancias que afecta negativamente la vida de una persona impactando en el área social, familiar, de salud, personal y/o laboral o escolar. De este modo los consumos problemáticos producen una disminución en la percepción de la calidad de vida, en cualquiera de los ámbitos que pueden ser afectados, tales como el físico, el psicológico y el social.

En Brasil, Santos A.; Ferreira Pimenta, G.; Brito Santos, C. (2017), en su trabajo “A percepção da qualidade de vida em pessoas com dependência de drogas” evaluaron la percepción de la calidad de vida de personas con problemas de adicciones para comparar la calidad de vida entre personas con adicciones a drogas legales, como el alcohol, con aquellas personas que tienen una adicción a sustancias ilegales, y de este modo, evaluar si existen diferencias en la CVRS considerando las variables sociodemográficas, de salud y de tratamiento. Utilizaron un instrumento genérico denominado Quality of life Index (QLI) y los resultados que obtuvieron no muestran diferencias significativas en las poblaciones comparadas.

En Australia, Fischer J.; Clavarino, A.; Plotnikova, M. y Najman, J. (2015) realizaron un estudio sobre calidad de vida relacionada con el uso de cannabis en la adolescencia y de qué forma impacta su consumo en la calidad de vida en la adultez.

Según dicho estudio, la menor calidad de vida en los primeros años de la adolescencia predijo el inicio posterior del consumo de cannabis. A su vez, los participantes que consumieron cannabis en el seguimiento hasta los 21 años percibieron una calidad de vida más baja. Por último, refieren que el uso frecuente de cannabis no parece mejorar la calidad de vida de las personas y parece estar asociado con una reducción de la calidad de vida en la edad adulta.

El test para la evaluación de la calidad de vida en adictos (TECVASP) que desarrollan Lozano Rojas et al. (2007) salda una deuda pendiente en el campo de la salud mental y adicciones. Si bien el constructo que mide la CVRS es muy utilizado en el ámbito de la salud, en el abordaje integral de las adicciones es una herramienta que comenzó a usarse hace poco tiempo. El valor fundamental que aporta el test es ser una herramienta específica para medir y evaluar la percepción de la calidad de vida en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. No sólo el test evalúa la percepción de las personas acerca de cómo el consumo de drogas afectó su vida cotidiana, sino que también permite medir la eficacia o no que están teniendo las intervenciones del tratamiento. Es un aporte que se suma a los indicadores clásicos como el estado de salud física, psicológica y los indicadores de criminalidad.

## **CAPÍTULO DOS**

### **2. MARCO TEÓRICO**

Para la realización del presente proyecto de investigación se utilizarán como marco de referencia la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) sancionada en 2010 y la Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 sancionada en 2014 y como encuadre teórico el campo de la salud mental comunitaria, ya que para abordar una problemática compleja como la de los consumos problemáticos se vuelve indispensable disponer de un marco teórico plural. Desde este encuadre teórico se concibe al sujeto como socio-histórico y multideterminado en sus aspectos biopsicosociales. Se trata de un enfoque que tiene en cuenta la perspectiva de género, que ubica a la persona como un sujeto pleno de derechos y perteneciente a una comunidad.

#### **2.1 Salud Mental Comunitaria**

La Salud Mental Comunitaria parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación social. Se funda en el respeto y la promoción de los Derechos Humanos y brinda herramientas teóricas que apuntan a modificar las prácticas y las acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir las brechas de atención propias del modelo manicomial (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018).

Desde la Salud Mental Comunitaria, se asume el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en un marco de complejidad, por lo que la eficacia de estos abordajes

está ligada a que las personas y las comunidades puedan desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida, estén integradas en redes afectivas, laborales y educativas, y participen de proyectos colectivos. Según Bang (2010), la Salud Mental Comunitaria redimensiona la reflexión sobre la eficacia al hacer lugar a la dimensión subjetiva, cada proceso es singular, por lo tanto, la eficacia depende de poder singularizar dichas intervenciones en un proyecto terapéutico tanto individual como colectivo.

Siguiendo a Augsburger (2002), resulta fundamental incorporar el concepto de sufrimiento psíquico diferenciándolo de la patología mental, lo que permite evitar pensar en términos psicopatológicos a los conflictos que devienen de la vida cotidiana y de las relaciones sociales, como, por ejemplo, situaciones de consumo de sustancias psicoactivas. Así, “el sufrimiento psíquico permite incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento, dimensión sin duda ausente en la nosografía clásica” (Augsburger, 2002, p.8).

La Ley Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014) define a los consumos problemáticos como:

[...] aquellos que (mediando o sin mediar sustancia alguna) afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas (legales o ilegales) o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud. (Art.2)

Los consumos problemáticos ponen en primer plano el padecimiento subjetivo de las personas y la implicancia de la comunidad en la posibilidad de alojar un emergente sintomático que ha atravesado todas las clases sociales y los grupos etarios. La LNSM (2010) propone un cambio de paradigma en la atención socio sanitaria de los padecimientos mentales: del modelo tutelar al modelo comunitario. De esta forma, desplaza el eje del plano punitivo, educativo y/o moral, de vieja raigambre en nuestro país, y sitúa las problemáticas de consumo dentro del campo de la salud, con una fuerte perspectiva orientada hacia la inclusión social. Así, reemplaza el enfoque tutelar por el enfoque de atención en la comunidad con una perspectiva de derechos. Esta sustitución implica dejar atrás una mirada protectora-autoritaria de las personas con padecimientos mentales para asumir una perspectiva asociada a la llamada dignidad del riesgo (Gorbacz, 2013).

A su vez, la LNSM (2010) busca además incidir directamente en los criterios de internación y su duración, y también en la necesidad de crear o fortalecer dispositivos no residenciales. En el artículo 14°, se establece que la internación sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social. Así, la internación se sitúa como una modalidad de atención solamente aplicable cuando no sean posibles abordajes ambulatorios. También, en su artículo 10, inciso d) propone incorporar el enfoque de reducción de daños y promueve aquellas acciones tendientes a reducir los riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades

transmisibles y prevenir otros daños asociados, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

Como se ve hasta aquí, la normativa vigente en términos de salud mental y adicciones señala la fundamental relevancia que tienen para las personas con padecimientos mentales y/o consumos problemáticos, los tratamientos ambulatorios que respeten la perspectiva de derechos y de género, poniendo especial énfasis en que las internaciones deben ser el último recurso. A su vez, incluye el enfoque de RRD como una modalidad de abordaje necesaria para disminuir el impacto negativo que puede tener el consumo de sustancias y agrega el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas.

## **2.2 Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños**

Según lo desarrollado en la introducción, las estrategias de RRD incluyen el consumo de drogas en un contexto social más amplio, que contempla cuestiones como la vulnerabilidad psicosocial, la pobreza, el aislamiento social, la estigmatización y la marginación, así como también la violencia intrafamiliar, la violencia de género y la salud pública. Este tipo de estrategias permiten pensar la problemática del consumo de drogas sin el sesgo prohibicionista del modelo abstencionista, libre de prejuicios, de un modo inclusivo y con el objetivo de minimizar los riesgos y daños asociados a las situaciones de consumo de las personas en lugar de perseguirlas, estigmatizarlas y discriminarlas.

Para profundizar en el desarrollo del concepto de RRD planteado en la introducción, se aporta la siguiente definición de Rovira Guardiola, J, Cortés, E., Vidal



Giné, C., Aranda Rodríguez, E., Balarguer Armengol, G., Calzada Álvarez, N., Clua García, R. y Ventura, M. (2018):

[...] estrategia dirigida a individuos o grupos que tiene como objetivo reducir los daños asociados con ciertos comportamientos. Cuando se aplica al consumo de sustancias, la reducción de daños acepta que un nivel continuo de consumo de drogas (lícito e ilícito) en la sociedad es inevitable, y define los objetivos focalizándolos en la reducción de las consecuencias adversas. Desde este enfoque existe una priorización en la minimización de los impactos tanto en la salud como en las consecuencias sociales y económicas (p.12).

En este punto, el valor fundamental que aporta evaluar la calidad de vida de las personas que realizan tratamiento ambulatorio desde un enfoque de RRD es conocer la percepción de las personas acerca de cómo el consumo de drogas afectó su vida cotidiana, y, a su vez, también permite medir la eficacia o no que están teniendo las intervenciones del tratamiento (Lozano Rojas et al. 2007).

### **2.3 Calidad de Vida: definiciones**

Resulta oportuno hacer referencia a la definición de Calidad de Vida que realiza la Organización Mundial de la Salud (1995):

La percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Es un concepto amplio que oscila, incorporando de una manera compleja la salud física de las personas, el estado psicológico, el

nivel de independencia, las relaciones sociales, así como su relación con su entorno (p.1405).

Esta definición permite ubicar la Calidad de Vida dentro del modelo biopsicosocial, donde la singularidad de la persona, en tanto sujeto histórico, no puede ser soslayada, así como tampoco las circunstancias contextuales (de salud, sociales, culturales, políticas, económicas, entre otras) que la constituyen como tal. Siguiendo a Romaní, las consecuencias, funciones, efectos y significados del consumo de drogas son “el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas” (Romaní, 2008, p.302).

Según Pedrero Pérez, E., Olivar Arroyo, A. y Chicharro Romero, J. (2008) la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) conlleva la construcción de un concepto multidimensional que se compone de aspectos tales como la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales, las condiciones del contexto y también puede incluirse un aspecto espiritual. “Lo que adquiere importancia es la subjetividad de la persona como indicador de resultados, unido a que no es algo estable, sino que varía a lo largo de la vida” (Pedrero Pérez E. et al., p.18).

Iraurgi Castillo, I., Casas, A., Velorio, M. y Díaz-Sanz, M. (1999) pone de manifiesto que la concepción propuesta por la OMS de calidad de vida no equivale al estado de salud, estilo de vida, nivel de satisfacción con la vida, estado psicológico o bienestar, sino que es un concepto que incorpora la percepción de las personas sobre esos y otros conceptos de la vida.

Por su parte, Fernández Rodríguez, V., Fernández Sobrino A. M. y López Castro, J. (2016) manifiesta que el concepto calidad de vida aún no posee una definición precisa y consensuada a nivel internacional debido a que, desde su surgimiento en la década de 1950, fue utilizado por diversas disciplinas dando lugar a distintas concepciones. Una de las definiciones conceptuales más destacadas es la propuesta por Bowling (2001) que define la calidad de vida como:

[...] un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que puede conseguirse la satisfacción personal con las circunstancias de la vida (p.3).

#### **2.4 Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos (TECVASP)**

Para el presente proyecto de tesis se utilizará el test para la evaluación de la calidad de vida en adictos (TECVASP) que desarrollaron Lozano Rojas et al. (2007) y que fue presentado brevemente en la introducción. Uno de sus objetivos es evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los dominios físico y psicosocial. El dominio físico está compuesto por tres categorías: estado funcional, síntomas físicos y dependencia física.

El estado funcional referencia la capacidad de las personas de desarrollar una serie de actividades habituales para la mayoría de las personas. Dentro de la categoría síntomas se incluyen las subcategorías: náuseas o vómitos, fatiga o cansancio, dolor y alteraciones del sueño. También hay una categoría que incluye la dependencia física.

El dominio psico-social incluye una categoría de dependencia psicológica que busca relevar la forma en que experimentan la necesidad de consumo. La categoría síntomas incluye las subcategorías: depresión, ansiedad y agresividad. La categoría funcionamiento cognitivo incluye las subcategorías: memoria, concentración, orientación y alucinaciones. Por su parte, la categoría percepción de salud, cuenta con las subcategorías: física y psicológica. A su vez, la categoría funcionamiento social refiere a las subcategorías: rol familiar, rol social y apoyo emocional. Por último, el test tiene una categoría de expectativa que hace referencia a en qué medida una persona con consumo problemático cree que la enfermedad que padece es curable o controlable.

La percepción de la calidad de vida se inserta dentro de las políticas de RRD vigente en la legislación actual de la Argentina en el campo de la salud mental. Medir y comparar dicha percepción en personas que realizan tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas resulta prioritario para avanzar dentro de este enfoque y producir una modificación en los abordajes de tratamiento imperantes que aún hoy se basan en el abstencionismo y en el prohibicionismo restringiendo derechos de las personas.

Este enfoque de RRD que incluye la percepción de calidad de vida como un valor a tener en cuenta en pos de su mejora, debe contemplar el trabajo interdisciplinario, el dispositivo de tratamiento de las personas dentro de su comunidad, la inserción social, la participación comunitaria y una constante actualización técnica de los profesionales y no profesionales involucrados en la tarea de asistencia. En este contexto, el relevo de datos que permita pensar estrategias para lograr tratamientos más eficaces que mejoren la percepción de calidad de vida de las personas, se vuelve de gran utilidad.

La alta accesibilidad y disponibilidad para obtener sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, dentro de un contexto socio-cultural que empuja al exceso funcionan como un fuerte factor de riesgo. Asimismo, el uso de sustancias psicoactivas impacta negativamente en la salud integral de estas personas y en la calidad de vida en general. Profundizar en el conocimiento de los aspectos ligados a la calidad de vida percibida por personas con consumo problemático de sustancias resulta de interés para su tratamiento. De este modo, se verían beneficiadas aquellas personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, sus familiares y/o allegados, y en consecuencia, la propia comunidad. Se buscará generar conocimiento y datos de evidencia fehacientes que retroalimenten la esfera de la formación profesional y permitan contribuir a mejorar el sistema de atención sanitaria.

Por todo lo antedicho, resulta claro que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se encuentra en estrecha relación con las estrategias de RRD como modalidad de asistencia fundamental para las personas que padecen consumos problemáticos.

## **CAPÍTULO TRES**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las modificaciones en los dominios físico y psicosocial de la calidad de vida percibida por las personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas a los 90/120 días de haber iniciado tratamiento ambulatorio en una institución con enfoque de reducción de riesgos y daños?

#### **3.2 Hipótesis**

Se espera que las modificaciones en la calidad de vida percibida en los dominios físico y psicosocial en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en tratamiento ambulatorio voluntario en una institución con enfoque de reducción de riesgos y daños a los 90/120 días muestren grados de mejoría respecto de la evaluada en el inicio del tratamiento.

#### **3.3 Objetivo general**

1. Describir las modificaciones en los dominios físico y psicosocial de la calidad de vida percibida en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas que realizan tratamiento ambulatorio voluntario en una Organización de la Sociedad Civil con enfoque de reducción de riesgos y daños de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2020-2021.

### **3.3.1 Objetivos específicos**

1.1 Caracterizar el perfil socio-demográfico de las personas con consumos problemáticos que realizan tratamiento ambulatorio voluntario en una Organización de la Sociedad Civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1.2 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida en el estado funcional.

1.3 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida referida a síntomas físicos (dolor, trastorno del sueño, náuseas o vómitos, fatiga).

1.4 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida referida a la dependencia física y psicológica.

1.5 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida referida a síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, agresividad).

1.6 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida referida al funcionamiento cognitivo (memoria, concentración, orientación, alucinaciones).

1.7 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida referida a la salud física y psicológica.

1.8 Indagar y describir la percepción de calidad de vida percibida referida al funcionamiento social (red familiar, red social, apoyo emocional).

1.9 Indagar y describir el nivel de expectativa referido a la percepción de que la enfermedad que padece es curable o controlable.

1.9.1 Comparar los resultados obtenidos al iniciar el tratamiento con los resultados obtenidos entre los 90 y 120 días luego de iniciado el tratamiento.

### **3.4 Tipo de diseño**

Es un diseño de carácter exploratorio-descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional comparativo en el que se utiliza metodología cuantitativa para la recolección y análisis de la evidencia. El objetivo general de la investigación aborda un tema escasamente estudiado en nuestro país. Sin embargo, la finalidad de la investigación también es descriptiva y correlacional, en tanto los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos y/o comunidades (Cook, 1986). El diseño descriptivo permite elaborar una especie de mapeo del objeto permitiéndonos conocer el atributo que hemos medido y predecir, al menos en un grado mínimo, su comportamiento (Vieytes, 2004).

Se trata de una estrategia no experimental, observacional, ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables. En este caso, no se hará variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Por el contrario, se propone observar a la población objetivo tal como se da en su contexto natural para analizarla (Sullivan, 2009).

El método cuantitativo se caracteriza por el problema de las relaciones entre variables, la medición, la observación y el tratamiento estadístico de los fenómenos buscando descubrir regularidades básicas que podrán expresarse en forma de leyes o relaciones empíricas (Vieytes, 2004).

### **3.5 Universo o población objetivo**

El universo de unidades de análisis quedó constituido en base a las personas con consumos problemáticos que inician y sostienen tratamiento ambulatorio voluntario al



menos entre 90 y 120 días en el período 2021-2022 y que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según los datos disponibles de Sedronar (2018), en el año 2018 se brindó asistencia a un total de 10.292 personas a nivel nacional. Cerca del 61% de las personas pertenecen a la provincia de Buenos Aires (Interior y 24 partidos del Conurbano) y un 26,1% a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entre ambas jurisdicciones concentran cerca del 87% del total de las personas atendidas en el año 2018. De esta forma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires aporta 2.691 personas al total de asistidos del período, seguido por Gran Buenos Aires zona sur, con 2.334 personas, Gran Buenos Aires zona oeste, con 1.742, y Gran Buenos Aires zona norte, con 1.360 asistidos. Las localidades del Interior de Buenos Aires aportan 809 personas al total.

La población objetivo son las personas que reciben tratamiento ambulatorio en Fundación Convivir, una institución con más de 35 años de experiencia en el campo de la prevención, investigación y tratamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas desde un enfoque de reducción de riesgos y daños.

La población que recibe tratamiento por consumos problemáticos en la institución es de un promedio de 100 personas por mes y cubre todo el espectro socio-cultural y económico; se reciben en tratamiento a personas en situación de extrema vulnerabilidad psicosocial y a personas con un elevado poder adquisitivo lo que garantiza la heterogeneidad de la muestra.

Los criterios de admisibilidad de la institución son extremadamente amplios ya que se trabaja desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, donde las expectativas y objetivos del tratamiento los construye la persona que solicita tratamiento y no son impuestos por el equipo tratante. La población que recibe tratamiento va desde los 12 a

los 65 años de edad, incluye personas con cobertura de salud pública y cobertura de salud privada (sistema pre-pago y obra social),

Dado el amplio abanico socio-etario, cultural y económico que cubre la asistencia de la Organización, se espera que resulte posible extender los resultados a cualquier otra persona con similares problemas de salud que viva dentro zonas urbanas de la Argentina.

### **3.6 Muestra**

Se trata de un muestreo no probabilístico intencional. El muestreo no probabilístico puede utilizarse tanto en estudios cuantitativos como cualitativos y es muy útil en diseños exploratorios (Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista Lucio, P. 2014). En este tipo de muestreo se selecciona intencionalmente a los individuos de la población de modo que la muestra sea lo más representativa posible a los efectos de contribuir a la resolución de la cuestión particular de la investigación a realizar (Roales Riesgo, 1988). Se parte del presupuesto de que las unidades seleccionadas son las más características o las que puedan presentar mayor información para estudiar un problema particular (Vieytes, 2004).

#### **3.6.1 Cálculo del tamaño muestral**

Para el cálculo del tamaño muestral a priori se trabajó con una muestra piloto de 15 casos. Se aplicó el instrumento TECVASP al momento del inicio del tratamiento y a los 90/120 de haber continuado tratamiento, evaluando las diferencias de puntaje en el dominio psicosocial, en el dominio físico y en el puntaje total. A partir de estos datos

estadísticos de la muestra piloto se calculó el tamaño muestral, teniendo en cuenta una tasa de abandono del 20,0 %.

#### Para Dominio Psicosocial

Para conseguir una potencia del 90,0% y detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_{\text{final}} - \mu_{\text{Inicial}} \neq 0$  mediante una prueba T-Student bilateral para muestras relacionadas, con un nivel de significación del 5,0%, y asumiendo que la media del puntaje inicial fue de 47,0 puntos; la media de los puntajes final fue de 50,0 puntos, y la desviación estándar de la diferencia fue de 7,0 puntos, es necesario incluir 48 personas en el estudio. Teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandono es del 20,0% es necesario reclutar 60 personas en el estudio.

#### Para Dominio Físico

Para conseguir una potencia del 90,0% y detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_{\text{final}} - \mu_{\text{Inicial}} \neq 0$  mediante una prueba T-Student bilateral para muestras relacionadas, con un el nivel de significación del 5,0%, y asumiendo que la media del puntaje inicial fue de 18,0 puntos; la media de los puntajes final fue de 20,0 puntos, y la desviación estándar de la diferencia fue de 4,0 puntos, es necesario incluir 44 personas en el estudio. Teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandono es del 20,0% es necesario reclutar 53 personas en el estudio.

#### Para Puntaje total

Para conseguir una potencia del 90,0% y detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_{\text{final}} - \mu_{\text{Inicial}} \neq 0$  mediante una prueba T-Student bilateral para muestras relacionadas, con un nivel de significación del 5,0%, y asumiendo que la media del puntaje inicial fue de 55,0 puntos; la media de los puntajes final fue de 70,0 puntos,

y la desviación estándar de la diferencia fue de 10,0 puntos, es necesario incluir 69 personas en el estudio. Teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandono es del 20,0% es necesario reclutar 83 personas en el estudio.

### **3.6.2 Muestra final**

Finalmente, participaron en el estudio un total de 91 personas, de los cuales finalizaron el estudio con las dos tomas del instrumento TECVASP 73 personas, por lo que la tasa de abandono fue de un 19,8%.

### **3.7 Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron en la muestra personas de entre 12 y 65 años que iniciaron tratamiento ambulatorio voluntario y que permanecieron una vez iniciado el tratamiento entre 90 y 120 días en el dispositivo. Previo al ingreso, se explicó el protocolo de investigación, sus objetivos, y luego los participantes firmaron el Consentimiento Informado y esclarecido. Se excluyeron aquellas personas con déficits cognitivos o que por cualquier motivo no comprendieran los objetivos del estudio; tampoco se incluyeron las personas que no dieron el Consentimiento Informado y esclarecido y aquellas personas que se encontraban en tratamiento hace más de 120 días.

### **3.8 Unidades de análisis**

Las unidades de análisis son cada una de las personas de 12 a 65 años que iniciaron tratamiento voluntario ambulatorio por consumos problemáticos de sustancias

psicoactivas y que permanecieron en el dispositivo de tratamiento al menos entre 90 y 120 días.

### **3.9 Variables o categorías de interés**

Según lo definido, se indagaron respecto de las características sociodemográficas:

- Edad
- Género
- Hábitat (lugar de residencia)
- Red de contención afectiva
- Trabajo/Ocupación (situación ocupacional, nivel de estudios)
- Modalidad de inicio del tratamiento
- Cantidad de tratamientos anteriores
- Tipo de sustancias consumidas
- Edad de inicio en el consumo
- Tratamiento farmacológico
- Situación judicial

En relación a las modificaciones en la calidad de vida se evaluaron:

#### **Dominio Físico**

- estado funcional
- síntomas
- dolor físico
- trastorno del sueño
- náuseas o vómitos

-fatiga

-dependencia física

#### Dominio Psicosocial

-dependencia psicológica

Síntomas psicológicos:

-depresión

-ansiedad

-agresividad

Funcionamiento cognitivo:

-memoria

-concentración

-orientación

-alucinaciones

Percepción de la salud:

-física

-psicológica

Funcionamiento social:

-red social

-rol familiar

-apoyo emocional

Expectativa de tratamiento

Los valores para edad son en el rango de 12 a 65 años; para género: 1. Hombre, 2. Mujer, 3. No Binario, 4 Otros. Para lugar de residencia serán: 1. CABA, 2. GBA, 3.

Otros; para Red de contención afectiva serán: 1. Muy buena, 2. Buena, 3. Escasa, 4. Nula; Para Trabajo/Ocupación serán: 1. Desocupado, 2. Sólo Estudiante, 3. Ama de casa, 4. Ocupación Informal, 5. Ocupación Formal, 6. Estudia y trabaja, 7. Jubilado.

Respecto del Nivel de estudios alcanzado los valores son: 1. Sin educación formal, 2. Primario incompleto, 3. Primario completo, 4. Secundario incompleto, 5. Secundario completo, 6. Terciario incompleto, 7. Terciario completo, 8. universitario incompleto, 9. Universitario completo. Para la modalidad de inicio del tratamiento son: 1. Espontáneo, 2. Inducido familiar, 3. Inducido médico, 4. Inducido judicial, 5. Inducido otros. Respecto de la Cantidad de tratamientos anteriores son: 0. Sin tratamientos anteriores, 1. Un tratamiento anterior, 2. Dos tratamientos anteriores o más. Para el tipo de sustancias consumidas los valores son: 1. Alcohol, 2. Psicofármacos, 3. Marihuana, 4. Cocaína, 5. Pasta Base, 6. MDMA/Derivados, 7. Opiáceos, 8. Otros. Para la edad de inicio en el consumo el rango es de 12 a 65 años. Respecto del tratamiento farmacológico las opciones son por SI o NO y respecto de la Situación judicial son: 1. Tiene causas judiciales pendientes 2. No tiene causas judiciales pendientes.

Las escalas de valores para la evaluación de la calidad de vida que proporciona el TECVASP para los dominios físico y psicosocial es la siguiente: todos los ítems puntúan de 1 (Mucho) a 5 (Nada), a excepción de los ítems “Hubo personas que se preocuparon por vos, por saber cómo estabas” y “Crees que hay personas que pueden detener su consumo de drogas” que puntúan de manera inversa 1 (Nada) a 5 (Mucho), de tal forma que con los 20 ítems finales que se propone, la puntuación mínima es de 20 (indica una baja CVRS) y la máxima de 100 (indica una alta CVRS).

El indicador para las características sociodemográficas tales como hábitat (lugar de residencia), trabajo/ocupación (situación ocupacional, nivel de estudios), edad, género, la modalidad de inicio del tratamiento, cantidad de tratamientos anteriores, tipo de sustancias consumidas, edad de inicio en el consumo, es la revisión de la Planilla de Admisión (PA) de la Institución que recaba información de las personas que inician tratamiento.

El indicador para las variables Red de contención afectiva, Tratamiento farmacológico y Situación judicial es la revisión de Planilla Evolutiva Mensual (PEM) de la Institución que recaba información mensual de las personas en tratamiento.

El indicador para calidad de vida en los dominios: Físico, estado funcional, síntomas, dolor físico, trastorno del sueño, náuseas o vómitos, fatiga, dependencia física; Psicosocial: dependencia psicológica, síntomas tales como depresión ansiedad, y agresividad, funcionamiento cognitivo: memoria, concentración, orientación, alucinaciones, percepción de la salud física y psicológica, funcionamiento social, red social y rol familiar, apoyo emocional y la expectativa de tratamiento es la revisión de los cuestionarios TECVASP administrados a las personas que inician y sostienen tratamiento. En el anexo I se encuentra el cuestionario utilizado en el presente estudio.

### **3.10 Definición operacional**

El constructo calidad de vida relacionada a la salud no cambia en términos conceptuales al medirlo en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas respecto de población general. La modificación se produce en su operacionalización ya que debe incluir aspectos ligados propiamente a los consumos



problemáticos. La medida del constructo Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adicciones parte de una definición operacional que distingue entre un dominio físico y otro psicosocial.

Siguiendo los lineamientos propuestos por Lozano (2005), el dominio físico implica la percepción que tiene la persona de su estado físico de salud, e incluye aspectos relacionados con disfunciones del organismo que pueden dificultar realizar tareas que precisan de las extremidades y también otros aspectos del organismo relacionados con el dolor, y los síntomas de una enfermedad, entre otros. Por su parte, el dominio psicosocial implica la percepción que tienen las personas de su estado cognitivo, afectivo, de sus relaciones interpersonales y de los roles sociales que desempeñan en la vida.

Las categorías que integran el dominio físico incluyen el estado funcional, los síntomas físicos y la dependencia física. El estado funcional se refiere la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para ejecutar una variedad de actividades que son habituales para la mayoría (Rodríguez-Marín, Pastor y López- Roig, 1993, citado en Lozano 2005). La capacidad funcional es reconocida como un indicador de relevancia social (Bowling, 1994) que puede propiciar un incremento en la imagen de deterioro de las personas, de ahí que sea evaluado en la CVRS (Corrales, Tardón y Cueto, 2000, citado en Lozano 2005). Los recursos o las barreras con las que se encuentran las personas en su vida cotidiana poseen un efecto positivo o negativo sobre la evaluación que hacen de su CVRS (Stuifbergen et al., 2000). En este sentido, que las personas puedan disponer de recursos materiales o de diversos medios contribuye a mejorar la percepción que tienen de su CVRS.

Entre las actividades que integran el estado funcional se incluyen actividades de autocuidado, tales como realizar actividades cotidianas: alimentarse, vestirse, bañarse, entre otras; la movilidad implica actividades relacionadas con la capacidad que tienen las personas de moverse tanto en espacios cerrados como abiertos; las actividades físicas incluyen, caminar, subir escaleras, etc.

Las alteraciones de salud se manifiestan a través de síntomas físicos y dependen del tipo de enfermedad que padecen las personas (Wilson y Cleary 1995). Los síntomas citados como más relevantes para la evaluación de la CVRS incluyen el dolor, que puede ser descrito como una sensación o experiencia emocional desagradable asociada con el deterioro real o potencial del cuerpo (International Association for the Study of Pain, 1979; citado en Kaasa, Loge, Knobel, Jhordoy y Brenne., 1999). Para muchos autores, este síntoma es el que mayor relación tiene con la evaluación que hacen las personas de su CVRS; la fatiga y el malestar tienen su repercusión dentro del área física de las personas y también se relaciona con el cansancio mental y la depresión; las náuseas y vómitos son muy frecuentes en variadas alteraciones de salud. Entre los resultados encontrados sobre estos síntomas hay que señalar la alta correlación negativa que muestra tanto con la CVRS como con el funcionamiento social de las personas (Godoy et al., 1999; Godoy, 2000, citado Lozano 2005).

Por último, la adicción a una o varias sustancias puede generar una dependencia física que suele manifestarse a través de un cuadro sintomático de abstinencia que ocasiona malestar físico (Lozano 2007).

El dominio psicosocial está integrado por cinco categorías en la que se incluyen los síntomas psicológicos, el funcionamiento cognitivo, la percepción de la salud, el

funcionamiento social y la expectativa. Las dificultades en el plano de la salud tienen un correlato psicológico que pueden manifestarse a través de una variedad de síntomas. Entre los referenciados con más frecuencia a la CVRS se encuentra la depresión, la ansiedad y el insomnio.

La depresión suele presentarse como una sensación decaimiento emocional, y pérdida de interés por el mundo. Las personas que padecen depresión tienen un peor pronóstico para generar una respuesta de cambio o habituación a la enfermedad. (Buunk's y Van der Eijnden 1997; citado en Lozano, 2005). Son numerosos los estudios que señalan a la depresión como uno de los factores que mayor influencia tienen en la CVRS (Solari, Filippini, Mendozzi, Ghezzi, Cifani et al. 1999; Graney, 2000, citado en Lozano, 2005).

Por su parte, la ansiedad puede definirse como “una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos” (Miguel-Tobal, 1990; p. 310). La depresión y la ansiedad suelen medirse de manera conjunta y ambos síntomas guardan estrecha relación con la valoración de CVRS (Ruiz y Baca, 1993).

Por último, el insomnio o las dificultades en el ciclo del sueño es otro de los síntomas que afecta la CVRS dado que tiene una fuerte repercusión en la vida cotidiana de las personas que lo padecen y puede definirse como la percepción de sueño insuficiente, de mala calidad o poco reparador del cansancio acumulado.

El funcionamiento cognitivo se relaciona con aquellos procesos mentales necesarios para que las personas puedan desarrollar cualquier tarea. Entre las funciones cognitivas de mayor relevancia para evaluar la CVRS se encuentran la memoria, la capacidad de concentración, y el sentido de orientación (Lozano Rojas 2007). La pérdida de memoria ocasiona múltiples y variados trastornos en el funcionamiento cotidiano de las que personas que la padecen. A su vez, la percepción de que la función de la memoria se encuentra alterada es vivida con una gran ansiedad por las personas afectadas.

Por su parte, los problemas en la capacidad de concentración afectan la posibilidad de realización de tareas y acciones cotidianas y aumentan las posibilidades de la aparición de trastornos de ansiedad o depresión. También la orientación es uno de los componentes cognitivos que fue evaluado como de los más importantes para la evaluación de la CVRS (Rosser 1988, citado en Lozano 2005) Por último, es importante señalar que la expectativa de superar una enfermedad es experimentada de manera positiva por las personas, mientras que una expectativa negativa incrementa el riesgo de padecer depresión y la ansiedad, lo que impacta en la CVRS.

Como fuera mencionado con anterioridad, el concepto CVRS se ubica dentro del modelo biopsicosocial, donde la singularidad de la persona debe ser tomada en cuenta, así como también las circunstancias contextuales (de salud, sociales, culturales, políticas, económicas, entre otras) que la constituyen como tal. De este modo, es un concepto que incorpora la percepción de las personas sobre esos y otros conceptos de la vida. En este sentido, la percepción general de la salud implica la valoración que hace la propia persona respecto a en qué medida cree que su estado de salud afecta su vida

cotidiana. La percepción que tiene cada persona es subjetiva y singular y no puede ser juzgada por otras personas (Cramer, 1999).

Asimismo, los aspectos sociales implican la percepción de las relaciones, los contactos sociales y la construcción de redes que establece una persona en y con su comunidad. La dimensión del apoyo psicosocial incluye la percepción de los recursos que provienen de las relaciones socioafectivas (familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros) y que pueden ser fuentes proveedoras de contención y/o preocupación emocional (amor, empatía, angustia) y de ayuda instrumental a través de bienes y servicios (Rodríguez-Marín, Pastor, López-Roig, 1993). El apoyo psicosocial podrá entonces tener un carácter positivo cuando la red socioafectiva pueda proveerles a las personas diversos tipos de apoyo, mientras que podrá ser negativo cuando existan demandas externas estresantes, cuando la persona deba asumir la responsabilidad sobre sus propias elecciones, y/o deba realizar esfuerzos para mantener la red, y/o cuando la ayuda es necesaria pero no es provista por la red (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

### **3.11 Instrumento**

TECVASP. El test fue creado en el año 2007 por Lozano Rojas, O., Rojas Tejada, A., Pérez Meléndez, C., Apraiz Granados, B., Sánchez Muñoz, F. y Marín Bedoya, A. (2007) con el objetivo elaborar un test que mida el constructo de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) específico para población drogodependiente y estudiar su fiabilidad y aportar evidencias de validez. La finalidad de los autores es aportar un instrumento que permita detectar cambios en la CVRS en los consumidores de drogas cuando son sometidos a diferentes situaciones de tratamiento.

Los estudios de validación realizados por los autores tuvieron como referencia un marco teórico-terapéutico, en consonancia con el objetivo del test. Los análisis se centraron en comprobar si las puntuaciones del TECVASP detectan las diferencias en la CVRS en grupos de personas que, a priori, deben poseer distinta CVRS por su situación terapéutica. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, aportándose evidencias que avalan que el TECVASP diferencia debidamente entre los grupos estudiados. Además, mediante el análisis pre-tratamiento y post-tratamiento, quedó reflejada la sensibilidad al cambio esperada tras un proceso de intervención terapéutica.

A la luz de los resultados obtenidos, los autores refieren que el test muestra propiedades psicométricas que permiten obtener una medida fiable y válida de la CVRS en población drogodependiente. La estimación de fiabilidad, calculada con el coeficiente alfa de Cronbach, fue adecuada, con un valor de 0,861.

Teniendo presente la heterogeneidad de instrumentos de CVRS existentes y la diversidad de contextos de aplicación, los autores consideran que su aplicación más recomendada es para estudios en los que se requiere una alta sensibilidad al cambio para valorar cómo una intervención terapéutica influye sobre la CVRS de personas usuarias de drogas.

Se trata de una herramienta específica para medir y evaluar la percepción de la calidad de vida en personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. No sólo el test evalúa la percepción de las personas acerca de cómo el consumo de drogas afectó su vida cotidiana, sino que también permite medir la eficacia o no que están teniendo las intervenciones del tratamiento. El objetivo principal del TECVASP es

aportar una medida de CVRS que detecte los cambios en los las personas usuarias de drogas cuando son sometidos a diferentes situaciones de tratamiento.

El test evalúa la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los dominios físico y psicosocial. El dominio físico está compuesto por tres categorías: estado funcional, síntomas físicos y dependencia física. El estado funcional referencia la capacidad de las personas de desarrollar una serie de actividades habituales para la mayoría de las personas. Dentro de la categoría síntomas se incluyen las subcategorías: náuseas o vómitos, fatiga o cansancio, dolor y alteraciones del sueño. También hay una categoría que incluye la dependencia física.

El dominio psico-social incluye una categoría de dependencia psicológica que busca relevar la forma en que experimentan la necesidad de consumo. La categoría síntomas incluye las subcategorías: depresión, ansiedad y agresividad. La categoría funcionamiento cognitivo incluye las subcategorías: memoria, concentración, orientación y alucinaciones. Por su parte, la categoría percepción de salud, cuenta con las subcategorías: física y psicológica. A su vez, la categoría funcionamiento social refiere a las subcategorías: rol familiar, rol social y apoyo emocional. Por último, el test tiene una categoría de expectativa que hace referencia a en qué medida una persona con consumo problemático cree que la enfermedad que padece es curable o controlable.

La redacción del enunciado de los ítems fue supervisada por expertos en Psicometría, y posteriormente, se realizaron entrevistas con personas usuarias de drogas para saber si existían dificultades en la comprensión de los enunciados y las instrucciones que aparecen en el test. Las categorías de respuestas de los ítems también

se realizaron según las recomendaciones de la bibliografía psicométrica especializada e, igualmente, los autores realizaron un pilotaje con población usuaria de drogas.

El test brinda la posibilidad de que sea autoadministrado, si embargo los autores recomiendan que sea administrado por profesionales, tal como se realizó para el presente estudio.

La medición del constructo fue realizada teniendo como teoría de la medida a la Teoría de Respuesta a los Ítems (y no la Teoría Clásica de los Tests, como es habitual), y más concretamente a los modelos de Rasch. El test aporta evidencias de que cumple debidamente con los supuestos de los modelos de Rasch (independencia local, unidimensionalidad y discriminación homogénea de los ítems) en términos globales.

El sistema de puntuaciones ya fue mencionado en detalle anteriormente, sin embargo, cabe agregar que es con puntuaciones directas (la suma de cada uno de los ítems). La aplicación del modelo de Rasch hace una transformación logarítmica de las puntuaciones y las expresa en una escala de logits. La relación entre las puntuaciones directas y las puntuaciones en la escala de logits es superior a ,90 (coeficiente de correlación de Pearson) en las muestras empleadas.

La versión que se utilizó para el presente estudio fue adaptada al lenguaje y modismos utilizados en la Argentina, pero sin alterar la esencia de los ítems y fue supervisada y aprobada por los autores.

### **3.12 Fuentes primarias**

Administración del TECVASP a las personas que formarán parte de la presente investigación.



### **3.13 Fuentes secundarias**

Planilla de Admisión (PA) de Fundación Convivir. Planilla Evolutiva Mensual (PEM) de Fundación Convivir.

### **3.14 Consideraciones éticas**

El presente proyecto incursiona sobre aspectos sociales y del área de salud pública y no biomédica, por lo tanto, en el consentimiento informado se priorizó la comunicación y comprensión de las personas, prevaleciendo el carácter esclarecido del mismo. Además, por el tipo de investigación seleccionado se respetarán los lineamientos de las Declaraciones Internacionales, buscando resguardar los principios básicos de la investigación médica de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La discusión ética debe instalarse desde el comienzo mismo de toda investigación científica y continuar a lo largo de su desarrollo, incluyendo tanto los aspectos metodológicos como su consumación técnica. Para ello es necesario definir además de los procedimientos específicos normatizados, el consentimiento informado y los métodos de evaluación a implementar, incluyendo los aspectos éticos de las decisiones y posicionamientos que atraviesan el proceso de investigación.

### **3.15 Cronograma de actividades**

1. Identificación de las personas que inician tratamiento ambulatorio dentro de los últimos 10 días a los fines de convocarlos a participar del estudio.
2. Relevamiento de los datos y el perfil socio-demográfico de las personas que inician tratamiento ambulatorio a través de la Planilla de Admisión (PA).

3. Contacto con las personas seleccionadas para realizar la entrevista inicial en la que se administrará el TECVASP.
4. Entrevistas iniciales a participantes, lectura y firma del Consentimiento Informado, y administración del TECVASP.
5. Registro y control de la información recolectada en las entrevistas. Elaboración de bases de datos y volcado de los datos cuantitativos a planillas de Excel.
6. Sistematización y análisis de los test tomados a los participantes.
7. Segunda ronda de entrevistas a participantes a los 90/120 días de haber iniciado tratamiento y administración de TECVASP.
8. Segundo registro y control de la información recolectada en las entrevistas. Elaboración de bases de datos y volcado de los datos cuantitativos a planillas de Excel.
9. Sistematización y análisis de los test tomados a los participantes.
10. Comparación y análisis de los resultados obtenidos al iniciar el tratamiento con los resultados obtenidos entre los 90 y 120 días luego de iniciado el tratamiento.
11. Conclusiones y redacción de informe final.

### **3.16 Plan de análisis**

Se realizó un análisis cuantitativo estadístico de la información recolectada. Para ello se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS v28 y se volcaron los datos.

Previamente, se asignaron códigos numéricos a los valores de las variables que quedaron registrados en el libro de códigos para su posterior recuperación.

Los datos respecto de las unidades de análisis fueron anonimizados numerándolas de manera consecutiva. Los códigos numéricos se mantuvieron en confidencialidad y a disposición del CEI.

Para cumplir con los objetivos propuestos se realizaron las siguientes acciones:

Para caracterizar el perfil socio-demográfico de las personas con consumos problemáticos que realizan tratamiento ambulatorio voluntario en una Organización de la Sociedad Civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se tomaron las variables Género (frecuencia absoluta y porcentual), Edad (amplitud de la escala, promedio, se agruparon en intervalos de 12 a 17 años, de 18 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 49 años, y de 50 a 65 años y se sacaron las frecuencias absolutas y porcentuales), Nivel económico (frecuencia absoluta y porcentual), Nivel de estudios (frecuencia absoluta y porcentual), Lugar de residencia (frecuencia absoluta y porcentual), Red de contención afectiva (frecuencia absoluta y porcentual), Trabajo/Ocupación (frecuencia absoluta y porcentual), Modalidad de inicio del tratamiento (frecuencia absoluta y porcentual), Cantidad de tratamientos anteriores (frecuencia absoluta y porcentual), Tipo de sustancias consumidas (frecuencia absoluta y porcentual), edad de inicio en el consumo (amplitud de la escala, promedio, y se obtuvieron las frecuencias absolutas y porcentuales), Tratamiento farmacológico (frecuencia absoluta y porcentual), Situación judicial (frecuencia absoluta y porcentual).

Se evaluó la variable percepción de calidad de vida percibida (frecuencia absoluta y porcentual) para: el estado funcional; a síntomas físicos (dolor, trastorno del sueño, Náuseas o vómitos, fatiga); la dependencia física y psicológica; síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, agresividad); funcionamiento cognitivo (memoria, concentración,

orientación, alucinaciones); la salud física y psicológica; funcionamiento social (red familiar, red social, apoyo emocional); la enfermedad que padece es curable o controlable.

Por último, se compararon los resultados obtenidos al iniciar el tratamiento con los resultados obtenidos entre los 90 y 120 días luego de iniciado el tratamiento (frecuencia absoluta y porcentual, comparación de datos obtenidos al inicio y a los 90/120 días, diferencias significativas y no significativas, índice de correlación).

### **3.17 Metodología estadística**

Para describir las variables cualitativas se calcularon la distribución de frecuencias y porcentajes. Para variables cuantitativas se calcularon el promedio, desvío estándar, Intervalo de confianza de 95%, mínimo y máximo.

Para comparar los dos grupos con variables cuantitativas se usó el Test de Student para muestras Independientes. Al comparar más de dos grupos con variables cuantitativas se aplicó Análisis de la varianza de un factor (ANOVA) y como post hoc se aplicó Prueba de Tukey.

Al analizar los puntajes previo y final del TECVASP se aplicó Test de Student para muestras relacionadas.

Para comparar relación entre variables cualitativas se aplicó la prueba de independencia (Chi cuadrado). Para las comparaciones de variables dicotómicas (tablas de 2 filas x 2 columnas) y para frecuencias esperadas menores a 5, se aplicó el Test Exacto de Fisher. Para comparar proporciones entre grupos se usó Prueba Binomial para

muestras independientes con corrección de Bonferroni. En todos los casos, las pruebas estadísticas aplicadas son para muestras independientes.

En todas las pruebas estadísticas se utilizó un nivel de significación (Error de tipo I) del 5 % ( $p < 0,05$ ).

### ***3.17.1 Programas utilizados para analizar datos***

Para analizar y correlacionar estadísticamente todas las variables pertinentes a este estudio se utilizó el Software SPSS versión 28. Asimismo, para el registro manual de algunas covariables se utilizó una hoja de cálculo del programa MS Excel.

## CAPÍTULO CUATRO

### 4. RESULTADOS

Para completar el total de los casos que realizaron la primera toma en la entrevista de admisión y la segunda toma a los 90/120 días de iniciado el tratamiento resultó necesario aplicar el instrumento a un total de 91 personas. Al finalizar el estudio, completaron ambas tomas del TECVASP 73 personas (80,2%), mientras que abandonaron el tratamiento antes de los 90/120 días 18 personas (19,8%). Si bien no hay consenso en la literatura especializada acerca de la tasa de abandono de las personas en tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias, el rango oscila entre el 23% y 50% (Santonja, Sánchez, Secades, Zacarés, García y García, 2010; McHugh, Murray, Hearon, Pratt, Pollack y Safren, 2013). Otro estudio de Sedronar (2018) indica que para la modalidad ambulatoria la tasa promedio de abandono en Argentina es de 25%

#### 4.1 Caracterización del perfil socio-demográfico de las personas que no finalizaron el estudio por abandono de tratamiento

De las personas que no completaron el estudio por abandonar el tratamiento antes de los 90/120 días, 12 eran hombres y 6 fueron mujeres. Todas las personas residían en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, salvo 1 que residía en Gran Buenos Aires.

Para evaluar si en el grupo de personas que abandonó el tratamiento antes de los 90/120 días se observan características diferenciales con respecto al que finalizó el estudio y completó las dos tomas del TECVASP, se compararon las variables principales.

En las tablas 1, 2 y 3 se aplicó la prueba de independencia (test de chi cuadrado) y en la mayoría de los casos no se observaron diferencias estadísticas significativas, salvo en la categoría de consumo de cocaína fumable: el 44,4% de las personas con este tipo de consumo no completaron el estudio por abandono de tratamiento, mientras que apenas un 17,8% ( $p=0,016$ ) de las personas consumidoras de cocaína fumable continuaron y completaron el estudio, logrando sostener su tratamiento al menos entre 90/120 días.

**Tabla 1:** Comparación entre los grupos que completaron y no completaron el estudio para las variables sociodemográficas

Categorías	No completó la investigación				p valor	
	No completó		Continuaron			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Género	Hombre	12	66,7%	42	57,5%	0,499
	Mujer	6	33,3%	31	42,5%	
Residencia	CABA	17	94,4%	61	83,6%	0,237
	GBA	1	5,6%	12	16,4%	
Nivel de estudios alcanzados	Primario	3	16,7%	4	5,5%	0,078
	Secundario	8	44,4%	53	72,6%	
	Terciario	2	11,1%	9	12,3%	
	Universitario	5	27,8%	7	9,6%	
Edad agrupada	Hasta 24 años	3	16,7%	24	32,9%	0,245
	25 - 34 años	3	16,7%	16	21,9%	
	35 años o más	12	66,7%	33	45,2%	

No se observaron diferencias estadísticas significativas.

Dentro del amplio espectro de sustancias psicoactivas que consumen las personas que inician tratamiento, este dato significativo da cuenta de que, por sus

efectos de consumo, las personas que consumen cocaína fumable presentan mayores dificultades para la adherencia al tratamiento ambulatorio.

Respecto de la tasa de abandono, tampoco se encontraron diferencias significativas en lo relativo al nivel de red de contención afectiva o la edad de inicio de consumo. La presencia o ausencia de tratamiento farmacológico tampoco marcó una diferencia significativa respecto del abandono, como así tampoco el hecho de que las personas tuvieran o no causas judiciales pendientes. A su vez, no se evidenciaron diferencias en la tasa de abandono respecto del máximo nivel educativo alcanzado ni en la edad agrupada.

**Tabla 2:** Comparación entre los grupos que completaron y no completaron el estudio para las variables que caracterizan su contexto de consumo

Variable	Categorías	No completó la investigación				p valor
		No completó		Continuaron		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Red de contención afectiva	Escasa	6	33,3%	29	39,7%	0,399
	Buena	12	66,7%	39	53,4%	
	Muy buena	0	0,0%	5	6,8%	
Edad de inicio de consumo agrupada	Hasta 13 años	3	16,7%	17	23,3%	0,762
	14-17 años	11	61,1%	38	52,1%	
	18 o más años	4	22,2%	18	24,7%	
Tratamiento Farmacológico	Si	11	61,1%	32	43,8%	0,189
	No	7	38,9%	41	56,2%	
Situación judicial	No tiene causas pendientes	17	94,4%	59	80,8%	0,163
	Tiene causas pendientes	1	5,6%	14	19,2%	

No se observaron diferencias estadísticas significativas.



Al comparar medias de edad a través del Test de Student se evidencia que las personas que abandonaron el tratamiento antes de los 90/120 días tienen mayor edad, sin embargo, la edad de inicio en la que comenzaron a consumir no se relaciona con la continuidad o abandono de tratamiento (Tabla 4).

**Tabla 3:** Comparación entre los grupos que completaron y no completaron el estudio para las variables que caracterizan el tipo de consumo problemático

Variable	Categorías	No completó la investigación				p valor
		No completó		Continuaron		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Consumo de psicofármacos	Si	6	33,3%	18	24,7%	0,454
	No	12	66,7%	55	75,3%	
Consumo de marihuana	Si	12	66,7%	51	69,9%	0,792
	No	6	33,3%	22	30,1%	
Consumo de cocaína	Si	16	88,9%	56	76,7%	0,255
	No	2	11,1%	17	23,3%	
Consumo de cocaína fumable	Si	8	44,4%	13	17,8%	0,016*
	No	10	55,6%	60	82,2%	
Consumo de MDMA y derivados	Si	2	11,1%	12	16,4%	0,575
	No	16	88,9%	61	83,6%	
Policonsumos	Si	15	83,3%	55	75,3%	0,471
	No	3	16,7%	18	24,7%	

\*Se observan diferencias estadísticas significativas en Consumo de cocaína fumable.

A los fines de la presentación de este estudio, se utilizó como referencia el criterio de agrupamiento por edades del “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento” (Sedronar, 2017): de 12 a 17 años, de 18 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 49 años y de 50 a 65 años. Sin embargo, para organizar la información

y que resultara viable el análisis estadístico las edades se agruparon en tres categorías: hasta 24 años, de 25 a 34 años y 35 años o más.

**Tabla 4:** Análisis descriptivo y comparativo de los estadísticos entre las personas que abandonaron y continuaron en el estudio, por edad y por edad de inicio de consumo

		N	Media	Desviación Estándar	IC 95% para la media		Mínimo	Máximo	p valor
					Límite inferior	Límite superior			
					Edad	Abandonaron			
	Continuaron	73	33,1	11,5	30,4	35,8	16	59	
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>34,6</b>	<b>11,9</b>	<b>32,1</b>	<b>37,1</b>	<b>16</b>	<b>63</b>	
Edad de inicio de consumo	Abandonaron	18	14,9	2,7	13,5	16,3	9	20	0,536
	Continuaron	73	15,4	3,1	14,7	16,1	9	27	
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>15,3</b>	<b>3,0</b>	<b>14,7</b>	<b>15,9</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	

\*Se observan diferencias estadísticas significativas en Edad de las personas.

#### 4.2 Caracterización del perfil socio-demográfico de las personas que completaron el estudio y continuaron en tratamiento

Del total de participantes que sostuvieron el tratamiento hasta al menos los 90/120 días y que completaron ambas tomas del TECVASP, 57,5% (42) fueron hombres y 42,5% (31) fueron mujeres. En lo relativo al lugar de residencia, se evidencia que la distancia no resulta un obstáculo para el sostenimiento del tratamiento ya que los porcentajes entre los que abandonaron y aquellos que continuaron se mantuvieron similares (Tabla 5).

En lo relativo al máximo nivel de estudios, el 72,6% de las personas poseen estudios secundarios, el 12,3% estudios terciarios, el 9,6% estudios universitarios y un 5,5% estudios primarios. Respecto de la condición laboral/ocupacional, el porcentaje más elevado (39,7%) se encuentra desempleado, el 24,7% posee empleo informal, el

20,5% tiene un empleo formal en relación de dependencia, el 9,6% se dedica únicamente a estudiar, el 4,1% es ama de casa y sólo una persona de la muestra es jubilado/a. Como se mencionó anteriormente, esta distribución porcentual da cuenta de que los consumos problemáticos afectan de manera indistinta a personas de todo el abanico social, educativo y laboral-ocupacional (Tabla 5).

A su vez es relevante mencionar que según el Informe Mundial sobre Drogas 2020 (UNODC) el aumento del desempleo y la disminución de oportunidades pueden afectar de manera desproporcionada a las personas en mayor situación de pobreza, volviéndolas más vulnerables al consumo de drogas. En este sentido cobra especial interés para futuras indagaciones el elevado porcentaje de personas que se encuentran desempleados y que padecen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

**Tabla 5:** Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	%	IC95% LI	IC95% LI
Género	Hombre	42	57,5%	46,1%	68,4%
	Mujer	31	42,5%	31,6%	53,9%
Residencia	CABA	61	83,6%	73,8%	90,7%
	GBA	12	16,4%	9,3%	26,2%
Nivel de estudios alcanzados	Primario	4	5,5%	1,9%	12,5%
	Secundario	53	72,6%	61,6%	81,8%
	Terciario	9	12,3%	6,3%	21,3%
	Universitario	7	9,6%	4,4%	17,9%
Trabajo/ocupación	Desempleado	29	39,7%	29,1%	51,2%
	Solo estudia	7	9,6%	4,4%	17,9%
	Ama de casa	3	4,1%	1,2%	10,6%
	Trabajo informal	18	24,7%	15,9%	35,4%
	Trabajo formal	15	20,5%	12,5%	30,8%
	Jubilado	1	1,4%	0,1%	6,2%

En lo relativo a las características sociodemográficas tales como lugar de residencia, edad y nivel de estudios no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 6).

**Tabla 6:** Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables sociodemográficas por género

Variables	Categorías	Género				p valor
		Hombre		Mujer		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Residencia	CABA	34	81,0%	27	87,1%	0,484
	GBA	8	19,0%	4	12,9%	
Edad agrupada	Hasta 24 años	15	35,7%	9	29,0%	0,338
	25 - 34 años	11	26,2%	5	16,1%	
	35 años o más	16	38,1%	17	54,8%	
Nivel de estudios alcanzados	Primario	3	7,1%	1	3,2%	0,589
	Secundario	32	76,2%	21	67,7%	
	Terciario	4	9,5%	5	16,1%	
	Universitario	3	7,1%	4	12,9%	

#### 4.3 Caracterización de las variables relacionadas con las condiciones de las personas en tratamiento

Las redes de contención implican intercambios entre las personas, ya sean de tipo emocional, material, instrumental, y/o funcional. Estos intercambios influirán en el grado de satisfacción de las necesidades y de las relaciones de las personas. Las deficiencias en la construcción y/o sostenimiento de redes socioafectivas se presentan como un obstáculo en la posibilidad de generar intercambios fructíferos con el entorno social (Aranda et al., 2013). De este modo, se considera a las personas como el centro de

vínculos y relaciones que atraviesan contextos relacionales diferentes. Los datos indican que el 39,7% de los participantes tienen una escasa red de contención socio-afectiva, el 53,4% señala que su red de contención es buena y apenas un 6,8% que es muy buena (Tabla 7).

También se indagó respecto de la modalidad de inicio del tratamiento de las personas. Cuando el inicio es espontáneo, se considera que la persona reconoce que padece un problema de consumo que requiere asistencia profesional. En otros casos, la persona inicia tratamiento inducido por algún o algunos miembros de su familia; es habitual que los miembros de la familia o grupo conviviente sean los primeros en detectar el consumo problemático de un familiar. En ocasiones, la indicación de inicio de tratamiento proviene de un médico, ya sea porque la persona se encuentra internada para desintoxicación y deshabitación o porque padece algún problema de salud que se ve agravado por el consumo. Y también ocurre que una persona puede iniciar tratamiento por orden judicial, debido a que tiene algún conflicto con la ley civil y/o penal y un juez interviniente lo requiere como parte del proceso judicial.

La modalidad de inicio de tratamiento suele guardar relación con la probabilidad de que las personas sostengan una buena adherencia, para que de ese modo se pueda lograr la eficacia esperada. En el caso de los y las participantes del estudio, el 61,6% de las personas inició tratamiento de manera espontánea. Tanto para el inicio inducido a nivel familiar como para el inicio inducido a nivel médico, los porcentajes son coincidentes: 16,4%. Por último, apenas un 5,5% de las personas inició tratamiento por requerimiento judicial (Tabla 7).

En lo que refiere a los tratamientos previos realizados, un porcentaje considerable de la muestra (49,3%) cuenta con dos o más tratamientos anteriores realizados, el 34,2% ya había realizado un tratamiento por consumos problemáticos, y el 16,4% no tenía tratamientos anteriores realizados. El porcentaje elevado de personas que ya habían realizado dos o más tratamientos da cuenta de que, tal como los define el Plan IACOP (2014), se trata de consumos que afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales (Tabla 7).

La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas revela que el 75,4% de los y las participantes comenzaron su consumo antes de los 18 años: de ese total un 52,1% lo inició entre los 14 y los 17 años mientras que el 23,3% lo hizo antes de los 13 años. El 24,7% de las personas que participaron del estudio iniciaron su consumo de sustancias psicoactivas luego de los 18 años (Tabla 7).

Por otra parte, el 56,2% de las personas participantes no tiene indicado tratamiento farmacológico mientras que el 43,8% sí lo tiene indicado. En este punto es importante mencionar que no hay evidencia científica de que ningún psicofármaco suprima el deseo de consumo o el impulso de búsqueda de la sustancia. La medicación psicofarmacológica se utiliza en las personas que padecen consumos problemáticos con diferentes fines tales como, estabilizar y tratar patologías de base de comorbilidad psiquiátrica, disminuir elevados niveles de impulsividad o ansiedad, para trastornos depresivos, entre otros (Tabla 7).

Por último, el 80,8% no tiene causas judiciales pendientes mientras que el 19,2% sí tiene pendientes cuestiones judiciales. En este punto se remarca la importancia de eliminar el concepto de “peligrosidad” y las connotaciones negativas y criminalizadoras

que generan la exclusión y discriminación de las personas que padecen un problema de la salud integral, tal como son los padecimientos mentales y las adicciones (Tabla 7).

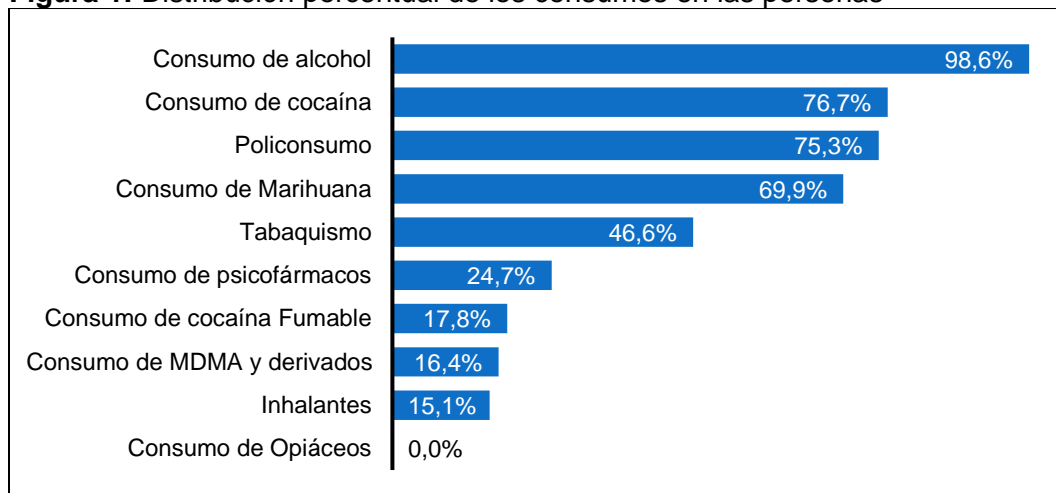
**Tabla 7:** Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con la condición de las personas

Variable	Categoría	Frecuencia	%	IC95% LI	IC95% LI
Red de contención afectiva	Escasa	29	39,7%	29,1%	51,2%
	Buena	39	53,4%	42,0%	64,5%
	Muy buena	5	6,8%	2,7%	14,4%
Modo de inicio del tratamiento	Espontáneo	45	61,6%	50,2%	72,2%
	Inducido familiar	12	16,4%	9,3%	26,2%
	Inducido médico	12	16,4%	9,3%	26,2%
	Inducido Judicial	4	5,5%	1,9%	12,5%
Tratamientos anteriores	Sin tratamientos anteriores	12	16,4%	9,3%	26,2%
	Un tratamiento anterior	25	34,2%	24,1%	45,6%
	Dos tratamientos anteriores	36	49,3%	38,1%	60,6%
Edad de inicio de consumo agrupada	Hasta 13 años	17	23,3%	14,8%	33,9%
	14-17 años	38	52,1%	40,7%	63,2%
	18 o más años	18	24,7%	15,9%	35,4%
Tratamiento Farmacológico	Si	32	43,8%	32,9%	55,3%
	No	41	56,2%	44,7%	67,1%
Situación judicial	No tiene causas pendientes	59	80,8%	70,7%	88,6%
	Tiene causas pendientes	14	19,2%	11,4%	29,3%

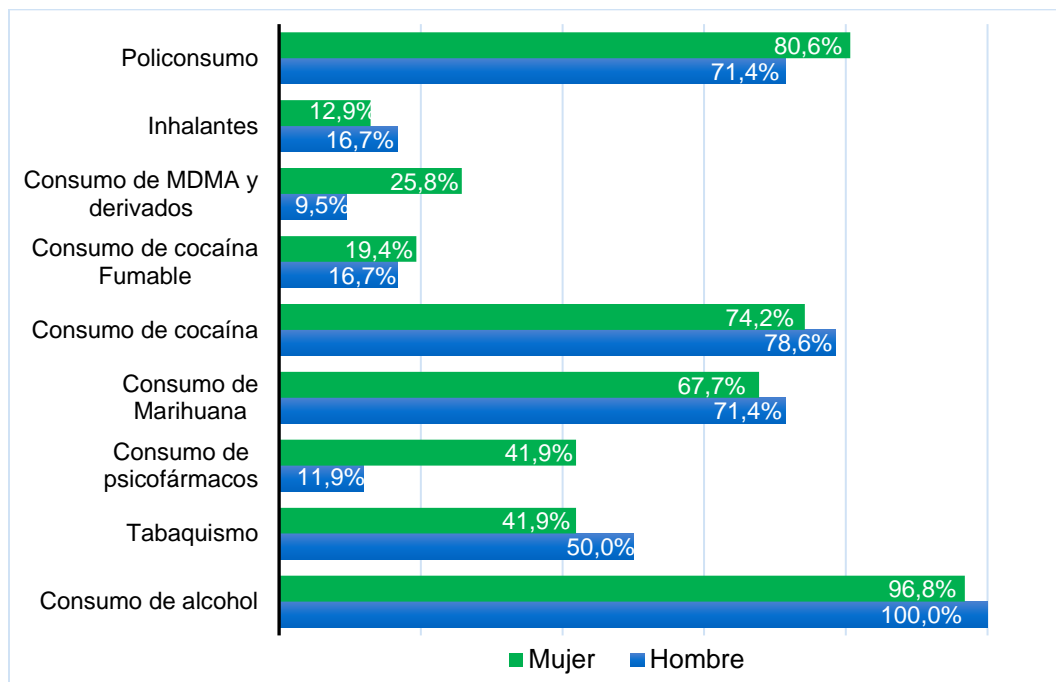
Para ninguna de las variables arriba mencionadas se encontraron diferencias significativas por género. En el único caso que se encontraron diferencias significativas relacionadas con el género es respecto del consumo de psicofármacos con una prevalencia mayor en las mujeres 41,9% mientras que en hombres es del 11,9% (Tabla 8 y figura 2). En este punto hay sobrada bibliografía especializada que da cuenta de la

mayor prevalencia a nivel global del consumo de psicofármacos autoadministrados realizado por mujeres.

**Figura 1:** Distribución porcentual de los consumos en las personas



**Figura 2:** Distribución porcentual de los consumos en las personas según género





El 98,6% de las personas que participaron del estudio consume alcohol, el 76,7% cocaína, el 69,9% consume marihuana, el 46,6% tabaco, el 24,7% psicofármacos, un 17,8% cocaína fumable, el 16,4% consume MDMA y derivados y el 15,1% inhalantes. Ninguna persona de la muestra consume opiáceos. Del total de la muestra, el 75,3% de las personas presenta policonsumo de sustancias (Figura 1).

**Tabla 8:** Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con el consumo de personas en tratamiento

Variables	Categorías	Género				p valor
		Hombre		Mujer		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Consumo de alcohol	Si	42	100,0%	30	96,8%	0,466
	No	0	0,0%	1	3,2%	
Tabaquismo	Si	21	50,0%	13	41,9%	0,495
	No	21	50,0%	18	58,1%	
Consumo de psicofármacos	Si	5	11,9%	13	41,9%	0,003*
	No	37	88,1%	18	58,1%	
Consumo de Marihuana	Si	30	71,4%	21	67,7%	0,734
	No	12	28,6%	10	32,3%	
Consumo de cocaína	Si	33	78,6%	23	74,2%	0,662
	No	9	21,4%	8	25,8%	
Consumo de cocaína Fumable	Si	7	16,7%	6	19,4%	0,767
	No	35	83,3%	25	80,6%	
Consumo de MDMA y derivados	Si	4	9,5%	8	25,8%	0,064
	No	38	90,5%	23	74,2%	
Inhalantes	Si	7	16,7%	4	12,9%	0,657
	No	35	83,3%	27	87,1%	
Policonsumo	Si	30	71,4%	25	80,6%	0,366
	No	12	28,6%	6	19,4%	

\*Se observan diferencias estadísticas significativas en Consumo de Psicofármacos.

En lo relativo al tipo de sustancias consumidas por las personas y su relación con la calidad de vida, se encontraron diferencias significativas sólo en el caso del consumo de inhalantes. En la primera toma del TECVASP, las personas con este tipo de consumo presentaron una peor calidad de vida en el puntaje total y también un puntaje

significativamente inferior en el dominio psicosocial. Por su modalidad de consumo, por su efecto directo e inmediato sobre el Sistema Nervioso Central, las cocaínas fumables y los inhalantes presentan mayor nivel de nocividad y toxicidad; y esto genera un impacto negativo mayor en la calidad de vida de estas personas. Asimismo, si se tiene en cuenta que las personas con consumo de cocaínas fumables tuvieron una mayor tasa de abandono antes de los 90/120 días, se observa que se trata de un consumo que impacta negativamente en la calidad de vida y que, por otra parte, dificulta la adherencia al tratamiento, debido al fuerte impulso de consumo que generan (Tabla 9).

**Tabla 9:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de inhalantes

Consumo de inhalantes	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Si	11	59,1	10,7	51,9	66,3	0,040*
	No	62	66,2	10,8	63,5	69,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	11	71,5	10,1	64,6	78,3	0,398
	No	62	74,2	9,9	71,7	76,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Si	11	18,5	4,3	15,6	21,3	0,156
	No	62	20,6	4,6	19,4	21,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Si	11	23,0	4,0	20,3	25,7	0,970
	No	62	23,0	3,9	22,1	24,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Si	11	40,6	7,6	35,6	45,7	0,038*
	No	62	45,6	7,2	43,8	47,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Si	11	48,5	6,4	44,1	52,8	0,206
	No	62	51,2	6,5	49,5	52,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

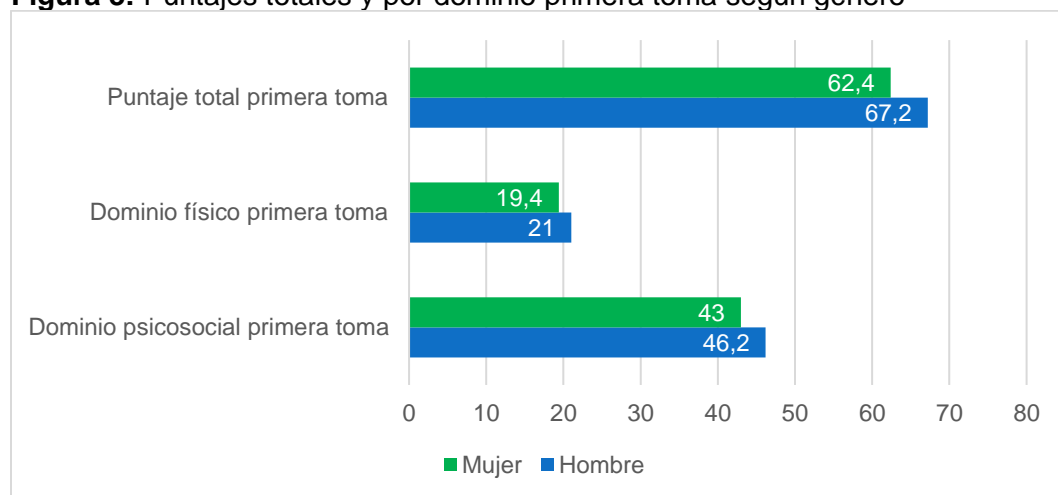
\*Se observan diferencias estadísticas significativas en Puntaje total en primera toma y Dominio psicosocial en la primera toma. En los dos casos es menor el puntaje en los que si consumen inhalantes.

#### 4.4 Resultados de la calidad de vida al inicio de tratamiento en las personas que completaron el estudio

El constructo calidad de vida se divide en un dominio físico y un dominio psicosocial, y ambos dominios se concretan en la percepción de las personas (Lozano 2005). El dominio físico comprende aquellos elementos que tienen un referente físico en la propia persona mientras que el dominio psicosocial comprende los elementos con entidad psicológica. Si bien el campo social comprende la interrelación entre varias personas, la percepción subjetiva sobre las relaciones sociales pertenece al dominio psicológico.

En lo relativo a la CVRS y el género, se encontraron diferencias en los puntajes totales de la primera toma realizada a los y las participantes. Los varones tuvieron un puntaje total promedio de 67,2/100 mientras que las mujeres tuvieron una puntuación total promedio menor de 62,4/100, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Sin embargo, estos datos indican una menor calidad de vida en mujeres que en varones, datos que se corroboran con diversos estudios de CVRS (Figura 3).

**Figura 3:** Puntajes totales y por dominio primera toma según género



#### 4.5 Resultados en el Dominio Físico en la primera toma

Al momento del inicio del tratamiento, los resultados obtenidos en la primera toma dan cuenta de que en el dominio físico, en la categoría síntomas físicos, el mayor porcentaje de las personas refirió no padecerlo “Nada” (27,4%), el 26% indicó “Poco” y el 20,5% “A veces”. El 17,8% de las personas manifestaron tener “Bastante” dolor físico y el 8,2%, “Mucho” (Tabla 10).

En lo que respecta a los problemas de sueño, el mayor porcentaje se distribuye en las personas que refirieron padecerlo “Mucho” (27,4%) y “Bastante” (26%). El 9,6% de las personas participantes “A veces” tuvo dificultades en el ciclo del sueño, 15,1% “Poco” y el 21,9% “Nada” (Tabla 10).

Acerca de la presencia de vómitos y náuseas, la mayoría de las personas (56,2%) refirió “Nada”, el 24,7% “Poco”, el 15,1% “A veces”, un 2,7% “Bastante” y apenas un 1,4% refirió padecer “Mucho” (Tabla 10).

La presencia de cansancio o desgano tuvo elevados porcentajes (50,7%) para la mayoría de las personas: el 26% refirió “Mucho” mientras que el 24,7% “Bastante”. Las personas que “A veces” refirieron cansancio o sensación de desgano fueron el 30,1%. “Poco” fue referenciado por el 13,7% y apenas para un 5,5% fue “Nada” (Tabla 10).

Por su parte, en lo que refiere a los síntomas de dependencia física, como el hecho de consumir drogas para sentirse bien físicamente, el porcentaje más elevado (31,5%) correspondió a las personas que indicaron la opción “Nada”. Con el mismo porcentaje (24,7%) las personas refirieron “Poco” y “A veces”. El 11% manifestó que fue “Bastante” y el 8,2% que fue “Mucho” (Tabla 10).

**Tabla 10:** Distribución de frecuencias y porcentajes de calidad de vida por pregunta para el Dominio Físico según primera y segunda toma

Dominio físico		Primera toma		Segunda toma		Diferencia	p valor (Wilcoxon)
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
1. Tuviste dolor físico	Mucho	6	8,2%	0	0,0%	-8,2%	< 0,001
	Bastante	13	17,8%	3	4,1%	-13,7%	
	A veces	15	20,5%	20	27,4%	6,8%	
	Poco	19	26,0%	21	28,8%	2,7%	
	Nada	20	27,4%	29	39,7%	12,3%	
2. Tuviste problemas de sueño	Mucho	20	27,4%	0	0,0%	-27,4%	< 0,001
	Bastante	19	26,0%	16	21,9%	-4,1%	
	A veces	7	9,6%	22	30,1%	20,5%	
	Poco	11	15,1%	16	21,9%	6,8%	
	Nada	16	21,9%	19	26,0%	4,1%	
3. Tuviste vómitos/náuseas	Mucho	1	1,4%	0	0,0%	-1,4%	< 0,001
	Bastante	2	2,7%	0	0,0%	-2,7%	
	A veces	11	15,1%	5	6,8%	-8,2%	
	Poco	18	24,7%	11	15,1%	-9,6%	
	Nada	41	56,2%	57	78,1%	21,9%	
4. Te sentiste cansado/desganado	Mucho	19	26,0%	6	8,2%	-17,8%	< 0,001
	Bastante	18	24,7%	17	23,3%	-1,4%	
	A veces	22	30,1%	27	37,0%	6,8%	
	Poco	10	13,7%	15	20,5%	6,8%	
	Nada	4	5,5%	8	11,0%	5,5%	
12. Consumiste drogas para sentirte bien físicamente	Mucho	6	8,2%	0	0,0%	-8,2%	0,009
	Bastante	8	11,0%	9	12,3%	1,4%	
	A veces	18	24,7%	17	23,3%	-1,4%	
	Poco	18	24,7%	22	30,1%	5,5%	
	Nada	23	31,5%	25	34,2%	2,7%	
14. No estuviste físicamente bien como para hacer actividades cotidianas	Mucho	3	4,1%	0	0,0%	-4,1%	0,017
	Bastante	15	20,5%	6	8,2%	-12,3%	
	A veces	17	23,3%	25	34,2%	11,0%	
	Poco	9	12,3%	14	19,2%	6,8%	
	Nada	29	39,7%	28	38,4%	-1,4%	

En lo referente al estado funcional, relacionado con no sentirse bien físicamente como para realizar tareas cotidianas, el 43,8% señaló que fue entre “Bastante” (20,5%)

y “A veces” (23,3%). En cambio, el 39,7% de las personas respondió que “Nada”, el 12,3% “Poco” y sólo un 4,1% “Mucho” (Tabla 10).

Por último, las diferencias encontradas en los puntajes referidos al dominio físico en la primera toma realizada dieron cuenta de que los varones tuvieron un puntaje promedio de 21/30 mientras que las mujeres tuvieron una puntuación promedio menor, de 19,4/30 (Figura 3).

#### **4.6 Resultados en el Dominio Psicosocial en la primera toma**

Para este dominio, los resultados obtenidos en la primera toma al momento del inicio del tratamiento dan cuenta de que los síntomas psicológicos, en la subcategoría ansiedad, indicaron que la mayoría de las personas la sufre ya que el 32,9% la padece “Mucho”, el 31,5% “Bastante” y el 20,5% “A veces”. Señalaron “Poco” el 9,6% y “Nada” el 5,5% (Tabla 12).

El síntoma psicológico de la depresión también presentó mayoría de porcentajes elevados en las respuestas “Mucho”, referida por el 34,2% de las personas, y “Bastante” referida por el 17,8%. “A veces” la percibieron el 16,4% mientras que “Poco” el 19,2% y para apenas un 12,3% fue “Nada” (Tabla 12).

La presencia de agresividad tuvo una distribución dispersa, siendo “A veces” el mayor porcentaje con 30,1%. Luego “Nada” con 26%. Refirió “Bastante” el 19,2% y “Poco” el 17,8%. Apenas un 6,6% manifestó sentir “Mucho” la agresividad (Tabla 12).

En lo que respecta a la categoría función cognitiva, los problemas de memoria, la mayoría de las personas manifestó no tenerlos (“Nada 35,6%), un 11% refirió padecerlos

“Poco”. El 24,7% “A veces” tuvo problemas para recordar cosas, el 16,4% “Bastante” y el 12,3% “Mucho” (Tabla 12).

La mayoría de las personas no percibieron tener problemas de orientación (“Nada” 72,6% - “Poco” 11%), el 13,7% manifestó que “A veces”, y el 2,7% “Bastante”. Ningún participante eligió la opción “Mucho” (Tabla 12).

Respecto de los problemas de concentración, los porcentajes se distribuyeron de forma similar el 21,9% manifestó “Nada”, el 31,5% “Poco”, y el 16,4% “A veces”. El 19,2% de las personas refirió “Bastante” y el 1% “Mucho” (Tabla 12).

La mayoría de las personas refirió no padecer alucinaciones (“Nada” 61,6%) y el 9,6% “Poco”. El 12,3% señaló que “A veces” y el 13,7% “Bastante”. Apenas el 2,7% indicó “Mucho” (Tabla 12).

En lo relativo a la dependencia psicológica, referenciada en el hecho de consumir drogas para sentirse bien psicológicamente, la mayoría de las personas refirió que “Bastante” (27,4%) y “A veces” (23,3%). El 28,8% “Nada” y el 16,4% “Poco”. Sólo el 4,1% manifestó “Mucho”. Estos valores resultan llamativos, en particular “Nada” y “Poco” que suman un 45,2%. Aunque no fue preguntado porque excede el alcance del instrumento, se puede conjeturar que un motivo puede deberse a que las personas que respondieron “Nada” se encuentran en abstinencia del consumo de sustancias o han disminuido su consumo y lo han resignificado. Como contrapunto, se vuelve a mencionar que los valores referenciados para los síntomas psicológicos de ansiedad fueron elevados (Mucho y Bastante 64,4%) y también para depresión (Mucho y Bastante 52%), lo que podría explicar cierta ambivalencia de las personas para asumir que su consumo tiene un anclaje que los hace sentirse bien a nivel psicológico.

Respecto de la categoría función social, en lo que refiere al apoyo psicoemocional, las personas indicaron el mismo porcentaje de 37% para “Mucho” y “Bastante”. Es decir que un 74% manifestó que hubo terceras personas que se preocuparon por saber cómo estaban. El 12,3% indicó que “A veces”, el 9,6% “Poco” y apenas un 4,1% señaló “Nada” (Tabla 12).

Dentro del rol familiar, la mayoría reconoció haber tenido problemas familiares relacionados con sus episodios de consumo (“Mucho” 26% - “Bastante” 30,1%). El 16,4% refirió “A veces”, el 12,3% “Poco” mientras que el 15,1% “Nada” (Tabla 12).

Del mismo modo, la afectación en el rol social fue elevada, ya que más de la mitad de las personas manifestó que el consumo de droga afectó sus actividades sociales (“Mucho” 35,6% - “Bastante” 30,1%). Luego, en orden decreciente indicaron “A veces” el 13,7%, “Poco” el 12,3% y “Nada” el 8,2% (Tabla 12).

La categoría de expectativa, referida a la percepción de que hay personas que pueden detener su consumo, mostró que el 31,5% respondió “A veces”, el 30,1% “Bastante”, mientras que el 17,8% señaló “Poco”. El 16,4% respondió “Mucho” y un 4,1% “Nada” (Tabla 12).

En lo relativo a la percepción del deterioro de la salud psicológica por el efecto del consumo, el porcentaje más alto correspondió a “Bastante” (35,6%), luego y en orden decreciente, “Poco” con el 28,8%, “A veces” con el 15,1%, “Nada” con el 13,7% y “Mucho” con el 6,8% (Tabla 12).

La mayoría de las personas manifestó percibir el deterioro de su salud física como consecuencia del consumo (“Mucho” 15,1% - “Bastante” 43,8%). El 11% refirió “A veces”, el 21,9% “Poco” mientras que el 8,2% “Nada” (Tabla 12).

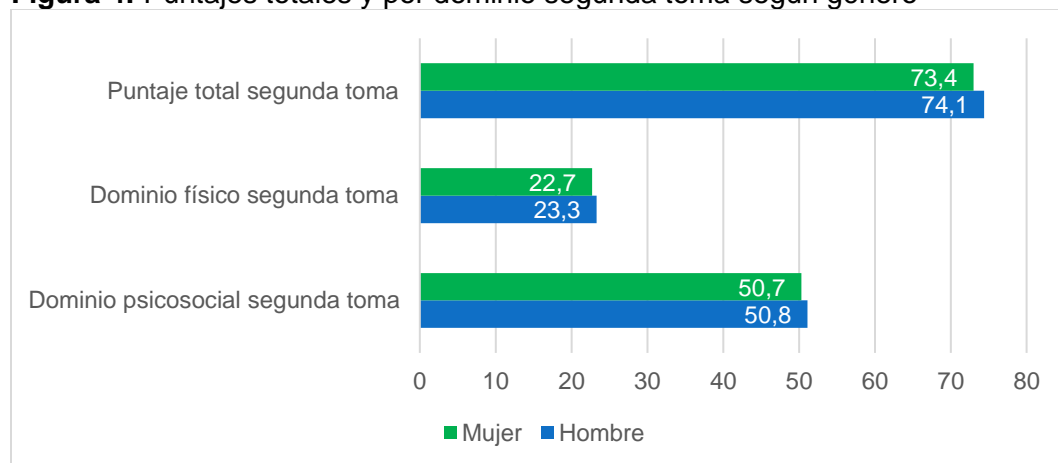


Por último, las diferencias encontradas en los puntajes referidos al dominio psicosocial en la primera toma realizada dieron cuenta de que los varones tuvieron un puntaje promedio de 46,2/70 mientras que las mujeres tuvieron una puntuación promedio menor, de 43/70 (Figura 3).

#### 4.7 Modificaciones en la calidad de vida de las personas que completaron el estudio y continuaron en tratamiento

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que se ubica dentro del modelo biopsicosocial. Medir y evaluar la CVRS de las personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas permite conocer cómo el consumo de sustancias afecta su vida cotidiana y también, como es el caso del presente estudio, conocer sus modificaciones a partir del recorrido de tratamiento.

**Figura 4:** Puntajes totales y por dominio segunda toma según género



En la segunda toma también se encontraron diferencias en lo relativo a la CVRS y el género, pero las diferencias acortaron distancias considerables. De este modo, los puntajes totales de la segunda toma realizada fueron de 74,1/100 para varones y para las mujeres de 73,4/100. Si bien estos datos aún indican una menor calidad de vida en

mujeres que en varones, la diferencia a los 90/120 días de iniciado el tratamiento es ínfima (Figura 4).

#### 4.8 Resultados calidad de vida primera y segunda toma: totales y por dominios

Los resultados de la primera y segunda toma del test indican una modificación significativamente favorable en ambos dominios de la CVRS de las personas que iniciaron tratamiento y lo sostuvieron al menos entre 90/120 días. La media del puntaje total de la toma del TECVASP realizada al momento en que las personas iniciaron tratamiento fue de 65,2/100 puntos mientras que el puntaje promedio en la segunda toma fue de 73,8/100 lo que indica un incremento del 13,3%. Según Test de Student para muestras relacionadas, se observan diferencias estadísticas significativas ( $p < 0,001$ ). El desglose por dominios muestra porcentajes similares en la mejoría de la calidad de vida de las personas: en el dominio físico fue del 13,6% y en el dominio psicosocial fue de 13,1%, y también se observan diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) según Test de Student (Tabla 11).

**Tabla 11:** Estadísticos de calidad de vida primera y segunda toma según dominio y puntaje total e incremento porcentual

	Media	N	Desviación estándar	Diferencia de media e IC95%	% incremento	p valor
Dominio Físico final	23,0	73,0	3,9	2,8 (2,1 - 3,5)	13,6%	<0,001
Dominio Físico inicial	20,3	73,0	4,6			
Dominio Psicosocial final	50,8	73,0	6,5	5,9 (4,5 - 7,3)	13,1%	<0,001
Dominio Psicosocial inicial	44,9	73,0	7,4			
Puntaje total final	73,8	73,0	9,9	8,6 (6,8 - 10,5)	13,3%	<0,001
Puntaje total inicial	65,2	73,0	11,0			

## 4.9 Resultados calidad de vida primera y segunda toma por dominios y por ítem

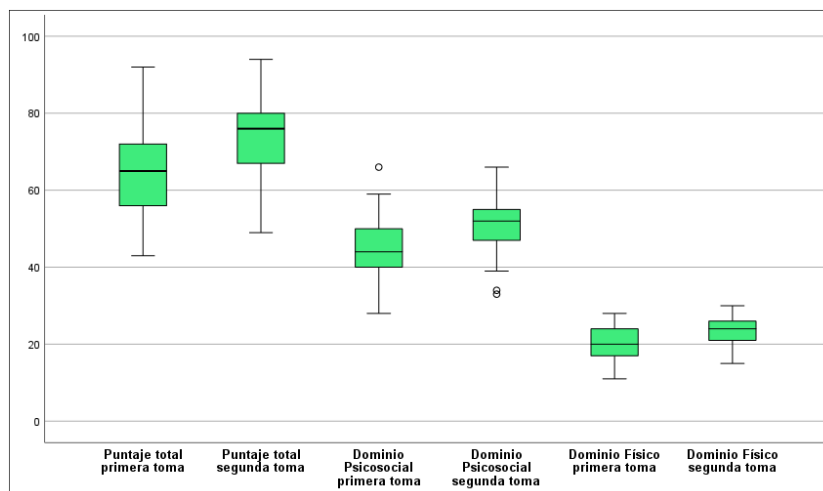
### 4.9.1 Dominio físico de la calidad de vida

Todos los valores de las categorías del dominio físico muestran mejoras significativas en la calidad de vida de las personas a los 90/120 días de iniciado y sostenido el tratamiento.

Dentro de la categoría de síntoma físicos, el dolor físico tuvo una disminución en los valores “Mucho” y “Bastante” en un 21,9%. Las dificultades en el ciclo del sueño disminuyeron “Mucho” y “Bastante” en un 31,5%. La sensación de cansancio/desgano disminuyó “Mucho” y “Bastante” el 19,2%, mientras que los vómitos y náuseas presentaron una disminución en “Mucho” y “Bastante” de 4,1%.

En lo relativo al estado funcional, la percepción de no estar bien físicamente como para realizar tareas cotidianas disminuyó los valores “Mucho” y “Bastante” el 16,4%. Por último, y en menor medida, el hecho de consumir drogas para sentirse bien físicamente tuvo una disminución del 8,2% para el valor “Mucho” (Tabla 10).

**Figura 5:** Estadísticos de calidad de vida primera y segunda toma según dominio y puntaje total



En cuanto a las diferencias encontradas en la segunda toma en los puntajes referidos al dominio físico, los varones tuvieron un puntaje promedio de 23,3/30 mientras que las mujeres tuvieron una puntuación promedio menor, pero muy cercana, de 22,7/30 (Figura 4).

#### **4.9.2 Dominio psicosocial de la calidad de vida**

Casi todas las categorías del dominio psicosocial presentan diferencias significativas que dan cuenta de la mejora de la calidad de vida de las personas que iniciaron y sostuvieron tratamiento al menos 90/120 días. A excepción de la categoría de expectativa referenciada en la percepción que tienen las personas respecto de la posibilidad de que otras personas con adicciones puedan detener su consumo y de la subcategoría apoyo psicoemocional, perteneciente a la categoría función social.

Dentro de la categoría síntomas psicológicos, la percepción de ansiedad disminuyó los valores “Mucho” y “Bastante” un 35,6%, la depresión un 27,4% y la agresividad 23,3%. Por su parte la dependencia psicológica presentó una disminución “Mucho” y “Bastante” del 19,2% (Tabla 12).

En lo relativo al funcionamiento cognitivo, también se evidenciaron mejoras significativas en todas las subcategorías. La capacidad de memoria, en términos de problemas para recordar cosas, tuvo una disminución de los valores “Mucho” y “Bastante” del 28,7%, las dificultades en la concentración 21,9%, las alucinaciones disminuyeron un 15%, y las dificultades en la orientación disminuyó “Bastante” un 2,7% (Tabla 12).

**Tabla 12:** Distribución de frecuencias y porcentajes de calidad de vida por pregunta para el Dominio Psicosocial según primera y segunda toma

Dominio psicosocial		Primera toma		Segunda toma		Diferencia	p valor (Wilcoxon)
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
5. Te sentiste ansioso	Mucho	24	32,9%	8	11,0%	-21,9%	< 0,001
	Bastante	23	31,5%	13	17,8%	-13,7%	
	A veces	15	20,5%	33	45,2%	24,7%	
	Poco	7	9,6%	13	17,8%	8,2%	
	Nada	4	5,5%	6	8,2%	2,7%	
6. Te sentiste deprimido	Mucho	25	34,2%	5	6,8%	-27,4%	< 0,001
	Bastante	13	17,8%	13	17,8%	0,0%	
	A veces	12	16,4%	32	43,8%	27,4%	
	Poco	14	19,2%	14	19,2%	0,0%	
	Nada	9	12,3%	9	12,3%	0,0%	
7. Te sentiste agresivo	Mucho	5	6,8%	1	1,4%	-5,5%	< 0,001
	Bastante	14	19,2%	1	1,4%	-17,8%	
	A veces	22	30,1%	16	21,9%	-8,2%	
	Poco	13	17,8%	31	42,5%	24,7%	
	Nada	19	26,0%	24	32,9%	6,8%	
8. Tuviste problemas para recordar cosas	Mucho	9	12,3%	0	0,0%	-12,3%	< 0,001
	Bastante	12	16,4%	0	0,0%	-16,4%	
	A veces	18	24,7%	23	31,5%	6,8%	
	Poco	8	11,0%	23	31,5%	20,5%	
	Nada	26	35,6%	27	37,0%	1,4%	
9. Tuviste alucinaciones	Mucho	2	2,7%	0	0,0%	-2,7%	< 0,001
	Bastante	10	13,7%	1	1,4%	-12,3%	
	A veces	9	12,3%	6	8,2%	-4,1%	
	Poco	7	9,6%	11	15,1%	5,5%	
	Nada	45	61,6%	55	75,3%	13,7%	
10. Tuviste problemas para concentrarte	Mucho	8	11,0%	1	1,4%	-9,6%	< 0,001
	Bastante	14	19,2%	5	6,8%	-12,3%	
	A veces	12	16,4%	19	26,0%	9,6%	
	Poco	23	31,5%	28	38,4%	6,8%	
	Nada	16	21,9%	20	27,4%	5,5%	
11. Tuviste problemas para orientarte	Mucho	0	0,0%	0	0,0%	0,0%	0,003
	Bastante	2	2,7%	0	0,0%	-2,7%	
	A veces	10	13,7%	6	8,2%	-5,5%	
	Poco	8	11,0%	10	13,7%	2,7%	
	Nada	53	72,6%	57	78,1%	5,5%	

Dominio psicosocial (Continúa)		Primera toma		Segunda toma		Diferencia	p valor (Wilcoxon)
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
13. Consumiste drogas para sentirte bien psicológicamente	Mucho	3	4,1%	0	0,0%	-4,1%	0,001
	Bastante	20	27,4%	9	12,3%	-15,1%	
	A veces	17	23,3%	18	24,7%	1,4%	
	Poco	12	16,4%	26	35,6%	19,2%	
	Nada	21	28,8%	20	27,4%	-1,4%	
15. Hubo personas que se preocuparon por vos, por saber cómo estabas	Nada	3	4,1%	0	0,0%	-4,1%	0,420
	Poco	7	9,6%	6	8,2%	-1,4%	
	A veces	9	12,3%	13	17,8%	5,5%	
	Bastante	27	37,0%	28	38,4%	1,4%	
	Mucho	27	37,0%	26	35,6%	-1,4%	
16. Crees que tu salud psicológica está deteriorada	Mucho	5	6,8%	1	1,4%	-5,5%	0,003
	Bastante	26	35,6%	13	17,8%	-17,8%	
	A veces	11	15,1%	26	35,6%	20,5%	
	Poco	21	28,8%	24	32,9%	4,1%	
	Nada	10	13,7%	9	12,3%	-1,4%	
17. Tuviste problemas familiares	Mucho	19	26,0%	6	8,2%	-17,8%	< 0,001
	Bastante	22	30,1%	14	19,2%	-11,0%	
	A veces	12	16,4%	29	39,7%	23,3%	
	Poco	9	12,3%	17	23,3%	11,0%	
	Nada	11	15,1%	7	9,6%	-5,5%	
18. Crees que el consumo de drogas empeoró tus actividades sociales	Mucho	26	35,6%	7	9,6%	-26,0%	< 0,001
	Bastante	22	30,1%	25	34,2%	4,1%	
	A veces	10	13,7%	20	27,4%	13,7%	
	Poco	9	12,3%	16	21,9%	9,6%	
	Nada	6	8,2%	5	6,8%	-1,4%	
19. Crees que hay personas que pueden detener su consumo de drogas	Nada	3	4,1%	0	0,0%	-4,1%	0,680
	Poco	13	17,8%	5	6,8%	-11,0%	
	A veces	23	31,5%	46	63,0%	31,5%	
	Bastante	22	30,1%	15	20,5%	-9,6%	
	Mucho	12	16,4%	7	9,6%	-6,8%	
20. Crees que tu salud física está deteriorada	Mucho	11	15,1%	2	2,7%	-12,3%	0,001
	Bastante	32	43,8%	30	41,1%	-2,7%	
	A veces	8	11,0%	14	19,2%	8,2%	
	Poco	16	21,9%	18	24,7%	2,7%	
	Nada	6	8,2%	9	12,3%	4,1%	

Respecto de la categoría función social, los resultados indican mejoras significativas relacionadas con el rol familiar, con una disminución de los problemas familiares asociados al consumo del 28,8% entre “Mucho” y “Bastante” y en el rol social disminuyó en 26% el valor “mucho” referido a la percepción del empeoramiento de las actividades sociales producidas por situaciones de consumo.

En lo que refiere a las categorías de percepción de salud, tanto física como psicológica, los resultados también evidencian diferencias significativas que dan cuenta de una mejora en la calidad de vida de dichos aspectos. El deterioro de la salud psicológica percibida disminuyó un 23,3% para los valores “Mucho” y “Bastante” mientras que el deterioro percibido de la salud física disminuyó 15% para los mismos valores. (Tabla 12).

Como se mencionó líneas arriba, la categoría de expectativa referenciada en la percepción que tienen las personas respecto de la posibilidad de que otras personas con adicciones puedan detener su consumo no tuvo modificaciones estadísticamente significativas. En el caso de esta categoría, la percepción que pueden tener las personas sobre sus propias potencialidades y vulnerabilidades respecto de modificar comportamientos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas pueden no ser coincidentes con lo que pueden necesitar otras personas para construir y sostener una decisión de modificar un patrón de consumo para mejorar su calidad de vida. En este sentido, la mejora que pueda tener una persona en su calidad de vida a partir de iniciar y sostener un tratamiento, no necesariamente implica pensar que a otras personas les puede funcionar del mismo modo.

**Tabla 13:** Puntajes primera y segunda toma para puntajes totales y por dominios según red de contención afectiva

		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		Mínimo	Máximo	P valor
					Límite inferior	Límite superior			
Puntaje total primera toma	Escasa	29	67,4	12,7	62,6	72,3	48	92	0,321
	Buena	39	63,4	9,7	60,2	66,5	43	81	
	Muy buena	5	65,8	10,1	53,2	78,4	52	80	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	<b>43</b>	<b>92</b>	
Puntaje total segunda toma	Escasa	29	75,5	11,4	71,2	79,9	49	94	0,254
	Buena	39	72,1	8,6	69,3	74,8	51	86	
	Muy buena	5	77,4	8,0	67,4	87,4	68	89	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	<b>49</b>	<b>94</b>	
Dominio Físico primera toma	Escasa	29	20,4	5,1	18,5	22,4	11	28	0,967
	Buena	39	20,2	4,4	18,7	21,6	12	27	
	Muy buena	5	20,2	4,0	15,3	25,1	15	26	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	
Dominio Físico segunda toma	Escasa	29	23,0	4,6	21,2	24,8	15	30	0,724
	Buena	39	22,9	3,4	21,8	24,0	16	28	
	Muy buena	5	24,4	3,2	20,4	28,4	21	28	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	
Dominio Psicosocial primera toma	Escasa	29	47,0	8,5	43,7	50,3	32	66	0,109
	Buena	39	43,2	6,2	41,2	45,2	28	55	
	Muy buena	5	45,6	6,6	37,4	53,8	37	54	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	<b>28</b>	<b>66</b>	
Dominio Psicosocial segunda toma	Escasa	29	52,5	7,3	49,7	55,3	34	66	0,077
	Buena	39	49,2	5,7	47,3	51,0	33	59	
	Muy buena	5	53,0	5,1	46,6	59,4	47	61	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	

Dentro de la categoría función social, la subcategoría apoyo psicoemocional, tampoco presentó diferencias significativas. En este punto se puede mencionar que una de las consecuencias que enfrentan las personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas es el debilitamiento y/o ruptura del lazo social, en especial con



la familia y con los núcleos de pertenencia socioafectiva. De este modo, es habitual que una persona que padece consumos problemáticos, al momento de iniciar un tratamiento no cuente con una red de contención socioafectiva. Podrá ser parte del recorrido de tratamiento de esa persona, y según sus posibilidades, reparar, restituir o construir nuevas redes de contención socioafectivas. Del mismo modo, algunas personas que inician tratamiento, cuentan con una buena red de apoyo que lo acompaña más allá de las circunstancias propias que supone el consumo.

**Tabla 14:** Diferencias de puntaje primera y segunda toma para puntajes totales y por dominios según red de contención afectiva

		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		Mínimo	Máximo	p valor
					Límite inferior	Límite superior			
Diferencia de puntaje total	Escasa	29	8,1	7,7	5,1	11,0	-3	24	0,672
	Buena	39	8,7	8,7	5,9	11,5	-9	26	
	Muy buena	5	11,6	5,5	4,7	18,5	5	20	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	<b>-9</b>	<b>26</b>	
Diferencia dominio físico	Escasa	29	2,6	2,3	1,7	3,4	-1	9	0,516
	Buena	39	2,7	3,4	1,7	3,8	-3	10	
	Muy buena	5	4,2	2,6	1,0	7,4	1	7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	<b>-3</b>	<b>10</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Escasa	29	5,5	6,1	3,2	7,8	-4	17	0,804
	Buena	39	5,9	6,1	4,0	7,9	-6	20	
	Muy buena	5	7,4	4,1	2,3	12,5	4	14	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	<b>-6</b>	<b>20</b>	

Tal como puede observarse (Tablas 13 y 14) que las personas posean una red de contención socioafectiva escasa, buena o muy buena no tiene una incidencia significativa en la mejora de la calidad de vida de las personas.

Por último, en cuanto a las diferencias encontradas en la segunda toma en los puntajes referidos al dominio psicosocial, los varones tuvieron un puntaje promedio de

50,8/70 mientras que las mujeres tuvieron una puntuación promedio menor, pero muy cercana, de 50,7/70 (Figura 4).

## CAPÍTULO CINCO

### 5. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente tesis doctoral fue describir las modificaciones de la calidad de vida en sus dominios físico y psicosocial, en personas que padecen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y que realizan su tratamiento ambulatorio en una institución con un enfoque de reducción de riesgos y daños.

La hipótesis desarrollada queda confirmada dado que a los 90/120 días de iniciado el tratamiento, las mediciones de calidad de vida en los dominios físico y psicosocial mostraron diferencias estadísticamente significativas que dan cuenta de su mejora. La media del puntaje total de la toma del TECVASP realizada al momento en que las personas iniciaron tratamiento fue de 65,2/100 puntos mientras que el puntaje promedio en la segunda toma fue de 73,8/100 lo que indica un incremento del 13,3% ( $p < 0,001$ ) según Test de Student. A su vez, el desglose por dominios muestra porcentajes similares en la mejoría de la CVRS: en el dominio físico fue del 13,6% y en el dominio psicosocial fue de 13,1% ( $p < 0,001$ ).

Aunque dentro de la literatura especializada existen variedad de estudios que miden la CVRS en personas usuarias de drogas, como ya se mencionó en detalle en la introducción del presente estudio, sólo se ha encontrado una investigación que evaluó las modificaciones en la CVRS como resultado de intervenciones de tratamiento con enfoque de reducción de riesgos y daños utilizando la herramienta TECVASP. Fuentes Soliz, J., Vargas Fuentes, O., Fuentes Rocha, Y., y Morales Almanza, A. (2017) realizaron un estudio en un Módulo de Asistencia Psicosocial en Bilbao, España. Se trató de un estudio no experimental, cuantitativo, longitudinal, prospectivo, en personas

dependientes de opiáceos que formaban parte del Programa de Mantenimiento con Metadona. Uno de los objetivos de dicho estudio fue evaluar las modificaciones de la CVRS de los pacientes en el cambio de tratamiento de Metadona a Buprenorfina/Naloxona. Las modificaciones en la CVRS de las personas en tratamiento ambulatorio con enfoque de reducción de riesgos y daños a los 90 días de iniciado el tratamiento arroja coincidentemente mejoras significativas en los puntajes totales. Otro dato a mencionar, es que en el presente estudio todas la categorías y subcategorías de los dominios físico y psicosocial evidenciaron mejoras significativas, salvo la subcategoría de apoyo psicosocial y la categoría de expectativa, que se mencionarán luego. Por su parte, en Fuentes Soliz et al. (2017) las categorías referidas a la ansiedad, agresividad, alucinaciones, y capacidad de orientación obtuvieron mejoras en su puntuación en la segunda toma a los 90 días, pero no resultaron estadísticamente significativas. Esta diferencia puede deberse a las características específicas que presentan las personas usuarias de opiáceos.

Por otra parte, se encontraron dos estudios que evaluaron la CVRS utilizando la herramienta TECVASP, en una población que presenta consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Uno de ellos indaga la relación existente entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Tiempo de Permanencia de Niños, Niñas y Adolescentes en la Comunidad Terapéutica de Lima. (Castañeda, 2017). La autora utilizó el TECVASP como instrumento para medir la CVRS a 50 participantes, entre niños, niñas y adolescentes, de 7 a 18 años, de ambos sexos, de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima, Perú. El hecho de que la población objetivo de dicho estudio sean niños, niñas y adolescentes de 7 a 18 años y que además se haya realizado

una única toma del instrumento no permite establecer comparaciones entre los datos de evidencia recogidos. El otro estudio encontrado buscó determinar la influencia del consumo de sustancias psicoactivas en la CVRS de adolescentes y adultos jóvenes de la Comuna Prosperidad, Santa Elena, en Ecuador (Tomalá, 2022). Sin embargo, el estudio de referencia no tiene una presentación clara de los resultados que permita establecer comparaciones entre los datos obtenidos.

Es relevante mencionar un dato llamativo relacionado con la baja tasa de abandono, que fue del 19,8%, cuando la literatura especializada da cuenta de un rango promedio que se ubica entre el 23% y el 50% (Santonja, Sánchez, Secades, Zacarés, García y García, 2010; McHugh, Murray, Hearon, Pratt, Pollack y Safren, 2013; Sedronar 2018; SENDA 2021). Esta situación puede deberse a la facilidad de acceso que brinda una institución con un enfoque de reducción de riesgos y daños, donde las expectativas y objetivos de tratamiento los construye la persona desde el momento en que decide iniciarlo. En el mismo sentido, la perspectiva de derechos y la inclusividad, en tanto criterio de admisión de bajo umbral, acorta la brecha de acceso al tratamiento y funciona como un facilitador de la adherencia. Documentos actuales (RIOD 2021) dan cuenta de la importancia de que los servicios y los profesionales se adapten a las necesidades, opiniones y decisiones de las personas con consumos problemáticos y no al revés, ya que, de no ser así, la adherencia al tratamiento será muy inferior y problemática. A su vez, hay que mencionar que la tasa de abandono fue proporcionalmente menor en mujeres (33,3%) que en hombres (66,6%), y aquí resulta fundamental acotar que la institución trabaja desde una perspectiva de género y cuenta con un espacio terapéutico grupal específico para mujeres, lo que implica un mayor grado de accesibilidad y la

posibilidad de un mejor sostenimiento del tratamiento (Oroz, N., Cervero, Y. y Martínez, I. 2020) y (Jones, H. y Dudley, N. 2020).

Otro aspecto de relevancia en lo relativo al género se relaciona con que las mujeres (62,4/100) presentaron en la primera toma una peor CVRS que los hombres (67,2/100). Este hallazgo es coincidente con una amplia serie de estudios que documentan esta diferencia. A modo de ejemplo, se pueden mencionar las referencias de Pérez Romero et al. (2015), Fernández Rodríguez et al. (2016) y Poliansky et al. (2018) donde se corrobora esta información.

Si bien no es un tema específico de este trabajo, las problemáticas de género asociadas a los consumos problemáticos van cobrando cada vez mayor visibilidad. Como temas determinantes se pueden mencionar la violencia de género y las barreras de accesibilidad que tienen las mujeres para iniciar tratamiento debido a la falta de dispositivos inclusivos, con perspectiva de género y que incluyan, cuando se requiere, las necesidades y/o el cuidado de los/as hijos/as.

Abona a la hipótesis de la importancia de contar con un dispositivo inclusivo y con perspectiva de género la gran diferencia en los resultados de la segunda toma, en la que se muestra que, con un tratamiento que atiende sus particularidades, la CVRS de las mujeres (73,4/100) puede equipararse a la de los hombres (74,1/100) a los 90/120 días de iniciado el tratamiento.

En cuanto al consumo de psicofármacos, se encontraron diferencias estadísticas significativas respecto de su consumo por parte de mujeres (41,9%, p 0,003) en relación al consumo en hombres (11,9%). Estos datos también son coincidentes con la amplia

bibliografía al respecto. Por citar algunos ejemplos, se puede mencionar (Sedronar 2017), (Gil-García et al. 2020) y (Bru 2022).

Por otra parte, las características sociodemográficas de las personas que completaron el estudio no revelaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en lo relativo a lugar de residencia, edad y nivel de estudio.

En cuanto al tipo de sustancia consumida y respecto de la tasa de abandono, se encontró también una diferencia significativa relacionada con las personas consumidoras de cocaínas fumables (Pasta Base, Crack, etc.) dado que el 44,4% abandonaron el tratamiento antes de los 90/120 días. Este dato indica que, por su nocividad y efectos de consumo, las personas que consumen cocaínas fumables presentan una baja adherencia al tratamiento, cuestión que coincide con los estudios realizados por OEA-CICAD (2016, 2018) en usuarios de dichas sustancias.

Otra de las variables estudiadas fueron las redes de contención socioafectiva que implican intercambios en los que se construyen lazos sociales que refuerzan los factores de protección. Sin embargo, los resultados indicaron que no se encontraron diferencias significativas, en relación a la calidad de vida independientemente de si la red de contención socioafectiva con la que contaba la persona en tratamiento era percibida como escasa (39,7%), buena (53,4%) o muy buena (6,8%).

En esta misma línea, una de las dos subcategorías del dominio psicosocial que no presentó mejoras en la CVRS fue la de apoyo psicosocial, perteneciente a la categoría función social. Esto puede explicarse porque 90/120 días de tratamiento es un período breve de tiempo para que una persona que padece consumos problemáticos pueda

umentar el caudal y la densidad de su red de contención afectiva, siendo este un objetivo de mediano y largo plazo del proceso de tratamiento.

La otra categoría del dominio psicosocial que no evidenció mejoras fue la relativa a las expectativas de las personas en tratamiento de que otras personas con adicciones puedan detener su consumo. En este sentido, la decisión de detener o modificar un patrón de consumo problemático implica una construcción subjetiva y singular no universalizable, por lo que resulta esperable que la categoría no haya tenido modificaciones entre la primera y segunda toma. Las buenas prácticas de tratamiento incluyen una planificación integral y personalizada acorde a las necesidades, deseos y opiniones de la persona que solicita ayuda, teniendo como principio fundamental la autonomía de la persona y su derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento (UNODC 2019, RIOD 2021).

El porcentaje elevado de personas (61,6%) que iniciaron el tratamiento de manera espontánea y voluntaria es consistente con la baja percepción de calidad de vida que presentaron al momento de iniciar el tratamiento, que tuvo un puntaje promedio de 65,2/100. Estos datos refuerzan el señalamiento, mencionado anteriormente, de que las personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas deciden iniciar tratamiento por las complicaciones en su salud integral, tanto física, como psicológica y social, que les trae aparejado el consumo y no tanto por el consumo en sí mismo.

Para finalizar con la discusión se mencionan algunas limitaciones del estudio. En principio, si bien la muestra fue heterogénea en su composición sociocultural y económica, ya que se reciben en tratamiento tanto a personas en situación de vulnerabilidad psicosocial como a personas de un elevado poder adquisitivo, el 83,6%



de las personas que completaron el estudio residen en CABA y el 16,4% en el GBA. Sería necesario evaluar las mejoras en la CVRS de población similar que resida en áreas menos populosas o rurales del país, como así también factores culturales locales que puedan modificar la percepción que tengan las personas sobre la calidad de vida relacionada a la salud.

## CAPÍTULO SEIS

### 6. CONCLUSIONES

El enfoque de reducción de riesgos y daños, en tanto modalidad de tratamiento ambulatorio incluido en la normativa argentina vigente, a partir de la reglamentación de la LNSM (2013), mostró una eficacia significativa para mejorar la CVRS de las personas que padecen consumos problemáticos a los 90/120 días de iniciado el tratamiento. Las mediciones en los dominios físico y psicosocial mostraron que la media del puntaje total de la toma del TECVASP realizada al inicio de tratamiento fue de 65,2/100 puntos mientras que el puntaje promedio en la segunda toma fue de 73,8/100 lo que indica un incremento del 13,3% ( $p < 0,001$ ) según Test de Student. A su vez, el desglose por dominios muestra porcentajes similares en la mejoría de la CVRS: en el dominio físico fue del 13,6% y en el dominio psicosocial fue de 13,1% ( $p < 0,001$ ).

Dentro del dominio físico, las categorías que evidenciaron mayores mejoras en la CVRS fueron: las referidas al ciclo del sueño (31,5%), disminución del dolor físico (21,9%) y disminución de la sensación de cansancio/desgano (19,2%). En menor medida, aunque también con mejoras significativas se ubicó el estado funcional (16,4%), la dependencia física (8,2%) y, por último, el síntoma físico de vómitos y náuseas (4,1%).

Por su parte, en el dominio psicosocial, las mayores mejoras en la CVRS de las personas se hallaron en: el síntoma psicológico de la ansiedad (35,6%), en la función social del rol familiar (28,8%), en el funcionamiento cognitivo en tanto capacidad de memoria (28,7%), en el síntoma psicológico de la depresión (27,4%), y en el rol social (26%). Luego, y en orden decreciente, se ubicaron la agresividad (23,3%), la percepción de salud psicológica (23,3%), la capacidad de concentración (21,9%), la dependencia

psicológica (19,2%), las alucinaciones (15%), la percepción de salud física (15%), y por último la capacidad de orientación (2,7%).

La tasa de abandono a los 90/120 días de iniciado el tratamiento fue de 19,8% y se encuentra por debajo de la media de la encontrada en la literatura especializada, cuyos valores oscilan en un rango promedio que se ubica entre 23% y 50%. A su vez, la tasa de abandono fue proporcionalmente menor en mujeres (33,3%) que en hombres (66,6%). Si bien el puntaje inicial de la CVRS fue menor para las mujeres (62,4/100) que para los hombres (67,2/100), a los 90/120 días de tratamiento los puntajes de la CVRS de las mujeres (73,4/100) se equipararon con los de los hombres (74,1/100) y esto se asoció a que la institución tratante trabaja desde un enfoque de reducción de riesgos y daños que incluye perspectiva de género.

Las personas que consumen cocaínas fumables tuvieron mayor tasa de abandono de tratamiento (44,4%) que las personas usuarias de otras sustancias o incluso de personas que presentaron policonsumo. A su vez, las personas que presentaron consumo problemático de inhalantes tuvieron una peor calidad de vida en el puntaje total ( $p=0,040$ ) y también un puntaje significativamente inferior en el dominio psicosocial ( $p=0,038$ ). Los demás tipos de sustancias consumidas no presentaron diferencias significativas respecto de la CVRS.

Las características sociodemográficas de las personas que completaron el estudio no revelaron diferencias significativas en relación a la CVRS en lo relativo al lugar de residencia, edad y niveles de estudio. La cantidad de tratamientos previos realizados por las personas tampoco revelaron diferencias significativas respecto de su calidad de vida. Sin embargo, los porcentajes elevados (49,3%) de aquellas personas que cuentan con

dos o más tratamientos previos indica, en consonancia con la definición que estipula el Plan IACOP (2014), que los consumos problemáticos afectan negativamente y en forma crónica, la salud física o psíquica de las personas y/o sus relaciones sociales, por lo que podrán requerir asistencia sostenida en diferentes momentos de su vida.

En lo relativo a que la red de contención socioafectiva con la que cuenta la persona que padece consumos problemáticos, sea escasa, buena o muy buena tampoco se encontraron diferencias significativas respecto de la CVRS.

En consonancia, la subcategoría del dominio psicosocial referida al apoyo psicosocial no presentó mejorías a los 90/120 días de tratamiento, lo que quedó explicado por el hecho de que se trata de un período breve de tiempo para que una persona que inició tratamiento pueda mejorar el caudal y la densidad de su red de contención socioafectiva.

La categoría de expectativas, también del dominio psicosocial, tampoco evidenció mejorías a los 90/120 días de tratamiento y en este punto se señaló que la decisión de detener o modificar un patrón de consumo problemático implica una construcción subjetiva y singular no universalizable, por lo que resultó esperable que la categoría no hubiera tenido modificaciones entre la primera y segunda toma.

Tal como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, las personas con consumos problemáticos requieren de una red de servicios de asistencia y atención en salud integral que pueda brindar respuestas acordes al nivel de complejidad de la problemática. A tales fines, la atención debe realizarse de manera integral, atendiendo a las diferentes esferas de las personas, para desarrollar un diagnóstico apropiado y una planificación

de tratamiento que adapte las intervenciones teniendo en cuenta sus deseos y necesidades.

En este sentido, contar con un instrumento que permita recabar información dándole protagonismo a la persona que ha iniciado tratamiento y medir su calidad de vida a lo largo del tiempo, contribuye a planificar estrategias de cuidado y tratamientos que se ajusten a las necesidades de estas personas y generen un impacto positivo en su bienestar psicosocial.

Si bien existen consensos internacionales que destacan la fundamental importancia de que los tratamientos deben ser centrados en la persona, dentro de un marco de derechos, que contemple la ética singular de cada una de las personas que solicita ayuda, en la práctica aún faltan muchos cambios culturales en la sociedad para derribar la fuerte estigmatización y discriminación que aún pesa sobre las personas con problemáticas de consumo.

La estigmatización y la discriminación funcionan como fuertes barreras de acceso al sistema de salud impidiendo a las personas acceder a un tratamiento que contemple sus necesidades y respete sus derechos. En este sentido y por cuestiones de género, las mujeres padecen un mayor nivel de discriminación, lo que les dificulta aún más encontrar tratamientos acordes a sus necesidades. Por tal motivo, resulta prioritario que los dispositivos de tratamiento cuenten con una perspectiva interseccional.

Los cambios culturales en las modalidades de tratamiento también deben incluir a los servicios de salud en todos sus niveles, tanto a nivel estatal, privado o de las organizaciones de la sociedad civil, y por supuesto a todos los trabajadores, profesionales o no profesionales, que asisten a las personas en tratamiento.

## 7. LISTA DE REFERENCIAS

- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233 – 245.
- Augsburger, A. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico sociales Vol.81*, 61-75. Recuperado de:  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/augsburger\\_de\\_la\\_epidemiologia\\_psiquiatrica\\_a\\_la\\_epidemiologia\\_en\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatrica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf)
- Bang, C. (2010). La estrategia de Promoción de Salud Mental Comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Vol.3* 242-244. Recuperado de:  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/publicaciones/la\\_estrategia.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/la_estrategia.pdf)
- Boletín Oficial de la República Argentina N°32014 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/2010 del 3 de diciembre de 2010*. Buenos Aires, Argentina.
- Boletín Oficial de la República Argentina N°32894 (2014). *Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 del 29 de mayo de 2014*. Buenos Aires, Argentina.

- Bosque-Prous, M., Brugal, M. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria Vol. 30 (1)*, 99-105. Recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300838>
- Bowling, A. (2001). *A review of disease-specific quality of life measurement scales. Measuring disease. Second Edition*. Buckingham, England: Open University Press.
- Bru, G. (2022). Medicalización, salud mental y género: perspectivas sobre el uso de psicofármacos por mujeres (Argentina). *Espaço Tema Livre, Vol.25, n. 3, p. 611-620, set.-dez. 2022*. ISSN 1982-0259. Recuperado de:  
<https://www.scielo.br/j/rk/a/DcPZMM8KK7Gdqv53rTRVDdB/?format=pdf&lang=es>
- Castañeda, E. (2017). Relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima. Tesis para optar el grado de Maestro en Psicología Clínica con mención en terapia infantil y del adolescente. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de:  
[https://190.116.48.43/bitstream/handle/20.500.12866/971/Relacion\\_YayaCastañeda\\_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://190.116.48.43/bitstream/handle/20.500.12866/971/Relacion_YayaCastañeda_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cramer, D. (1999). Social desirability, adequacy of social support and mental health. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, 465-475.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). Dispositivos de inclusión habitacional. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado

de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001260cnt-2019->

[01\\_dispositivos-inclusion-habitacional.pdf](#)

- Fernández Miranda, J., González G<sup>a</sup>-Portilla, M., Saiz Martínez, P., Gutiérrez Cienfuegos, E. y Bobes García, J. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. En *Adicciones*. Vol. 11,43-52.
- Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/594>
- Fernández Rodríguez, V., Fernández Sobrino A. M. y López Castro, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Revista de calidad asistencial*. Vol. 31(1), 3-9. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-calidad-vida-desde-perspectiva-S1134282X15001281>
- Ferullo de Parajón, A. (2006). *El triángulo de las tres "P", Psicología, participación y poder*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- Fischer, J., Clavarino, A., Plotnikova, M. y Najman, J. (2015). Cannabis Use and Quality of Life of Adolescents and Young Adults: Findings from an Australian Birth Cohort. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 47(2), 107–116. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25950590>
- Fuentes Soliz, J., Vargas Fuentes, O., Fuentes Rocha, Y., y Morales Almanza, A. (2017). Efectividad del cambio de tratamiento desde Metadona a Buprenorfina/Naloxona en dependientes a opiáceos, Bilbao – España. *Gaceta Médica Boliviana*. *Gac Med Bol* 2017; Vol 40(1), 35-40. ISSN 2227-3662.
- Recuperado de: [v40n1a8.pdf \(scielo.org.bo\)](#)



- Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rösler, H., Hinterhuber, H. y Kurtz, M. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction, Vol 98*, 693-702. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12751987>
- Gil-García, E., Cáceres-Matos, R., Núñez-Claudiel, B., Gálvez-Zambrano, A., Vázquez-Santiago, S., Cabrera-León A., Romo-Avilés, N. (2020). *Revista Española de Drogodependencias Vol. 45 (1) 52-68*. Recuperado de: [https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-5\\_rcaceres.pdf](https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-5_rcaceres.pdf)
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual 9(1)*, 5-38.
- Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias. Psicoanálisis y Salud Mental, Vol. 00(1)*, 36-41.  
Recuperado de: <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/issue/view/173>
- Harm Reduction International. (2011). Reporte informativo 1. Recuperado de: [https://www.hri.global/files/2011/06/14/IHRA\\_BriefingSpanish\\_1.pdf](https://www.hri.global/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf)
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista Lucio, P. (2014) *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw.
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. Inter-American Observatory on Drugs. Caracterización de la oferta de atención y tratamiento para usuarios de cocaínas fumables en territorios vulnerables: Informe regional: mayo de 2016 / [Preparado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de

- Drogas]. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser. L/XIV.6.48). ISBN 978-0-8270-6587-1, Recuperado de: [CareandTreatmentforCFUsersESP.pdf \(oas.org\)](#)
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. Inter-American Observatory on Drugs. Análisis de seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en programas de atención y tratamiento a dos años del ingreso: octubre de 2018 / [Preparado por el Observatorio Interamericano de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos]. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser. L) ISBN 978-0-8270-6849-0, Recuperado de: [Informe del Segundo seguimiento de usuarios de CF 2018 FINAL 2.11.pdf \(argentina.gob.ar\)](#)
- Iraurgi Castillo, I. (2008). Escala de Calidad de Vida en Usuarios de Drogas Inyectadas (IDUQoL): Valoración psicométrica de la versión española. *Adicciones, Vol. 20(3)*, 281-294. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/270>
- Iraurgi Castillo, I., Casas, A., Velorio, M. y Díaz-Sanz, M. (1999) Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Salud Pública, Vol. 24*, 131-47. Recuperado de: [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=542\\_03](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=542_03)
- Iraurgi Castillo, I., Póo, M. y Márkez, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española de Salud Pública, Vol. 78*, 609-21. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000500006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500006)

- Iraurgi Castillo, I. (2000, enero). La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias. Recuperado de:  
<https://www.lasdrogas.info/opiniones/la-calidad-de-vida-como-indicador-de-resultados-en-la-clinica-de-las-drogodependencias/>
- Jones, H. y Dudley, N. 2020. Women's Intervention for Substance Exposure (WISE). Atención Clínica para Mujeres con Trastornos por Usos de Sustancias. Colombo Plan, Drug Advisory Programme. Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL por sus siglas en inglés) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- Kaasa S., Loge J.H., Knobel H., Jordhoy M.S. y Brenne, E. (1999). Fatigue. Measures and relation to pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 939-947.
- Lorea, N., Bruno, A. (2014). "Evaluación de la calidad de vida y el estado de salud percibida por personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el servicio de consultorios externos del Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones-Ex CENARESO". Buenos Aires. Argentina: Ed. Licenciada Laura Bonaparte.
- Lozano Rojas, O. (2005). *Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud en drogodependientes*. Granada, España: Ed. de la Universidad de Granada.
- Lozano Rojas, O., Rojas Tejada, A., Pérez Meléndez, C., Apraiz Granados, B., Sánchez Muñoz, F. y Marín Bedoya, A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de

- Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 97-107. Recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575097307756350>
- McHugh R., Murray H., Hearon B., Pratt E., Pollack M. y Safren S.A. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *The American journal on Addictions/ American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 22, (1), 18–22. Citado en Brorson et al. (2013).
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.): *Tratado de Psicología General*. (Vol.3). Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- Milanese, E. (2012). *Tratamiento Comunitario. Manual de Trabajo I*. Buenos Aires-Argentina: Secretaría de Políticas Integrales de Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).
- National Institute on Drug Abuse (2018). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. *NIDA*, Julio 2, p.4. Recuperado de  
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>.
- Organización Mundial de la Salud. (UNGASS 2016). *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, celebrado en abril de 2016*. Informe de la Secretaría 69° Asamblea Mundial de la Salud. Punto12.6. A69/12.  
Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251180>

- Oroz, N., Cervero, Y. y Martínez, I. (2020). ¿Encuentran las mujeres obstáculos para acceder y mantenerse en los recursos de tratamiento de adicciones? Análisis de la situación actual. Instituto Vasco de la Mujer. EMAKUNDE. Recuperado de: [¿Encuentran las mujeres obstáculos para acceder y mantenerse en los recursos de tratamiento de adicciones? \(euskadi.eus\)](#)
- Pedrero Pérez, E., Olivar Arroyo, A. y Chicharro Romero, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías, Vol. 10(1), 17-31*. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-estadisticas-13117592>
- Pérez Romero, S. y Monteagudo Piqueras, O. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en población española con enfermedades crónicas. *Boletín epidemiológico de Murcia, Volumen 35 - N.º 787, España*. ISSN 2173-9269. Recuperado de: [bem.2015.35.787.pdf \(carm.es\)](#)
- Poliansky, N., Gorlero, C., Gemini, D. y Jones, H. (2018). Percepción de calidad de vida y estado de salud en el tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 64(3), 176-184*. Recuperado de: <http://www.acta.org.ar/04-WebForms/frmVolumenes.aspx?DatVolumen=%3CTodos%3E&Palabra=poliansky&IdAbonado=>
- Roales Riesgo, J. (1988) Introducción a la teoría del muestreo. Secretaría de Recursos Hídricos Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento. Dirección de Promoción y Educación Comunitaria. Argentina. Recuperado de:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx1bm1pbnZlc3RpZ2FjaW9uMnxneDozMTE4MDE0NTFhZDkzMmJi>

- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(supl.), 349-372.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, Vol. 4(3), 301-318. Recuperado de:  
<https://www.scielo.org/article/scol/2008.v4n3/301-318/es/>
- Rounsaville, B., Kleber, H. (1985). Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment? *Arch Gen Psychiatr*, Vol. 42 (11), 1072-7.  
Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4051685>
- Rovira Guardiola J., Cortés, E., Vidal Giné, C., Aranda Rodríguez, E., Balarguer Armengol, G., Calzada Álvarez, N., Clua García, R. y Ventura, M. (2018). *La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y buenas prácticas*. Red Iberoamericana de ONG que trabajan con drogas y adicciones. Madrid, España: Ed. RIOD. Recuperado de:  
[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2018\\_Actualidadpublica/pdf/20181218\\_Guia\\_Riod.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2018_Actualidadpublica/pdf/20181218_Guia_Riod.pdf)
- Ruiz, M. y Baca, E. (1993). Design and validation of the quality of life questionnaire: a generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19- 32.

- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V., Molina, N., Del Olmo, R. y Morales, E. (2002).  
Procesos de cambio en conductas adictivas: influencia de variables  
psicopatológicas y de consumo. *Adicciones*, Vol. 14, 337-44. Recuperado de:  
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/issue/view/57>
- Sánchez Villegas, M., Pérez Antón, F., Rovira Guardiola, J. y Rabadan, J. (2021).  
*Triple I. Atención integral, Integradora e Integrada*. Red Iberoamericana de  
ONG que trabajan con drogas y adicciones. Madrid, España: Ed. RIOD
- Santonja-Gómez F., Sánchez-Hervás E., Secades-Villa R., Zacarés-Romaguera F.,  
García-Rodríguez O. y García-Fernández G. (2010). Pretreatment  
characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients.  
*Addictive Disorders & Their Treatment*, 9, (2), 93–98. Citado en Brorson et al.  
(2013).
- Santos, A., Ferreira Pimenta, G., Brito Santos, C. (2017). A percepção da qualidade de  
vida em pessoas com dependência de drogas. *Millenium*, Vol. 2(4), 69-77.  
Recuperado de:  
[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WoVulwpemboJ:https://revistas.rc  
aap.pt/millenium/article/view/12201/10129+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WoVulwpemboJ:https://revistas.rc<br/>aap.pt/millenium/article/view/12201/10129+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar)
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar)  
(2016-2020). *Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas*.  
Presidencia de la Nación. Recuperado de:  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan\\_nacional-reduccion-demanda-  
drogas.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional-reduccion-demanda-<br/>drogas.pdf)

- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar 2017). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento*. Recuperado de:  
<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CAPZDEMANDAZDEZTRATAMIENTOZ2ZdeZenero.pdf>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar 2018) *Boletín estadístico anual del perfil de pacientes asistidos, línea de atención 141 y transferencias monetarias por becas de tratamiento*. Recuperado de:  
[http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/BoletnAnualZ2018\\_revisin\\_b\\_1.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/BoletnAnualZ2018_revisin_b_1.pdf)
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Observatorio argentino de drogas. (2018). Estudio descriptivo sobre el abandono del tratamiento en usuarios de Sedronar. (Sedronar). Recuperado de:  
<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/abandonosZ13ZdeZjulio.pdf>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA 2021). Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Recuperado de:  
[Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf \(senda.gob.cl\)](http://www.senda.gob.cl/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf)
- Shor-Posner, G., Lecusay, R., Miguez-Burbano, M., Quesada, J., Rodríguez, A., Ruiz, P., ... Baum, M. (2000). Quality of life measures in the Miami HIV-1 infected drug abusers cohort: relationship to gender and disease status. *Substance*



*Abuse*, Vol. 11, 395-404. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11147235>

- Sullivan, L. (2009). *The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences*. SAGE Publications. Recuperado de: <https://sk.sagepub.com/reference/behavioralsciences>
- Stuifbergen, A.K., Seraphine, A. y Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 49, 122-130.
- Tomalá Ricardo, M. (2022). *Consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en la calidad de vida en los adolescentes y adultos jóvenes: comuna prosperidad*, Santa Elena. Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias sociales y de la Salud. Recuperado de:  
<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7965/1/UPSE-TEN-2022-0122.pdf>
- Trimboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC 2020). Informe Mundial sobre Drogas 2020. Recuperado de: [Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas](#)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC 2019). *Treatment of Stimulant Use Disorder: Current Practice and Promising Perspectives*. Discussion Paper. Viena. Austria. Recuperado de: [Treatment of Stimulant Use Disorders: Current Practices and Promising Perspectives \(unodc.org\)](#)

- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad. Epistemología y técnicas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. De las Ciencias.
- Ware, J., Sherbourne, C. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Med Care*, Vol.30, 473-83.  
Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>
- Wilson, M. y Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*, 273(1), 59-65
- World Health Organization. Quality of life, Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
- World Health Organization. (1974). *Expert Committee on Drug Dependence*. Twentieth report. World Health Organ Tech Rep Ser, 1–89. Recuperado de:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41091/WHO\\_TRS\\_551.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41091/WHO_TRS_551.pdf?sequence=1)

## 8. ANEXO I. TECVASP

Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas\*

Nombre:

Institución:

Nº de Test:

Fecha de ingreso:

Fecha de toma:

A continuación, se te va a preguntar sobre tu salud durante el último mes.

Tenés que responder cada una de las preguntas con total sinceridad. Hay 5 alternativas de respuesta y deberás señalar solamente una.

Las preguntas expresan el nivel que tuviste o sentiste sobre las situaciones que aparecen en las preguntas.

Las respuestas que podés dar son las siguientes:

NADA

POCO

A VECES

BASTANTE

MUCHO

Tenés que señalar la opción de respuesta que mejor ejemplifique lo que se describe en cada pregunta durante el último mes. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida tuviste dolores de cabeza:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta “poco” estas indicando que durante el último mes tuviste pocos dolores de cabeza.

Antes de empezar recordá que es importante que respondas sinceramente.

Además, teniendo en cuenta el enunciado, tratá de elegir la respuesta que mejor te representa durante el último mes.

Es importante que hayas entendido correctamente la actividad. Si tenés alguna duda, por favor preguntá antes de comenzar.

Durante el último mes, en qué medida:

**1. Tuviste dolor (físico)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**2. Tuviste problemas de sueño (para dormir)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**3. Tuviste vómitos/náuseas (ganas de devolver)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**4. Te sentiste cansado/desganado**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**5. Te sentiste ansioso (nervioso)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**6. Te sentiste deprimido (decaído, triste, con “ganas de abandonar”)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**7. Te sentiste agresivo**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**8. Tuviste problemas para recordar cosas (te olvidaste de nombres, de lo que hiciste el fin de semana anterior...)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**9. Tuviste alucinaciones (Perceptivas, ideación paranoide)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**10. Tuviste problemas para concentrarte (“poder sostener alguna actividad, no distraerte..., etc.)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**11. Tuviste problemas para orientarte (no supiste cómo llegar a tu casa o lugares conocidos)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**12. Consumiste drogas para sentirte bien físicamente**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**13. Consumiste drogas para sentirte bien psicológicamente (mentalmente, a nivel autoestima)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**14. No estuviste físicamente bien como para hacer actividades cotidianas (vestirte, bañarte, limpiar tu habitación, etc.)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**15. Hubo personas que se preocuparon por vos, por saber cómo estabas**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**16. Crees que tu salud psicológica (mental) está deteriorada (mal)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**17. Tuviste problemas familiares**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**18. Crees que el consumo de drogas empeoró tus actividades sociales (salir con amigos, trabajar, estar con tu familia, etc.)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**19. Crees que hay personas que pueden detener su consumo de drogas**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**20. Crees que tu salud física está deteriorada (desmejorada)**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

**Sistema de puntuaciones**

Todos los ítems puntúan de 1 (Mucho) a 5 (Nada), a excepción de los ítems “Hubo personas que se preocuparon por vos, por saber cómo estabas” y “Crees que hay personas que pueden detener su consumo de drogas” que puntúan de manera inversa 1 (Nada) a 5 (Mucho), de tal forma que con los 20 ítems finales que se propone la puntuación mínima es de 20 (indica una baja CVRS) y la máxima de 100 (indica una alta CVRS).

## 9. ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ESCLARECIDO

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE y el Consentimiento informado esclarecido.

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Versión de fecha.....

**Estimado/a señor/señora:** Usted ha sido invitado/a para participar en una investigación donde se desean estudiar las modificaciones de la calidad de vida percibida en personas que realizan tratamiento ambulatorio voluntario por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en instituciones con abordaje integral de reducción de riesgos y daños.

Antes de decidir si será parte o no, es importante que usted sepa por qué se efectúa el estudio y que implicará. Por favor, pregunte si hay algo que no está claro o si desea mayor información.

**¿Qué incluye este estudio?** Si usted elige participar, se le pedirán algunos datos personales que nos servirán para conocerlo mejor como son el género, edad, nivel de estudio, profesión, etc. y que responda 20 preguntas breves de un cuestionario referido a los temas que de la investigación.

**¿Para qué se efectúa este estudio?** Para conocer si hay y es ese caso, cuáles son las modificaciones de la calidad de vida percibida de personas en tratamiento ambulatorio voluntario por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Es importante saber cómo perciben su calidad de vida y si hay mejoras luego de un período de tratamiento. Toda esta información servirá para mejorar la calidad de asistencia de las personas en tratamiento en pos de contribuir a mejorar su calidad de vida y también va a brindar mayor conocimiento a los equipos terapéuticos.

**¿Cuántas personas participarán en este estudio?** 70 personas que inician y sostienen tratamiento al menos por un lapso de 90/120 días en una institución de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con abordaje integral de reducción de riesgos y daños.

**¿Hay algunos riesgos o incomodidades implicados?** La participación en esta investigación no conlleva ningún riesgo para los participantes, sin embargo, las entrevistas podrían preguntar sobre datos sensibles o situaciones que lo hagan sentir mal. Recuerde que puede interrumpir la entrevista cuando lo desee, así como no contestar preguntas que no quiera contestar.

**¿Hay algún beneficio?** Este estudio no implica ningún beneficio económico directo para usted ni de otro tipo, sin embargo, los resultados de estos estudios podrían ayudar a entender mejor los factores que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen consumo problemático de sustancias psicoactivas. El hecho de participar voluntariamente de la investigación permite que usted tenga acceso a los resultados de la misma, aunque estos resultados no tengan implicancias directas en Ud. Asimismo, Ud. tiene derecho a decidir no ser informado sobre los resultados.

**Participación voluntaria / retiro de la investigación:** Su participación en esta investigación es voluntaria. Si Ud. decide participar, se le pedirá que colabore proporcionando algunos datos personales que nos servirán para conocerlo mejor como son el género, edad, nivel de estudio, profesión, etc. y sus opiniones y actitudes sobre los temas que estamos investigando. Usted puede decidir no participar en esta investigación o puede decidir interrumpir su participación en cualquier momento, sin presión alguna. Si se retira de la investigación, sus datos no serán usados.



**Confidencialidad:** Se deja constancia de que los datos que se obtengan serán manejados con confidencialidad absoluta, teniendo acceso a los mismos solo el equipo de investigación. En caso de que los datos fueran presentados en congresos o publicados tanto en publicaciones nacionales o internacionales, la identidad de cada participante estará totalmente resguardada. Todos sus datos personales están protegidos por la Ley Nacional 25.326 de Protección de datos personales.

**¿Con quién debo comunicarme ante cualquier duda?** Si Ud. desea formular cualquier pregunta relacionada con la naturaleza de la investigación durante el estudio comuníquese con la persona que se presenta a continuación en cualquier momento:

**Investigador Principal:** Lic. Nicolás Poliansky +54 11 6067-6701

**Institución:** Fundación CONVIVIR. Dirección: Viamonte 1446, piso 4 (1055) CABA, Argentina. Tel. +54 11 6067-6701. [recepcionconvivir@gmail.com](mailto:recepcionconvivir@gmail.com)

## 10. ANEXO III. TABLAS

**Tabla 1 anexo:** Resumen de estadísticos de la edad en años por el género de las personas en tratamiento

Edad en años	N	Media	Desviación estándar	IC 95% para la media		Mínimo	Máximo	p valor
				Límite inferior	Límite superior			
Hombre	42	31	11,1	28	35	16	59	
Mujer	31	36	11,8	31	40	16	58	0,113
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>33</b>	<b>11,5</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>59</b>	

No se observan diferencias estadísticas significativas en la edad de las personas en tratamiento por género. Test de Student para muestras independientes.

**Tabla 2 anexo:** Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con el consumo de personas en tratamiento

Variable	Categoría	Frecuencia	%	IC95% LI	IC95% LI
Consumo de alcohol	Si	72	98,6%	93,8%	99,9%
	No	1	1,4%	0,1%	6,2%
Tabaquismo	Si	34	46,6%	35,5%	58,0%
	No	39	53,4%	42,0%	64,5%
Consumo de psicofármacos	Si	18	24,7%	15,9%	35,4%
	No	55	75,3%	64,6%	84,1%
Consumo de Marihuana	Si	51	69,9%	58,7%	79,5%
	No	22	30,1%	20,5%	41,3%
Consumo de cocaína	Si	56	76,7%	66,1%	85,2%
	No	17	23,3%	14,8%	33,9%
Consumo de cocaína Fumable	Si	13	17,8%	10,4%	27,7%
	No	60	82,2%	72,3%	89,6%
Consumo de MDMA y derivados	Si	12	16,4%	9,3%	26,2%
	No	61	83,6%	73,8%	90,7%
Inhalantes	Si	11	15,1%	8,3%	24,6%
	No	62	84,9%	75,4%	91,7%
Consumo de Opiáceos	Si	0	0,0%		
	No	73	100,0%		
Policonsumo	Si	55	75,3%	64,6%	84,1%

No	18	24,7%	15,9%	35,4%
----	----	-------	-------	-------

**Tabla 3 anexo:** Distribución de frecuencia porcentual para caracterizar las variables relacionadas con la condición de las personas en tratamiento según género

Variables	Categorías	Género				p valor
		Hombre		Mujer		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Red de contención Afectiva	Escasa	15	35,7%	14	45,2%	0,480
	Buena	23	54,8%	16	51,6%	
	Muy buena	4	9,5%	1	3,2%	
Modo de inicio del tratamiento	Espontáneo	26	61,9%	19	61,3%	0,101
	Inducido familiar	8	19,0%	4	12,9%	
	Inducido médico	4	9,5%	8	25,8%	
	Inducido Judicial	4	9,5%	0	0,0%	
Tratamientos Anteriores	Sin tratamientos anteriores	8	19,0%	4	12,9%	0,213
	Un tratamiento anterior	17	40,5%	8	25,8%	
	Dos tratamientos anteriores	17	40,5%	19	61,3%	
Tratamiento Farmacológico	Si	16	38,1%	16	51,6%	0,250
	No	26	61,9%	15	48,4%	
Situación judicial	No tiene causas pendientes	31	73,8%	28	90,3%	0,077
	Tiene causas pendientes	11	26,2%	3	9,7%	

No se observan diferencias estadísticas significativas. Test de Student para muestras independientes.

**Tabla 4 anexo:** Edad y género de las personas que completaron el estudio

		N	Media	Desviación estándar	IC 95% para la media		Mínimo	Máximo	p valor
					Límite inferior	Límite superior			
					Hombre	42			
Edad	Mujer	31	36	11,8	31	40	16	58	0,113
<b>Total</b>		<b>73</b>	<b>33</b>	<b>11,5</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>59</b>	

No se observan diferencias estadísticas significativas. Test de Student para muestras independientes.

**Tabla 5 anexo:** Edad de inicio de consumo según género

		N	Media	Desviación estándar	IC 95% para la media		Mínimo	Máximo	p valor
					Límite inferior	Límite superior			
Edad de inicio de consumo	Hombre	42	15	3,2	14	16	9	27	0,318
	Mujer	31	16	3,0	15	17	11	21	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>15</b>	<b>3,1</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	

No se observan diferencias estadísticas significativas. Test de Student para muestras independientes.

**Tabla 6 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por grupo de edades

Edad agrupada		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Puntaje total primera toma	Hasta 24 años	24	65,4	11,0	60,8	70,1	0,970
	25 - 34 años	16	64,6	9,5	59,5	69,6	
	35 años o más	33	65,2	12,0	61,0	69,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Hasta 24 años	24	76,1	10,4	71,7	80,5	0,71
	25 - 34 años	16	72,5	8,7	67,9	77,1	
	35 años o más	33	72,8	10,0	69,2	76,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Hasta 24 años	24	20,2	4,7	18,2	22,2	0,84
	25 - 34 años	16	20,9	4,3	18,6	23,2	
	35 años o más	33	20,0	4,8	18,3	21,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Hasta 24 años	24	23,6	4,3	21,8	25,4	0,71
	25 - 34 años	16	22,9	3,8	20,9	24,9	
	35 años o más	33	22,7	3,8	21,4	24,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Hasta 24 años	24	44,9	8,1	41,4	48,3	0,77
	25 - 34 años	16	43,5	6,8	39,9	47,1	
	35 años o más	33	44,9	8,6	41,8	47,9	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,6</b>	<b>8,0</b>	<b>42,7</b>	<b>46,4</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Hasta 24 años	24	52,4	7,6	49,2	55,6	0,27
	25 - 34 años	16	49,6	6,0	46,4	52,8	
	35 años o más	33	49,8	7,2	47,2	52,4	

<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,6</b>	<b>7,1</b>	<b>49,0</b>	<b>52,3</b>
--------------	-----------	-------------	------------	-------------	-------------

**Tabla 7 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por grupo de edades

Diferencia puntaje final - inicial para Edad agrupada	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Diferencia de puntaje total	Hasta 24 años	24	10,7	9,0	6,9	14,5	0,33
	25 - 34 años	16	7,9	7,8	3,8	12,1	
	35 años o más	33	7,5	7,5	4,9	10,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Hasta 24 años	24	3,4	3,5	1,9	4,9	0,35
	25 - 34 años	16	2,0	2,7	0,6	3,4	
	35 años o más	33	2,7	2,5	1,8	3,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Hasta 24 años	24	7,5	6,7	4,7	10,4	0,3
	25 - 34 años	16	6,1	5,4	3,3	9,0	
	35 años o más	33	4,9	5,8	2,9	7,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>7,4</b>	

**Tabla 8 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por género

		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Puntaje total primera toma	Hombre	42	67,2	11,2	63,7	70,7	0,066
	Mujer	31	62,4	10,3	58,6	66,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Hombre	42	74,4	9,2	71,5	77,2	0,537
	Mujer	31	73,0	10,9	69,0	77,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Hombre	42	21,0	4,4	19,6	22,3	0,144
	Mujer	31	19,4	4,8	17,6	21,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Hombre	42	23,3	3,8	22,1	24,5	0,740
	Mujer	31	22,7	4,0	21,2	24,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Hombre	42	46,2	7,8	43,8	48,7	0,093
	Mujer	31	43,0	6,5	40,6	45,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Hombre	42	51,1	5,8	49,3	52,9	0,558
	Mujer	31	50,3	7,4	47,6	53,0	

<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>
--------------	-----------	-------------	------------	-------------	-------------

**Tabla 9 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por género

Diferencia puntaje final - inicial para género	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Diferencia de puntaje total	Hombre	42	7,2	8,2	4,6	9,8	0,074
	Mujer	31	10,6	7,6	7,8	13,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Hombre	42	2,3	3,0	1,4	3,3	0,143
	Mujer	31	3,4	2,8	2,3	4,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Hombre	42	4,9	6,0	3,0	6,8	0,066
	Mujer	31	7,5	5,8	5,4	9,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>7,4</b>	

**Tabla 10 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por edad de inicio

Edad de inicio	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Hasta 13 años	17	61,2	12,2	55,0	67,5	0,129
	14-17 años	38	67,5	11,1	63,8	71,2	
	18 o más años	18	63,9	8,8	59,5	68,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Hasta 13 años	17	70,5	11,9	64,3	76,6	0,143
	14-17 años	38	75,9	8,7	73,0	78,7	
	18 o más años	18	72,6	9,6	67,8	77,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Hasta 13 años	17	18,5	4,3	16,3	20,7	0,120
	14-17 años	38	21,2	4,6	19,7	22,8	
	18 o más años	18	19,9	4,5	17,6	22,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Hasta 13 años	17	21,8	4,6	19,5	24,2	0,181
	14-17 años	38	23,8	3,6	22,6	25,0	
	18 o más años	18	22,6	3,8	20,7	24,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
	Hasta 13 años	17	42,7	9,0	38,1	47,3	0,220

Dominio psicosocial primera toma	14-17 años	38	46,3	7,1	43,9	48,6	
	18 o más años	18	44,0	6,2	40,9	47,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Hasta 13 años	17	48,6	7,9	44,6	52,7	0,172
	14-17 años	38	52,1	5,6	50,2	53,9	
	18 o más años	18	50,0	6,7	46,7	53,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 11 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por edad de inicio

Edad de inicio	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Diferencia de puntaje total	Hasta 13 años	17	9,2	8,2	5,0	13,5	0,936
	14-17 años	38	8,4	8,4	5,6	11,1	
	18 o más años	18	8,7	7,9	4,8	12,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Hasta 13 años	17	3,3	3,0	1,7	4,9	0,702
	14-17 años	38	2,6	3,2	1,5	3,6	
	18 o más años	18	2,7	2,4	1,5	3,9	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Hasta 13 años	17	5,9	6,0	2,9	9,0	0,991
	14-17 años	38	5,8	5,9	3,8	7,7	
	18 o más años	18	6,0	6,1	3,0	9,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	

**Tabla 12 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Puntaje total primera toma	Si	32	66,9	11,2	62,9	70,9	0,232
	No	41	63,8	10,9	60,3	67,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	32	74,3	10,0	70,7	77,9	0,695
	No	41	73,4	9,9	70,3	76,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Si	32	21,2	4,2	19,7	22,7	0,122
	No	41	19,5	4,8	18,0	21,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	

Dominio físico segunda toma	Si	32	23,5	3,8	22,1	24,9	0,379
	No	41	22,7	4,0	21,4	23,9	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Si	32	45,7	7,9	42,9	48,5	0,412
	No	41	44,2	7,1	42,0	46,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Si	32	50,8	6,7	48,4	53,2	0,946
	No	41	50,7	6,4	48,7	52,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 13 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Diferencia de puntaje total	Si	32	7,4	8,6	4,3	10,5	0,251
	No	41	9,6	7,6	7,2	12,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Si	32	2,3	3,1	1,2	3,4	0,214
	No	41	3,1	2,8	2,3	4,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Si	32	5,1	6,2	2,9	7,3	0,399
	No	41	6,5	5,7	4,7	8,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	

**Tabla 14 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por modo de inicio del tratamiento

Modo de inicio del tratamiento		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Diferencia de puntaje total	Espontáneo	45	8,2	7,9	5,8	10,6	0,134
	Inducido familiar	12	5,5	9,7	-0,7	11,7	
	Inducido médico	12	11,7	6,2	7,7	15,6	
	Inducido Judicial	4	14,3	6,7	3,6	24,9	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Espontáneo	45	3,0	3,1	2,1	3,9	0,363
	Inducido familiar	12	1,8	3,2	-0,3	3,8	
	Inducido médico	12	2,4	2,2	1,0	3,8	



	Inducido Judicial	4	4,5	2,1	1,2	7,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Espontáneo	45	5,2	5,4	3,6	6,8	
	Inducido familiar	12	3,8	7,1	-0,7	8,2	
	Inducido médico	12	9,3	4,8	6,2	12,3	0,064
	Inducido Judicial	4	9,8	7,0	-1,5	21,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	

**Tabla 15 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por modo de inicio del tratamiento

Modo de inicio del tratamiento	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Espontáneo	45	63,5	11,0	60,2	66,8	
	Inducido familiar	12	70,4	10,6	63,7	77,2	
	Inducido médico	12	66,1	10,6	59,3	72,8	0,279
	Inducido Judicial	4	65,5	13,3	44,4	86,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Espontáneo	45	71,6	9,3	68,9	74,4	
	Inducido familiar	12	75,9	13,4	67,4	84,4	
	Inducido médico	12	77,8	6,9	73,4	82,1	0,106
	Inducido Judicial	4	79,8	7,0	68,5	91,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Espontáneo	45	19,3	4,8	17,8	20,7	
	Inducido familiar	12	21,8	3,7	19,5	24,2	
	Inducido médico	12	22,1	4,2	19,4	24,7	0,126
	Inducido Judicial	4	21,5	3,1	16,6	26,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Espontáneo	45	22,2	3,7	21,1	23,4	
	Inducido familiar	12	23,6	5,1	20,4	26,8	
	Inducido médico	12	24,5	3,0	22,6	26,4	0,105
	Inducido Judicial	4	26,0	1,6	23,4	28,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
	Espontáneo	45	44,2	7,1	42,1	46,3	0,311

Dominio psicosocial primera toma	Inducido familiar	12	48,6	7,4	43,9	53,3	
	Inducido médico	12	44,0	6,9	39,6	48,4	
	Inducido Judicial	4	44,0	11,4	25,8	62,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Espontáneo	45	49,4	6,2	47,5	51,3	
	Inducido familiar	12	52,3	8,7	46,8	57,9	
	Inducido médico	12	53,3	4,2	50,6	55,9	0,153
	Inducido Judicial	4	53,8	5,4	45,1	62,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 16 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por tratamientos previos

Tratamientos Previos		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Puntaje total primera toma	Sin tto. previos	12	65,7	12,3	57,8	73,5	0,866
	Un tto. previos	25	65,9	10,7	61,5	70,3	
	Dos tto. previos	36	64,4	11,1	60,7	68,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Sin tto. previos	12	76,5	9,7	70,3	82,7	0,576
	Un tto. previos	25	73,6	10,0	69,5	77,7	
	Dos tto. previos	36	73,0	10,0	69,7	76,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Sin tto. previos	12	19,5	5,3	16,1	22,9	0,817
	Un tto. previos	25	20,4	4,4	18,5	22,2	
	Dos tto. previos	36	20,5	4,6	18,9	22,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Sin tto. previos	12	23,3	4,3	20,6	26,1	0,961
	Un tto. previos	25	23,0	4,0	21,3	24,6	
	Dos tto. previos	36	23,0	3,8	21,7	24,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Sin tto. anteriores	12	46,2	7,6	41,3	51,0	0,579
	Un tto. previos	25	45,6	7,3	42,6	48,6	
	Dos tto. previos	36	44,0	7,5	41,4	46,5	

	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
	Sin tto. previos	12	53,2	5,8	49,5	56,8	
Dominio psicosocial segunda toma	Un tto. anterior	25	50,6	6,6	47,9	53,4	0,354
	Dos tto. previos	36	50,0	6,6	47,8	52,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 17 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por tratamientos previos

Tratamientos Previos		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Diferencia de puntaje total	Sin tto. previos	12	10,8	7,3	6,2	15,5	0,546
	Un tto. previos	25	7,7	8,8	4,0	11,3	
	Dos tto. previos	36	8,6	7,9	5,9	11,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Sin tto. previos	12	3,8	2,8	2,1	5,6	0,392
	Un tto. previos	25	2,6	3,2	1,3	3,9	
	Dos tto. previos	36	2,5	2,8	1,6	3,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Sin tto. previos	12	7,0	5,7	3,4	10,6	0,713
	Un tto. previos	25	5,1	6,1	2,6	7,6	
	Dos tto. previos	36	6,1	5,9	4,1	8,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	

**Tabla 18 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por policonsumo

Policonsumo		N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor
					Límite inferior	Límite superior	
Puntaje total primera toma	Si	55	64,5	11,4	61,4	67,6	0,389
	No	18	67,1	10,0	62,2	72,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	55	74,2	10,2	71,4	77,0	0,562
	No	18	72,6	8,8	68,2	77,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Si	55	20,3	4,6	19,0	21,5	0,950
	No	18	20,3	4,6	18,0	22,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Si	55	23,2	3,9	22,1	24,3	0,547
	No	18	22,6	4,0	20,6	24,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Si	55	44,3	7,6	42,2	46,3	0,212
	No	18	46,8	6,5	43,5	50,0	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
	Si	55	51,0	6,8	49,1	52,8	0,604

Dominio psicosocial segunda toma	No	18	50,1	5,5	47,3	52,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 19 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de marihuana

Consumo de marihuana	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Si	51	64,3	11,6	61,0	67,5	0,305
	No	22	67,2	9,5	63,0	71,4	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	51	74,0	10,0	71,2	76,8	0,769
	No	22	73,3	9,7	69,0	77,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Si	51	20,1	4,7	18,7	21,4	0,546
	No	22	20,8	4,3	18,9	22,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Si	51	23,0	4,0	21,9	24,1	0,944
	No	22	23,1	3,8	21,4	24,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Si	51	44,2	7,8	42,0	46,4	0,248
	No	22	46,4	6,4	43,6	49,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Si	51	51,0	6,5	49,2	52,8	0,626
	No	22	50,2	6,6	47,3	53,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 20 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por consumo de cocaína

Consumo de cocaína	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Diferencia de puntaje total	Si	56	9,1	7,8	7,0	11,2	0,397
	No	17	7,2	9,0	2,6	11,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Si	56	2,8	2,9	2,0	3,6	0,923
	No	17	2,7	3,1	1,1	4,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	

Diferencia dominio psicosocial	Si	56	6,3	5,7	4,8	7,8	0,264
	No	17	4,5	6,5	1,1	7,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	

**Tabla 21 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de cocaína

Consumo de cocaína	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Si	56	64,2	10,8	61,3	67,1	0,199
	No	17	68,2	11,5	62,3	74,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	56	73,3	9,4	70,8	75,8	0,461
	No	17	75,4	11,5	69,5	81,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio Físico primera toma	Si	56	20,1	4,4	18,9	21,3	0,619
	No	17	20,8	5,2	18,1	23,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio Físico segunda toma	Si	56	22,9	3,5	22,0	23,9	0,608
	No	17	23,5	5,0	20,9	26,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio Psicosocial primera toma	Si	56	44,1	7,4	42,1	46,1	0,107
	No	17	47,4	7,1	43,8	51,1	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio Psicosocial segunda toma	Si	56	50,4	6,4	48,7	52,1	0,418
	No	17	51,9	7,1	48,2	55,5	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 22 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por cocaína fumable

Cocaína fumable	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Diferencia de puntaje total	Si	13	10,7	8,6	5,5	15,9	0,318
	No	60	8,2	8,0	6,1	10,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
Diferencia dominio físico	Si	13	3,7	3,0	1,9	5,5	0,213
	No	60	2,6	2,9	1,8	3,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
	Si	13	7,0	6,6	3,0	11,0	0,425

Diferencia dominio psicosocial	No	60	5,6	5,8	4,1	7,1
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>

**Tabla 23 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por cocaína fumable

Cocaína fumable	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Si	13	60,8	12,4	53,3	68,3	0,122
	No	60	66,1	10,6	63,3	68,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	13	71,5	9,6	65,7	77,3	0,367
	No	60	74,3	9,9	71,7	76,9	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Si	13	18,8	5,0	15,8	21,9	0,219
	No	60	20,6	4,5	19,4	21,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Si	13	22,5	3,9	20,2	24,9	0,612
	No	60	23,2	3,9	22,1	24,2	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Si	13	42,0	8,4	36,9	47,1	0,123
	No	60	45,5	7,1	43,7	47,3	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Si	13	49,0	5,9	45,4	52,6	0,287
	No	60	51,1	6,6	49,4	52,8	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	

**Tabla 24 anexo:** Diferencia entre puntajes entre primera y segunda toma por consumo de MDMA y derivados

Consumo de MDMA y derivados	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Diferencia de puntaje total	Si	12	7,8	11,0	0,8	14,7	0,679
	No	61	8,8	7,5	6,9	10,7	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>8,6</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>10,5</b>	
	Si	12	2,2	3,6	-0,1	4,5	0,442

Diferencia dominio físico	No	61	2,9	2,8	2,2	3,6	
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>	
Diferencia dominio psicosocial	Si	12	5,6	7,8	0,6	10,5	
	No	61	5,9	5,5	4,5	7,4	0,852
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>7,3</b>	

**Tabla 25 anexo:** Puntaje Total y por dominio en la primera y segunda toma por consumo de MDMA y derivados

Consumo de MDMA y derivados	N	Media	Desviación estándar	IC 95% de la media		p valor	
				Límite inferior	Límite superior		
Puntaje total primera toma	Si	12	66,4	9,0	60,7	72,2	
	No	61	64,9	11,4	62,0	67,8	0,667
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>65,2</b>	<b>11,0</b>	<b>62,6</b>	<b>67,7</b>	
Puntaje total segunda toma	Si	12	74,2	12,7	66,1	82,2	
	No	61	73,7	9,4	71,3	76,1	0,888
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>	<b>71,5</b>	<b>76,1</b>	
Dominio físico primera toma	Si	12	20,6	4,3	17,8	23,3	
	No	61	20,2	4,7	19,0	21,4	0,801
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>20,3</b>	<b>4,6</b>	<b>19,2</b>	<b>21,3</b>	
Dominio físico segunda toma	Si	12	22,8	4,3	20,0	25,5	
	No	61	23,1	3,9	22,1	24,1	0,780
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23,0</b>	<b>3,9</b>	<b>22,1</b>	<b>24,0</b>	
Dominio psicosocial primera toma	Si	12	45,8	5,5	42,4	49,3	
	No	61	44,7	7,7	42,7	46,7	0,628
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>44,9</b>	<b>7,4</b>	<b>43,1</b>	<b>46,6</b>	
Dominio psicosocial segunda toma	Si	12	51,4	8,8	45,8	57,0	
	No	61	50,6	6,0	49,1	52,2	0,702
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>50,8</b>	<b>6,5</b>	<b>49,2</b>	<b>52,3</b>	