

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H.A. BARCELÓ
MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA

**Creencias en torno a los psicofármacos en pacientes con consumo
problemático de sustancias**

Alumna: Maggio Brenda

Tutor de tesis: Remesar Sergio

Año: 2024

Buenos Aires, noviembre de 2024

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Pregunta- problema	6
Justificación	7
Objetivos.....	9
Objetivos generales.....	9
Objetivos específicos	9
Hipótesis.....	10
Marco teórico.....	10
Consumo de sustancias.....	10
Trastorno por consumo de sustancias	16
Tratamiento para las adicciones	29
Material y métodos	43
Enfoque y tipo de investigación	43
Universo.....	43
Muestra.....	43
Normas éticas	43
Instrumento de recolección de datos.....	44
Plan de análisis	44
Operacionalización de las variables	45
Resultados.....	46
Discusión	53
Conclusiones	55
Referencias bibliográficas.....	57
Anexos	60

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de factores psicosociales/ consumo de sustancias	14
Tabla 2. Clasificación de las drogas de abuso	26
Tabla 3. Signos en personas con trastorno por consumo de sustancias	30
Tabla 4. Sexo de los participantes	46
Tabla 5. Edad de los participantes	47
Tabla 6. Sustancia de abuso.....	47
Tabla 7. Tratamientos por consumos anteriores	47
Tabla 8. Modo de inicio del tratamiento.....	48
Tabla 9. Creencias sobre el abuso de psicofármacos por parte de los médicos	48
Tabla 10. Creencias acerca del daño que hacen los psicofármacos	48
Tabla 11. Creencias sobre el abuso de los psicofármacos por parte de los médicos y el sexo	49
Tabla 12. Creencias sobre el daño de los psicofármacos y edad.....	50
Tabla 13. Creencias sobre el daño de los psicofármacos y tipo de sustancia	51
Tabla 14. Creencias sobre el daño de los psicofármacos y tratamientos anteriores ...	51
Tabla 15. Creencias sobre el daño de los psicofármacos y modo de inicio del tratamiento.....	52

Resumen

Las creencias en torno a los psicofármacos inciden en la adhesión, incumplimiento y pueden predecir el abandono en pacientes con consumo problemático de sustancias. Por este motivo, esta investigación se propuso como objetivo central establecer las creencias sobre los psicofármacos en pacientes con consumo problemático de sustancia en dos comunidades terapéuticas ubicadas en la provincia de Buenos Aires, durante los meses de mayo-junio de 2024. Para ello, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, que empleó una muestra no representativa y por conveniencia de 30 pacientes adultos mayores de 18 años, diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias en la comunidad terapéutica Aliwen y en el hospital de día Programa San José, provincia de Buenos Aires, durante los meses de enero a junio de 2024. Entre los resultados más relevantes, se encontró que la mayoría de los consultados eran hombres, de edades comprendidas entre los 35 y los 45 años, consumidores de alcohol o policonsumidores de distintas sustancias psicoactivas, que ingresaron al tratamiento por decisión propia. Esta muestra evidenció una mayoría de posiciones moderadas o neutrales en torno al abuso en la prescripción de psicofármacos por parte de los médicos y de los potenciales daños y riesgos de los medicamentos psicofarmacológicos. Al cruzarse con la edad, se encontró una mayor creencia de abuso y daño conforme la mayor edad de las personas. De modo que, existen factores generacionales y culturales que inciden en las creencias en torno a estos medicamentos. De igual modo, se obtuvo un mayor prejuicio en pacientes sin antecedentes previos de tratamientos por consumo de sustancias. Se cree que la confianza que depositan en el médico y las creencias positivas en torno a los psicofármacos puede incidir en la adherencia y en la recuperación de pacientes con problemáticas de consumo. Caso contrario, una mayor desconfianza y más prejuicios y creencias erróneas en torno a los psicofármacos puede ser un factor pronóstico de abandono.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS, 2004), droga es toda sustancia que incorporada en el organismo provoca cambios en sus funciones. A nivel social se ha establecido una clasificación de las drogas con base en tres estadios: las drogas o sustancias permitidas, las intermedias y las prohibidas.

Según dicha clasificación también conviene indicar que farmacológicamente se ha hecho una categorización de las sustancias psicotrópicas en arreglo a los efectos que producen en el organismo. Es así como, existen sustancias depresoras, sustancias estimulantes, alucinógenas y cannabinoides. Cada una se vincula con el efecto que generan a nivel del sistema nervioso central, siendo los niveles de consumo: uso, abuso y adicción.

Las adicciones son una expresión de la sociedad actual, que cada vez demanda a las personas crecientes consumos y donde no se agotan en algunos de ellos las características de lo que se denomina adicción. En ese sentido, la adicción se conceptualiza como “una situación en la cual una persona en forma compulsiva y repetitiva emplea de manera exclusiva y excluyente: ya sea, o una sustancia (que podría llegar a ser psicoactiva), u otra persona, o también, objetos y determinadas conductas, las cuales pueden constituir severas formas de adicción” (Sedronar, 2015).

En particular, el consumo problemático de sustancias se considera una de las situaciones de mayor riesgo en la sociedad, con prevalencia en adolescentes e impacto en todas las etapas de la vida. Este riesgo está asociado con situaciones propias de la persona que la consume, en el orden individual en cuanto al impacto que pueda tener en contextos emocionales, físicos, psicológicos y cognitivos, como en cuanto a su relación con la sociedad y su desempeño en entornos laborales, educativos, familiares y, en general, en el medio que lo rodea.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas significa un problema para la salud pública, con impactos económicos, en cuanto a la necesidad de implementar

tratamientos por parte de instancias públicas y privadas, en entornos familiares o dependencias del estado. A su vez, existe un costo social en esta problemática, debido al impacto en la disminución de las capacidades intelectuales, productivas y de estudio en las personas que tienen adicciones (Cogollo Z, Arrieta K, Blanco S, Ramos L. et al., 2011).

Estos pacientes constituyen un reto terapéutico, no solo para los profesionales tratantes sino para todo el sistema de salud, más aún si se está en presencia de casos de patología dual, en el que el consumo de sustancias se encuentra en comorbilidad con un trastorno psiquiátrico. La edad de inicio del consumo, el sexo, los factores familiares, laborales y sociales tienen incidencia en la adherencia al tratamiento en estos pacientes (Hernández L T, Roldán F J, Jiménez F A, Rodríguez M C et al., 2009). Asimismo, en este estudio se parte de la idea de que las creencias o ideas que estos pacientes tienen sobre su propio tratamiento también están relacionadas con la edad, el sexo, la situación convivencial y socioeconómica, así como también inciden aspectos como los tratamientos anteriores, la sustancia de abuso de la persona y la forma de inicio del tratamiento (espontáneo o inducido por otra persona).

En ese sentido, este trabajo tiene por objetivo principal establecer los factores que alteran las creencias que tienen los pacientes con consumo problemático de sustancias sobre su propio tratamiento en dos comunidades terapéuticas ubicadas en la provincia de Buenos Aires.

Pregunta- problema

Partiendo de lo dicho anteriormente, la interrogante principal de esta investigación es:

- ¿Cuáles son las creencias que tienen los pacientes con consumo problemático de sustancias respecto de los psicofármacos en dos comunidades terapéuticas ubicadas en la provincia de Buenos Aires?

Las preguntas secundarias son las siguientes:

- ¿Cómo cambian las creencias sobre los medicamentos en pacientes con consumo problemático de sustancias de acuerdo con el sexo y rango etario?
- ¿Cuál es la relación entre las creencias respecto de los medicamentos y la sustancia de abuso?
- ¿Cómo es la creencia de los pacientes sobre los medicamentos en quienes han tenido tratamientos anteriores?
- ¿Cuál es la creencia de estos pacientes sobre los medicamentos de acuerdo con el modo de inicio de la terapia, espontánea o inducida?

Justificación

Según datos ofrecidos por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), en el año 2023, cerca de un 77% de la población antes de llegar a los 18 años ya ha consumido alguna bebida alcohólica y el 76 % ya ha fumado tabaco al menos una vez. En relación con los consumos problemáticos, el 60% de las personas que tienen entre 25 y 34 años consume habitualmente bebidas alcohólicas, aunque la tasa de consumo de alcohol es mayor entre los adultos mayores (38,9%).

En cuanto a la tasa de consumo de marihuana de uso no terapéutico, ésta es mayor entre las personas de 25 a 34 años (14,6%), mientras que la tasa de consumo de alguna sustancia ilícita resulta más prevalente también entre la población de 25 a 34 años (15,0%) seguida por la población de 16 a 24 años (10,2%) (OAD, 2023).

La OAD también indicó en ese informe del 2023, que el 69,4% de la población que experimentó preocupación por su forma de consumir sustancias psicoactivas intentó hacer algo al respecto, bien sea ir al médico o ingresar a alguna comunidad terapéutica. La preocupación por el abuso de sustancias es mayor entre las mujeres (74,7%) respecto de los hombres (66,0%).

Asimismo, son las personas más jóvenes (16 a 24 años) las que más intentan hacer algo para atender la preocupación por su forma de consumir sustancias

psicoactivas, en especial en aquellos que pertenecen a hogares de clima educativo alto (74,5%), en relación con los de clima educativo medio (68,4%) y bajo (67,4%). Una variación similar se observa en quienes tienen cobertura de salud, bien sea obra social o prepaga, respecto de quienes no tienen afiliación (OAD, 2023).

Sin embargo, son pocas las personas que consumen sustancias psicoactivas e ingresan a un tratamiento terapéutico. El 54,2% de personas que han buscado algún tipo de respuesta a su preocupación por el consumo riesgoso de bebidas alcohólicas se corresponde con el 7,0% del total de población que consume bebidas alcohólicas con niveles de alto riesgo (OAD, 2023).

En particular, entre las 129.600 personas que han concurrido a alguna institución de salud para atender su preocupación en el último año, la mitad corresponde a consultas a profesionales particulares, como psicólogo/a, psiquiatra, médico/a, trabajador/a social u otro, y el 67,5% no inició o no continuó con el tratamiento por consumo de sustancias en dicho (OAD, 2023).

Como indica Poliansky, Gemini y Gorlero (2018) uno de los principales retos todavía sin resolver en las personas con consumo problemático de sustancia es la continuidad o adherencia al tratamiento establecido. Estos autores refieren un conjunto de determinantes que pueden influir en el abandono prematuro de las terapias de parte de los pacientes, como las decisiones que tiene el paciente sobre el inicio del tratamiento.

También existen estudios que reportan que, las personas que tienen trastorno por uso de sustancias en comorbilidad con un trastorno psiquiátrico suelen tener menor adhesión al tratamiento, mayores dificultades sociales y menor apoyo familiar. Sin embargo, es probable que una mejoría en la evaluación y en el diagnóstico de estos trastornos, así como el diseño de estrategias de intervención terapéutica específicas, mejore la evolución y el pronóstico de estos pacientes (Miquel L, Roncero C & López-Ortiz C. , 2011).

Alrededor de un 50% de los pacientes con enfermedades crónicas en el mundo tiene una falta de adherencia a los tratamientos prescritos. La falta de adherencia a la medicación es reconocida como un problema relacionado con las creencias sobre los medicamentos, que impacta negativamente en el logro de los objetivos de la farmacoterapia para una enfermedad determinada. La OMS ha indicado que la adherencia a los tratamientos tiene relación con factores sociodemográficos, económicos o bien vinculados con la misma enfermedad. Estudios indican que abordar la falta de adherencia comienza con una exploración de las perspectivas o creencias de los pacientes sobre los medicamentos y las razones por las que no quieren o no pueden usarlos (Intilangelo A, Majic S, Palchik V. & Traverso M., 2024).

Por lo expuesto anteriormente, se hace necesario profundizar en torno a este tema de importancia para la salud pública, a los fines de que se realicen intervenciones adecuadas en el área de adicciones y se haga un manejo acorde de estos pacientes.

Objetivos

Objetivos generales

- Establecer las creencias sobre los psicofármacos en pacientes con consumo problemático de sustancia en dos comunidades terapéuticas ubicadas en la provincia de Buenos Aires, durante los meses de mayo-junio de 2024.

Objetivos específicos

- Identificar la relación entre las creencias sobre los psicofármacos en estos pacientes de acuerdo con los factores sociodemográficos de sexo y edad.
- Indagar la asociación entre las creencias sobre los psicofármacos y el tipo de sustancia de abuso.
- Abordar la relación entre las creencias sobre los medicamentos y la experiencia de tratamientos anteriores.

- Determinar la relación entre las creencias sobre los medicamentos de acuerdo con el modo de inicio del tratamiento (espontáneo o inducido).

Hipótesis

Las creencias sobre los psicofármacos en pacientes con consumo problemático de sustancias están relacionadas con factores sociodemográficos, tratamientos anteriores, el tipo de sustancia de abuso y la decisión sobre el inicio a la terapia.

Marco teórico

Consumo de sustancias

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que incorporada en el organismo provoca cambios en sus funciones.

Asimismo, este organismo define la drogodependencia como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética (OMS-OPS, 2004).

La adicción se define como un fenómeno complejo, modulado a través de distintos factores; se caracteriza por complicaciones médicas, neuropsicológicas y neuroanatómicas que impulsan el malestar psicopatológico y presenta dificultades en el entorno laboral, legal y familiar. El diagnóstico llevado a cabo para identificar la adicción enfatiza en la determinación de la tolerancia y abstinencia, así como el uso compulsivo y la conducta en relación con alguna sustancia. De la misma manera, se analiza el control de la ingesta y la aparición de estados emocionales negativos (Flores, M. y Blanco, M. , 2018).

Al hacer referencia al consumo de sustancias, se aborda un tema relacionado con el uso no médico de drogas, susceptibles de ser autoadministradas, capaces de producir cambios en quien las consumen, sobre todo en “la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento” (Sanz, 2019, p. 4984).

El consumo de sustancias es un fenómeno extendido, fundamentalmente entre los jóvenes y, según indican especialmente en varones. No obstante, la literatura indica que las diferencias por género en el consumo de sustancias cada vez se acortan más, sobre todo en los adolescentes (Hernández et al., 2009). En este marco, se habla del abuso de drogas, de acuerdo con distintos criterios de clasificación, siendo la más común y utilizada aquella cuyos efectos inciden en el Sistema Nervioso Central (Sanz, 2019).

En la sociedad hay una alta frecuencia en cuanto al abuso de sustancias psicoactivas, especialmente en la población joven. Según estudios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas al menos una vez durante el año 2016, con una tendencia en aumento. Esto se agrega el excesivo consumo de sustancias psicoactivas ilegales y

sintéticas, altamente adictivas, como los opioides, la cocaína, el cannabis, las metanfetaminas, entre otros (Singla A, Singh P, Panditrao M & Panditrao M, 2020).

El periodo de riesgo de inicio del consumo de sustancias se concentra, según indican Hernández et al. (2009) y Cogollo et al. (2011), en la adolescencia mediana y tardía, cuando suelen comenzar a experimentar con drogas legales como primer eslabón para, posteriormente, usar sustancias de comercio ilegal. A su vez, este patrón tiene un alto grado de transición hacia el consumo regular de drogas ilícitas en los tres primeros años tras la experimentación.

La edad de inicio constituye una variable importante cuando se trata de consumo problemático, un asunto sobre lo cual se ha profundizado en distintos estudios para señalar factores individuales asociados con este tema. Entre los aspectos que se involucran se encuentran el sexo, la edad, el rendimiento escolar, los factores familiares, factores de influencia social y del ambiente, como el consumo por parte de los pares y la disponibilidad de sustancias asociados al inicio del consumo (Cogollo *et al.*, 2011).

Los indicadores actuales están llamando la atención acerca de la temprana edad de experimentación y consumo de drogas en los adolescentes varones. No obstante, la literatura indica que las diferencias por género en el consumo de sustancias cada vez se acortan más, sobre todo en los adolescentes (Hernández, Roldán, Jiménez, Rodríguez et al, 2009).

El periodo de riesgo de inicio del consumo se concentra en la adolescencia mediana y tardía. Los adolescentes suelen comenzar a experimentar con drogas legales como primer eslabón para posteriormente usar sustancias de comercio ilegal. A su vez, este patrón tiene un alto grado de transición hacia el consumo regular de drogas ilícitas en los tres primeros años tras la experimentación (Cogollo-Milanés, Arrieta-Vergara, Blanco-Bayuelo et al, 2011).

Son diversos los factores que se involucran se encuentran en la adicción a sustancias psicotrópicas. Puede estar relacionado con aspectos sociodemográficos como el sexo, la edad, el nivel educativo, los factores familiares, el estado convivencial,

la influencia social y del ambiente, el consumo por parte de los pares y la disponibilidad de las sustancias al inicio del consumo (Cogollo-Milanés, Arrieta-Vergara, Blanco-Bayuelo et al, 2011).

Las adicciones a sustancias son una expresión de la sociedad actual, que cada vez demanda a las personas crecientes consumos. En ese sentido, la adicción se conceptualiza como una situación donde una persona actúa en forma compulsiva y repetitiva, empleando una sustancia, pudiendo ser psicoactiva, mostrando conductas que pueden ser manifestaciones de adicción (Ministerio de Salud Argentina, 2015).

El inicio del consumo de sustancias puede variar, como han señalado distintos autores; algunos de quienes inician en este proceso pueden abandonar, sin embargo, la tendencia es aumentar la sensación de placer, lo cual requiere de períodos de tiempo. Es así cómo puede impactar de forma negativa en diferentes áreas de la vida (Etchevers et al., 2022).

La versión más consistente sostiene que el abuso a sustancias como el alcohol obedece a múltiples factores. Por un lado, se encuentran los factores genéticos, donde se destaca el rol que juega el temperamento del individuo. Por otro lado, existe una asociación con los factores ambientales, siendo el más importante la influencia familiar. Esto indica que la interacción recíproca continua entre las vulnerabilidades biológicas y psicológicas, y los recursos del sujeto y sus circunstancias psicosociales (Barea et al, 2010).

Para Cuadro y Baile (2015) existe una amplia probabilidad de consumo futuro en sujetos que tienen rasgos de personalidad asociados con niveles de psicoticismo. Impulsividad, desinhibición, extroversión y sociabilidad. En este marco, hay probabilidades de que se presenten características agresivas e irresponsables o impulsivas, que muestren contradicción en cuanto a las relaciones familiares, miedos sociales o fobias. Cogollo et al. (2011) refieren a factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias.

Tabla 1. Prevalencia de factores psicosociales/ consumo de sustancias

Factores psicosociales	Presencia n (%)	Presencia n (%)
Síntomas depresivos	692 (50,9)	667 (49,1)
Disfuncionalidad familiar	646 (47,5)	713 (52,5)
Consumo abusivo de alcohol	169 (12,4)	1 190 (87,6)
Autoestima	1 288 (94,8)	71 (5,2)
Religiosidad	583 (42,9)	776 (57,1)

Fuente: Cogollo et al. (2011), p. 475.

Como se aprecia en la tabla 1, elaborada por Cogollo *et al.* (2011), los síntomas depresivos, la disfuncionalidad familiar, el consumo abusivo de alcohol, autoestima y la religiosidad, son factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias. Se valora en primer lugar, la prevalencia de los síntomas depresivos, lo cual indica que este tipo de situaciones inducen mayormente al consumo de sustancias.

Por lo tanto, existe coincidencia entre lo que plantean estos autores y los señalado por Cuadro y Baile (2015) en cuanto a la probabilidad de consumo cuando los rasgos de personalidad son coincidentes y se presentan síntomas depresivos; todo lo cual, impulsa a la decisión y posterior adicción al consumo de sustancias. Como tal, se podrían manifestar los efectos implícitos en este tipo de situaciones. (Etchevers et al (2022) plantean que las sustancias psicotrópicas estarían diferenciadas por los efectos que éstas tienen. Estos exponen lo siguiente:

Existen algunas sustancias que estimulan el sistema nervioso central (psicoanalépticos) y otras que lo deprimen (psicoléptico), ejemplos de éstas, pueden ser la cocaína y el alcohol respectivamente. También existen sustancias que causan efectos alucinógenos como el LSD (psicodislépticos) y las que pueden manifestarse dando como resultado cualquiera de estos tres efectos (cannabinoides). (p. 5)

En particular el alcoholismo es un trastorno conductual de carácter crónico que se manifiesta por su ingesta excesiva con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad y afecta en la salud y el desenvolvimiento de la persona en cuanto lo social, económico y laboral. Se reconoce como una enfermedad progresiva, que puede ser mortal. Su origen obedece a factores fisiológicos, psicológicos, sociales y genéticos. Suele estar acompañado de una dependencia orgánica y emocional, la cual va ejerciendo un deterioro cerebral progresivo asociado a riesgos de morbimortalidad (García et al, 2015).

El manejo que se hace para atender el consumo de sustancias va a variar dependiendo de las condiciones de cada persona, el tipo de sustancia, el tiempo de la adicción y el trastorno que se ponga de manifiesto, de acuerdo con lo que ha señalado Sanz (2019). Especifica el autor, sobre la cocaína, que es un alcaloide estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC), utilizada en diversas formas, cuyos efectos ocurren en pocos minutos y tiene una duración aproximada de una hora. Su combinación con el alcohol da lugar a condiciones hepáticas y otros efectos potentes con acción más prolongada y tóxica. Con respecto a las anfetaminas, son sustancias sintéticas cuyo efecto es potente y estimulante, con efectos similares a los de la cocaína. Señala Sanz (2019):

En el caso de las drogas de diseño, se ha descrito un efecto entactógeno que facilita el acercamiento interpersonal, así como cierto potencial alucinógeno. Se han descrito cuadros de depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos psicóticos y fenómeno de *flashback* tras su uso continuado. El efecto secundario más frecuente y característico de todas las anfetaminas es el bruxismo, deshidratación, golpes de calor, rabdomiolisis y arritmias cardíacas que pueden comprometer la vida. (p.4991)

Este señalamiento de Sanz (2019) plantea el impacto que tiene este tipo de drogas en el desarrollo de actividades sociales y el desempeño en grupos. Asimismo, queda clara la posibilidad evidente de la presentación de enfermedades mentales, las

cuales se hacen presentes una vez que se prolongue su uso, con lo cual se subraya la impresión negativa que estas sustancias tienen en la persona que las consume.

Trastorno por consumo de sustancias

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) refiere los trastornos inducidos por sustancias (TUS), incluyendo la intoxicación y la abstinencia. El primer es común frente a la presencia de TUS, dentro de lo cual se encuentra la labilidad emocional, la beligerancia, el juicio deteriorado, entre otros (APA, 2014, p. 486). En cuanto a la abstinencia, esta provoca “cambios sistemáticos significativos y problemático comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia” (APA, 2014, p. 486). El síndrome de abstinencia provoca malestar y alteraciones directas en la vida laboral y social y en distintas áreas donde se desenvuelve la persona.

El consumo problemático de sustancias trasciende a las condiciones de la persona, para convertirse en un asunto de interés social que afecta el desenvolvimiento de grupos y genera conflictos familiares, así como en instituciones laborales y empresas. Su complejidad también es cultural y amerita el compromiso de las instituciones públicas y autoridades para el desarrollo de políticas que permitan prevenir e intervenir en la materia.

El consumo de sustancias psicoactivas conforma un peligro para la salud pública, con impactos económicos, en cuanto a la necesidad de implementar tratamientos por parte de instituciones públicas y privadas, en entornos familiares o dependencias del Estado. Es imperioso considerar el costo social que esto representa, dado el impacto en la disminución de las capacidades intelectuales y productivas en las personas que tienen adicciones.

Este trastorno se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública que, lejos de disminuir, se ha ido incrementando en los últimos años. Es un error asumir que el consumo abusivo de estas sustancias afecta a sectores marginales de la

sociedad. Todo lo contrario, es un problema que afecta a una gran parte de la población laboral activa, lo que ocasiona graves consecuencias en los lugares de trabajo, como problemas de seguridad por accidentes debidos a la falta de atención y concentración en los trabajadores afectados, además de aumento del absentismo y la conflictividad laboral.

Los estudios vinculados con consumo problemático de sustancias psicoactivas se extienden hacia distintas poblaciones. La problemática está vinculada con situaciones personales que conducen a las adicciones, como respuestas a diversas circunstancias. De hecho, puede afirmarse que el ámbito laboral dejó de estar al margen de la problemática el uso y abuso de sustancias. Actualmente, existe un impacto del consumo de sustancias psicoactivas, como tranquilizantes y opioides. Esto ocasiona en el organismo efectos inapropiados que son perjudiciales para la atención y concentración, y que al mismo tiempo crea malestar en el entorno de la persona.

Una de las sustancias ilegales estimulantes con mayor número de consumidores en el mundo es la cocaína. Solo en Estados Unidos existen 2,2 millones de consumidores de esta droga, la cual genera una alta tasa de morbilidad y mortalidad en ese país (Kampman, K M., 2019). Asimismo, la OMS reportó que, entre 14 y 21 millones de personas consumieron la sustancia en todo el mundo, en el año 2012 (Sangroula D, Motiwala F, Wagle B, Shah V et al., 2017).

En 1910 se reportó por primera vez el daño de la inhalación de cocaína por vía nasal en un estudio médico. En 1912, miles de personas en Estados Unidos fallecían anualmente por el abuso de la sustancia, hasta que fue prohibida en 1914, con la aprobación de la Ley de Estupefacientes de Harrison, que prohibió el uso de fármacos de cocaína patentados, así como también reguló la importación, fabricación y distribución de productos a base de cocaína y opio (Drake, L R y Scott, P., 2018).

Fue en 1970 cuando se incrementó el abuso del consumo de cocaína en países como Estados Unidos. Particularmente, en los 80 diversos carteles de la droga

colombianos exportaron unas 15 toneladas por día hacia dicho país, un negocio que generaba unos 22 mil millones de dólares por año (Drake y Scott, 2018).

La cocaína suele administrarse por la vía de inhalaciones nasales, pero la sustancia también puede ser absorbida mediante las mucosas de la boca, el recto o la vagina. Al esnifarse, el efecto de euforia en el cerebro se produce entre 3 a 5 minutos. También puede inyectarse, provocando una sensación más intensa en el adicto, pero tarda el doble de tiempo en llegar al cerebro. Otra vía es fumarla, ya que se absorbe rápidamente por los pulmones y llega a la circulación cerebral en 6-8 segundos. La vida media corta en plasma oscila entre 0,5 y 1,5 horas (Brownlow H A & Pappachan J., 2002).

Según datos de la literatura, en 2017, aproximadamente 966.000 personas mayores de 12 años en Estados Unidos cumplieron los requisitos formales para el trastorno por consumo de cocaína. De igual forma, en la Unión Europea, la cocaína es la más común de las drogas estimulantes ilícitas. La sustancia puede causar daños graves a la salud mental y física, como infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, convulsiones, depresión, ansiedad, psicosis, entre otros (Buchholz, J. y Saxon, A J., 2019).

El efecto de la cocaína en el sistema nervioso central (SNC) depende de varios factores, como la cantidad consumida y la experiencia farmacológica del usuario. El efecto que produce es de euforia, energía, mayor confianza en sí mismo, locuacidad, alerta mental, en especial en sentidos como la vista, el oído, el tacto. También puede generar sentimientos de ansiedad y pánico (Brownlow H A & Pappachan J., 2002).

Otro efecto que posee es la pérdida de la necesidad de comer y dormir, razón por la cual la cocaína ha sido empleada en supermodelos. También genera conductas violentas y extrañas en la persona, así como vértigo, espasmos musculares, paranoia, psicosis anfetamínica, dolor de pecho, náuseas, sed intensa, visión borrosa, entre otras. Con el abuso de la sustancia sobreviene la inquietud, irritabilidad extrema, insomnio,

pérdida de la libido, paranoia e incluso alucinaciones o delirios (Brownlow H A & Pappachan J., 2002).

De acuerdo con los datos más actuales arrojados por la séptima edición de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias y Prácticas de Cuidado en la población general (EnCoPrac), realizada por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Sociedad Argentina (Sedronar), el consumo de sustancias psicoactivas representó el 13,8% de las muertes en el 2020, ya sea por causas directas e indirectas. La tasa bruta de mortalidad ese año fue de 2,7 por cada 100.000 personas. Las sustancias con la mayor cantidad de casos son el tabaco y el alcohol, con 80,7% y 18% de las defunciones, respectivamente. En esta encuesta, los estupefacientes y las sustancias de uso indebido, como cocaína o alucinógenos, presentan frecuencias menores que oscilan en 0,9% y 0,4%, respectivamente (OAD-Sedronar, 2024).

Entre la población de 16 a 75 años del país, las sustancias que presentan mayores tasas de consumo de alguna vez en la vida son alcohol (84,7%) y tabaco (49,2%), ambas de uso legal. La marihuana, tanto de uso no terapéutico como no terapéutico se ubica en tercer lugar, con una tasa de consumo del 26,3%. Le sigue el consumo de alguna vez en la vida de tranquilizantes con y sin prescripción médica, cuya tasa de consumo resulta de 14,1%. Al respecto, el 2% de los usuarios alude haber consumido, alguna vez en la vida, tranquilizantes sin prescripción médica.

Siguiendo con estas cifras, la tasa de consumo de cocaína en Argentina es de 3,9% y un 3,2% la de consumo de alucinógenos. A su vez, el consumo de alguna vez en la vida de medicamentos opioides sin prescripción médica está en 3,1%, similar al uso de los estimulantes con prescripción médica. En un porcentaje bastante menor se encuentra el éxtasis con el 1.5 %. Otras sustancias consumidas alguna vez en la vida tienen tasas menores al 1%, como son: solventes o sustancias inhalables y anfetaminas (0,4%), ketamina (0,3%); estimulantes sin prescripción médica, pasta base-paco y

metanfetaminas (0,2%). Finalmente, el 24 % de la población ha consumido alguna droga ilícita alguna vez en la vida (OAD- Sedronar, 2023).

Los datos del estudio revelan que cerca del 77% de la población antes de llegar a los 18 años ya ha consumido alguna bebida alcohólica y que el 76 % ya ha fumado tabaco al menos una vez. Lo mismo sucede con la marihuana, cuya sustancia comienza a consumirse en la juventud. Asimismo, la mayoría de quienes consumieron alguna vez medicamentos opioides, lo hizo por primera vez a los 17 años, tanto varones como mujeres. En cuanto a los tranquilizantes, la edad de inicio promedia los 40 años en mujeres y 50 años en hombres.

Al analizar el consumo de alguna vez en la vida por género se observa que los varones presentan una mayor tasa en el consumo de alcohol y dos veces más en relación con los estimulantes. Con respecto al uso de alguna vez en la vida de psicofármacos, las mujeres superan a los varones en la tasa de consumo tranquilizantes (OAD- Sedronar, 2023).

La mayor tasa de incidencia en todo el país es la de alcohol, que asciende al 13,2% de la población que no había bebido anteriormente y que iniciaron el consumo hace un año (481.984 personas). También, unas 321.400 personas comenzaron a usar tranquilizantes con y sin prescripción médica en los últimos 12 meses, lo que implica una tasa de incidencia anual del 1,8%, siendo mayormente mujeres las consumidoras (OAD- Sedronar, 2023). Todo esto demuestra el consumo creciente de las sustancias en nuestra sociedad.

Otras cifras de interés en estas encuestas actuales es que el 32% de la población definió el consumo de drogas en su barrio como “grave”. La gravedad del uso de drogas es mayor en hogares con nivel educativo bajo (43,5%) respecto de hogares con nivel educativo alto (13,8%) (OAD- Sedronar, 2023).

Se entiende que el consumo habitual de sustancias psicoactivas incrementa las probabilidades de padecer enfermedades o lesiones. En este sentido, se asume que dicho consumo opera como factor de riesgo y que la exposición genera cierto impacto

medible en la salud de los sujetos. De allí que la tasa de muerte por causas directas o indirectas al consumo de sustancias psicoactivas se encuentre entre las primeras causas de muerte en Argentina.

El hábito al consumo es un problema entre las personas con este trastorno. Ello obedece a que el abuso de sustancias ocasiona trastornos neuroquímicos subyacentes, así como anomalías psiquiátricas que incluyen depresión, ansiedad, deterioro neurocognitivo, entre otros. Con algunas sustancias esto se acentúa, como es el caso del alcohol, el cual produce un daño cerebral y cognitivo importante a causa de la acción del etanol. Por esta razón, la mayoría de las terapias relacionadas con trastornos por consumo de sustancias requieren el uso de fármacos anti- *craving*, es decir, medicamentos que actúan contra el deseo compulsivo e imperioso de consumo para lograr la deshabitación (Balcells M & Gual A., 2002).

De ese modo, el problema de estos consumos problemáticos es el potencial de acción cerebral que tienen las sustancias para modificar el funcionamiento del sistema nervioso. Estas tienen efectos desencadenantes de cambios de ánimo y la percepción, incluso trastornos de comportamiento y de la conciencia (Astrês F M, Alves A, Valério M et al., 2021). De hecho, los aspectos sumamente negativos vinculados con la problemática de consumo y abuso de sustancias tienen que ver con los trastornos de salud mental asociados con el abuso, la alteración psicosocial de las personas y el incremento de la tasa de mortalidad debido a sobredosis.

También es preciso mencionar que los propios centros de salud son el epicentro de epidemias por el consumo de ciertos fármacos y sustancias, dado el acceso que tiene el personal de salud en los espacios cerrados, como quirófano, UTI o unidad coronaria, a ciertos medicamentos. A su vez, la mayoría de los estudios vinculan este problema con el estrés y la sobrecarga laboral que suelen tener estos profesionales (Astrês F M, Alves A, Valério M et al., 2021).

El OAD también ha indicado que los consumos de sustancias psicoactivas, como prácticas sociales, conllevan trayectorias subjetivas o diferenciadas, muy heterogéneas

y no lineales, lo que debe conllevar a pensar propuestas de atención de estas problemáticas y su acompañamiento desde perspectivas integrales, con diferentes fases e instancias, en tanto las personas van modificando sus patrones de consumo de acuerdo a múltiples situaciones vitales (OAD- Sedronar, 2023).

El consumo de sustancias se relaciona estrechamente con problemas de salud mental, lo cual se relaciona con el bienestar y las capacidades para afrontar situaciones, alcanzar anhelos e implementar ideales y sentimientos en el ámbito social. Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas se reconoce como un factor que altera la salud propia y colectiva, generando daños en el aspecto físico y mental, e interfiriendo en el alcance de las expectativas individuales y sociales (Agudelo y Estrada, 2016).

De hecho, se han descrito la patología dual, en la que converge el trastorno por consumo de sustancias y trastornos de salud mental. Estos pacientes “duales” se caracterizan por presentar cuadros especiales o graves tanto desde la perspectiva clínica como social. Los sujetos con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales han sido descritos por la literatura clínica como pacientes que muestran más conductas violentas y criminales, así como también tienen mayor prevalencia de infecciones, como el VIH y el virus de la hepatitis C. Muchas veces son individuos que padecen situaciones como el desempleo y la marginación (Szerman B, Arias H, Vega A, Babín V et al., 2011).

La relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada caso. La literatura coincide en que la patología dual no es bien comprendida y su diagnóstico es complejo por el solapamiento de síntomas y la dificultad de distinguir entre trastornos primarios e inducidos (Gimeno C, Dorado M L, Roncero C, Szerman N et al., 2017).

La adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías preexistentes. La administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen factores

comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos (Szerman B, Arias H, Vega A, Babín V et al., 2011).

Son diversos los tipos de patologías duales o trastornos con comorbilidades asociadas. El consumo de drogas puede precipitar una predisposición a psicosis. Por ejemplo, el consumo de cannabis puede generar un trastorno esquizofrénico, o causar un cambio fisiológico que origine un trastorno permanente. También ocurre que en algunos casos el uso de sustancias se utiliza como un medio para aminorar los síntomas de la psicopatología (Gimeno C, Dorado M L, Roncero C, Szerman N et al., 2017).

En ese sentido, la coexistencia de trastornos mentales y adictivos es una línea de investigación en psiquiatría sobre la que aún hay muchos factores por profundizar o descubrir. Otra línea de investigación supone que no es la sustancia la que origina la psicopatología, sino que hay una condición previa que induce al consumo o uso problemático de sustancias. Esta línea se orienta hacia el estudio de los factores preexistentes, de origen ambiental, familiar o biológico.

La literatura profundiza en diversas trastornos duales o trastornos por abuso de sustancias combinados con otra patología psiquiátrica. Entre las más recurrentes se encuentran la psicosis, el trastorno por ansiedad, la bipolaridad y el trastorno límite de personalidad. En esta investigación se hará foco sobre la patología dual asociada al trastorno límite de personalidad (Saíz M P, Jiménez T L, Díaz M E, García-Portilla M P et al.).

Asimismo, conviene indicar que en cuanto a las adicciones también se han hecho nuevas incorporaciones en la literatura, como es el caso del trastorno por juego. No obstante, se sigue señalando al uso de sustancias psicotrópicas como un factor de comorbilidad asociado con patologías psiquiátricas graves debido a los mecanismos de neuroadaptación que conllevan (Szerman, N., 2015).

Etchevers *et al.* (2022) describen que los trastornos que se relacionan con sustancias psicotrópicas tienden a presentar multimorbilidades, tanto por la presencia de enfermedades que forman parte del cuadro clínico, como la frecuencia de otros

trastornos mentales, problemas socioambientales, y la manera como se manifiestan las diferentes sustancias. Esto genera complejidad para la atención, el tratamiento y el desempeño integral del sistema de salud.

Al explicar la neurobiología de la adicción, la neurociencia explica que se debe a cambios que se manifiestan de forma persistente en el funcionamiento cerebral. Esto es causado por una agresión farmacológica que consiste en el consumo reiterado de sustancias, con posible predisposición genética y asociándose con aspectos ambientales propios del consumo de drogas (Sanz (2019).

De hecho, se plantea la relación entre consumo de sustancias y trastornos mentales relacionados con ellas; estos son trastornos inducidos y por consumirlas, los cuales presentan patrones problemáticos con síntomas cognitivos y de comportamiento o fisiológico, con malestares clínicamente significativos, dificultades para controlar su consumo y deterioro en la comunicación social.

La sistematicidad en el consumo modifica a nivel fisiológico regiones cerebrales que dan lugar a un aumento de la tolerancia a la sustancia, disminuyendo el efecto, lo que consecuentemente predispone al aumento de la frecuencia, el incremento del consumo y la dependencia. Este tipo de consumo genera disfuncionalidades significativas, pero no es menos problemático que un uso abusivo como la intoxicación que se encuentra dentro del grupo de los trastornos inducidos y puede afectar a quien consume y a terceros. (Etchevers *et al.*, 2022)

Los autores dejan claro, a través de la cita expuesta, la gravedad del impacto que tiene el consumo de sustancia de manera sistemática y el daño fisiológico cerebral que recibe el organismo y todos los eventos que se manifiestan, tanto en el contexto individual de la salud, como en el contexto social, de la convivencia. Esto, especialmente porque podrían generarse situaciones irregulares afecten las relaciones con los grupos. Resulta relevante hacer la acotación, con respecto a lo que plantean Etchevers *et al.* (2022), sobre la tendencia a que el propio sistema fisiológico predisponga el aumento

del consumo y su dependencia, aspectos que agravan el panorama relacionado con este tema.

González *et al.* (2016) asientan que, cuando se presentan conductas adictivas, esto responde a distintas variables e indicadores de la personalidad, lo cual puede influir a estar predispuesto para esto. Por otra parte, se señala que los rasgos de personalidad son patrones persistentes para percibir y pensar en relación con lo que otros hacen. Como tal, existen características individuales que tienen a valorarse como factores de vulnerabilidad, lo cual puede facilitar la predisposición a dicho consumo. En particular, se define el uso de sustancias y la relación con los rasgos de personalidad, teniendo en cuenta características personales previas al consumo de sustancias. Al respecto, señalan los autores lo siguiente:

La explicación para la asociación entre el uso de sustancias y los rasgos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que se desconoce si el uso de drogas modula una serie de rasgos previos, si la personalidad determina el uso de drogas, o si son independientes. Los indicadores de la personalidad influyen diferencialmente en diferentes sustancias y en el tipo de consumo. (González *et al.*, 2016, p. 109)

El planteamiento realizado por González *et al.* (2016) consiste en una visión acerca del conocimiento global relacionado con el consumo de sustancias psicotrópicas; estos autores vinculan el uso de sustancias y los rasgos de personalidad, y afirman que la incidencia ocurre en cuanto a tipo de sustancia y el tipo de consumo, destacando la incidencia a la predisposición que se tenga sobre las mismas.

Del mismo modo se destaca que factores como la impulsividad y buscar sensaciones explorando el autoconcepto y la idea que se tenga acerca de la conducta social son factores que impulsan y se relacionan con el consumo de sustancias adictivas particularmente en adolescentes, en estos mismos términos se observa que la impulsividad y la desinhibición conduce generalmente el consumo de alcohol (González *et al.*, 2016).

Sanz (2019) indica que, al consumir sustancias, se desarrolla un conjunto de síntomas somáticos y cognitivos, así como de comportamiento, que conducen al sujeto a auto administrarse de forma constante una sustancia, aun reconociendo sus consecuencias tanto en lo orgánico, como en lo psicológico y social. Señala al respecto que “en el cerebro se producen cambios neurofisiológicos que se traducen en manifestaciones clínicas y conductas compulsivas que expresan una pérdida de la capacidad volitiva del sujeto” (p. 4984).

A nivel social se ha establecido una clasificación de las drogas con base en tres estadios: las drogas o sustancias permitidas, las intermedias y las prohibidas. Según dicha categorización también conviene indicar que farmacológicamente se las sustancias se han ordenado en arreglo a los efectos que producen en el organismo. Es así como, existen sustancias depresoras, sustancias estimulantes, alucinógenas y cannabinoides. Cada una se vincula con el efecto que generan a nivel del sistema nervioso central, siendo los niveles de consumo: uso, abuso y adicción (OMS-OPS, 2004).

Munn *et al.* (2021) determinan 8 fenotipos asociados al consumo sustancias: “bebidas por semana, trastorno por consumo de alcohol, inicio del tabaquismo, tabaquismo actual, cigarrillos al día, dependencia de la nicotina, inicio del consumo de cannabis y consumo de cannabis” (p. 2). Sanz (2019) presenta la clasificación de las drogas de abuso como se muestra en la tabla 2:

Tabla 2. Clasificación de las drogas de abuso

Sustancia	Efectos deseados	Efectos secundarios	Efectos adversos graves	Efectos por consumo a largo plazo
Depresores del SNC				
Heroína	Euforia, sedación, analgesia	Náusea, vómito, estreñimiento, IV flebitis, abscesos	Depresión respiratoria. IV endocarditis derechas	Dependencia intensa, gran deterioro psicosocial, IV:

				infecciones VIH, VHC
Alcohol	Relajación, desinhibición, euforia	Alteración coordinación. Náuseas, vómitos	Coma, depresión respiratoria, hipotermia	Hepatopatía, polineuropatía, deterioro cognitivo, cardiomiopatía
Hipnosedantes	Relajación, inducción del sueño	Somnolencia, anhedonia	Coma, depresión respiratoria	Embotamiento emocional y cognitivo Convulsiones por privación
Estimulantes del SNC				
Cocaína	Euforia, activación, disminución de fatiga, sueño y apetito	Irritabilidad, agresividad, agitación, insomnio	Eventos cardíacos isquémicos, ACVA, taquiarritmias, convulsiones. Ideación paranoide	Psicosis
Anfetaminas	Euforia, activación, disminución de fatiga, sueño y apetito	Bruxismo, insomnio, sequedad de mucosas, temblor, dificultad para orinar, fatiga de rebote	Episodios cardiovasculares, taquiarritmias, convulsiones, ideas paranoideas	Anorexia, psicosis
Nicotina	Efecto estimulante	Tos, hipertensión, taquicardia	Náusea, vómitos, palidez, cefalea, temblor, dolor abdominal	Problemas gastrointestinales
Xantinas	Efecto estimulante	Insomnio, nerviosismo, excitación, cara rojiza, aumento de la diuresis	Fasciculaciones, desvaríos, arritmia cardíaca y agitaciones psicomotrices	Problemas gastrointestinales
Perturbadores del SNC				
Alucinógenos	Alucinaciones visuales, auditivas y propioceptivas. Alteración de las percepciones. Sinestesias	Insomnio, confusión, ansiedad, crisis de pánico	Psicosis aguda	

THC	Relajación, desinhibición, facilita socialización, humor	Náusea, tos, empeoramiento de funciones ejecutivas y memoria a corto plazo. Ansiedad, agitación, hipotensión, cefalea	Crisis de ansiedad, ideación paranoide	Psicosis. Síndrome amotivacional
Otras drogas				
Drogas de síntesis	Efecto entactógeno: sensación de empatía y cercanía. Desinhibición . Percepción aumentada	Bruxismo, insomnio, sequedad de mucosas, sudoración, fatiga de rebote, dificultades de concentración	Hipertermia maligna, hepatotoxicidad, deshidratación	Neurotoxicidad. Alteración de la memoria, la concentración y el aprendizaje. Alteración del estado de ánimo
Inhalantes	Euforia, sociabilidad, relajación	Confusión, delirio, ataxia, disartria, agitación, violencia. Alucinaciones	Convulsiones, estupor y coma. Arritmias. Psicosis	Polineuropatía, miopatía, hemorragia digestiva

Fuente: Adaptación de Sanz (2019), p. 4985.

Las depresoras son aquellas que desaceleran el funcionamiento y la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, enlentecen o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). Sus efectos incluyen relajar el SNC y, en dosis pequeñas, generan euforia, mientras en dosis elevadas pueden provocar aturdimiento y apatía. Asimismo, impulsan la disminución de la tensión y la desaparición de la angustia, entre otros efectos (OMS-OPS, 2004).

En cuanto a las sustancias llamadas estimulantes, la OMS (2004) destaca que éstas aceleran o estimulan el funcionamiento del SNC, mediante la liberación por parte de las células nerviosas de neurotransmisores estimulantes. En cuanto a los efectos, resaltan que producen mejoría del estado de ánimo con mayor sensación de felicidad y

disminución del apetito. Estas sustancias mantienen al individuo despierto y activan el metabolismo con un aumento de las pulsaciones del corazón.

Asimismo, hay sustancias conocidas como perturbadoras o alucinógenas. Estas distorsionan la percepción de la realidad y alteran significativamente la química cerebral, generando alteraciones visuales, táctiles y auditivas. Sus efectos son la modificación de la noción de tiempo y espacio, producir exageración de las percepciones sensoriales, especialmente de los sentidos de la vista y del oído. Sus consecuencias relacionadas con cada una de las sustancias son, en el caso del llamado PCP, o Polvo de Ángel, produce pánico, paranoia, estados psicóticos, depresión y crisis de angustia; el Peyote y la Psilocybina, causan depresión cardíaca, dolor de cabeza, disminución del ritmo respiratorio y contracciones intestinales. El LSD estimula el delirio, terror, pánico, paranoia, trastornos en la visión, hipertensión arterial (HTA), problemas respiratorios, crisis psicóticas y alucinaciones visuales. Finalmente, la marihuana reduce el impulso sexual, induce la apatía, lentitud, torpeza, pereza, disminución de la atención/concentración y trastornos de la memoria (OMS-OPS, 2004).

Tratamiento para las adicciones

Existen diferentes servicios en todo el país para tratar las adicciones en poblaciones de distintas edades y características. Los servicios de adicciones, por lo general, toman conocimiento de los casos bien sea por la consulta mediante turnos telefónicos o presenciales, de acuerdo con la evaluación situacional del consultante. También reciben consultas espontáneas (orientaciones y asesoramientos) de personas consumidoras, familiares, allegados, personal de escuelas, profesionales de la salud, entre otros.

En la primera etapa se conoce e identifica la presencia del trastorno cuando se observan signos y comportamientos de deterioro, o surgen sospechas de desvío de drogas en trabajadores de instituciones de salud. Las personas que padecen un trastorno por consumo de sustancia muchas veces no reconocen el problema, pero son identificados por familiares directos, amigos, compañeros de trabajo o por cualquier

persona allegada a su entorno. Aun cuando la persona adicta lucha por mantener cierta apariencia de normalidad. Los signos y síntomas más frecuentes en estos casos se presentan en la tabla 3. Por esta razón, al recepcionarse un posible caso, eventualmente se puede realizar un control con las pruebas toxicológicas correspondientes.

Tabla 3. Signos en personas con trastorno por consumo de sustancias

Signos	Elementos destacables
Períodos de irritabilidad y enojo	En estos casos el individuo se encuentra en abstinencia y experimenta ansias por consumir
Periodos de euforia	Se presentan la persona está bajo los efectos de la droga
Cambios de humor	Comunes en algunas personas y no son indicativos de consumos problemáticos de forma aislada, pero en un anestesista u otro profesional anteriormente estable o “equilibrado” estos cambios sugieren alguna etiología subyacente
Aumento de episodios de ira, irritabilidad y hostilidad.	Especialmente en individuos para quienes esto no es una norma histórica.
Aislamiento Atribuir cantidades cada vez más inadecuadas de opioides o cantidades inadecuadas para un caso en cuestión	Tener tiempo para participar en la actividad de consumo de drogas solo y sin ser observado. Aumenta en intensidad a medida que aumenta la dependencia de la droga y la tolerancia a sus efectos.
En el caso de médicos o personal de salud, pasan más tiempo en el hospital o institución de salud. Se proponen como voluntario para guardias extras.	Para estar cerca de la fuente, incluso cuando está fuera de servicio con el pretexto de querer ayudar.
Los trabajadores suelen rechazar descansos para el almuerzo o el café, pero solicita descansos frecuentes para ir al baño.	
Pérdida de peso inexplicable y piel pálida (signos tardíos).	

Fuente: Koijam A, Singh K, Nameirakpam B. et al. (2024)

Proceso de Admisión

En esta etapa se realiza la evaluación de las características de cada caso en relación con el dispositivo hospitalario. Se estipulan encuentros que se fijan a criterio de los especialistas. La evaluación observa la necesidad de consulta psiquiátrica y actualización clínica, así como la interconsulta con otros servicios (neurología, gastroenterología, área de trabajo social, entre otros, según el caso), así como internación en centro especializado, en caso de ser necesario.

En este momento se realiza también el psicodiagnóstico. Se hace la administración, evaluación e informe de tests psicológicos cualitativos, con devolución, por ejemplo, la encuesta Assist sobre Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas. En la admisión se define la etapa siguiente.

Inicio de tratamiento

En esta etapa, el personal activa todos los protocolos pertinentes para que la persona comience el tratamiento. Este tratamiento puede conllevar la necesidad de internación, dado que debe iniciarse un proceso de deshabitación de la sustancia de abuso. Todo dependerá del grado de adicción o hábito que tenga la persona y su estado clínico general.

Los tratamientos pueden ser tanto farmacológicos como no farmacológicos. En estos últimos se pueden considerar la psicoterapia individual, psicoterapia grupal y de modo especial el tratamiento cognitivo conductual, el cual suele ofrecer buenos resultados para personas que necesitan cambiar conductas nocivas para sí misma y para terceros. Se debe buscar en todos los casos el abordaje integral y con perspectiva de derechos, tomando en cuenta la confidencialidad y la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529.

En el tratamiento de deshabitación, orientado a la reducción de daños, se entiende al consumo problemático de sustancias como un síntoma que se manifiesta en el sujeto con sus variables en cada caso. La conducta de consumo se instala en el

cuerpo, que se ve dañado biológicamente por el tóxico, llegando a modificar la fisiología de la célula y su estructura.

El tratamiento para la deshabituación varía desde medicamentos, tratamiento de afecciones comórbidas, asesoramiento, terapias conductuales, terapias alternativas (ejercicio, yoga, suplementos alimenticios, capacitación vocacional hasta socialización). Todo depende de la droga o sustancia adictiva de la que se desee recuperar. Los medicamentos actuales para tratar la adicción y la abstinencia de diversas drogas psicoactivas varían según el tipo de sustancia de abuso (Balcells M & Gual A., 2002).

Los medicamentos de tratamiento comunes incluyen buprenorfina, metadona, naltrexona de liberación prolongada y lofexidina para el tratamiento de la adicción a los opioides. El bupropión, la vareniclina y las terapias de reemplazo de nicotina se utilizan para el tratamiento de la adicción a la nicotina. Para el tratamiento de la adicción al alcohol se utilizan disulfiram, naltrexona y acamprosato. Los medicamentos suelen imitar compuestos que proporcionan un alivio intermedio o prolongan la sensación de recompensa o tratan los síntomas de abstinencia, cuya dosis puede reducirse gradualmente hasta llegar a la abstinencia (Kojam A, Singh K, Nameirakpam B. et al., 2024).

Sin embargo, hasta el momento en la literatura no se reporta un fármaco que pueda emplearse como terapéutica estándar para el tratamiento de la abstinencia a sustancias en pacientes adultos. El diagnóstico del TUS se determina por marcados cambios en el comportamiento de la persona, principalmente por la conducta caótica, aislamiento social, agresividad y la disfunción sexual. En ese sentido, uno de los enfoques farmacológicos principales en el tratamiento de adicciones a la cocaína se orienta en inhibir la fase de *craving* o de abstinencia, para lo cual se emplean agonistas de la dopamina, como antipsicóticos y antidepresivos, o potenciadores del ácido gamma-aminobutírico (GABA), que pueden ser los bloqueadores adrenérgicos y los agentes anticonvulsivos (Sangroula D, Motiwala F, Wagle B, Shah V et al., 2017).

Otras investigaciones como la de (Ezquerro-Romano, Lawn, Krupitsky y Morgan (2018) avalan el uso de la ketamina como un fármaco prometedor útil para el tratamiento de la adicción. Este medicamento, que actúa directamente sobre el SNC, se emplea como analgésico sedante y también como antidepresivo de acción rápida. Según este estudio, existe evidencia para afirmar que la ketamina puede promover la abstinencia en la dependencia del alcohol, a la heroína y la cocaína.

También hay estudios que están empleando la deshabitación al trastorno por abuso de cocaína con modafinilo, fármaco que fue aprobado en 1992 en Francia y en 1998 por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos. Su propiedad más importante es que promueve la vigilia y atención ante ciertos estados comportamentales que propician la somnolencia excesiva diurna, ya sea por patologías clínicas en adultos, como narcolepsia, hipersomnia idiopática, apnea obstructiva del sueño o por trabajos en turno nocturno, como ocurre con el personal del área de salud, del ejército, pilotos, azafatas, conductores, entre otros (Sanabria L D, Rodríguez L N, Logreira G D, Márquez B A & Mejía R O, 2020).

Los estudios reportan que la dosis diaria de modafinilo no debe superar los 400 mg, en tanto se trata de un fármaco dopaminérgico psicoestimulante. Se ha reportado su ventaja respecto de los estimulantes tradicionales, como la acción relativamente rápida y de larga duración en el organismo, ya que el pico plasmático es de 2 a 4 h después de la ingesta y presenta una vida media de 12 a 15 horas (Sanabria L D, Rodríguez L N, Logreira G D, Márquez B A & Mejía R O, 2020).

El modafinilo actúa como agente simpaticomimético de acción central. Inhibe los transportadores de catecolaminas, bloqueando la recaptación de los neurotransmisores de dopamina y noradrenalina en la corteza prefrontal y los ganglios basales. Eleva sus concentraciones a nivel extracelular y actúa indirectamente sin estimular los receptores adrenérgicos, ya que su efecto a favor de los estados de vigilia puede ser bloqueado administrando antagonistas del receptor α_1 y β -adrenérgico (Sanabria L D, Rodríguez L N, Logreira G D, Márquez B A & Mejía R O, 2020).

Psicoterapias de grupo y comunidades terapéuticas

El tratamiento de cualquier adicción se ha topado muchas veces con la dificultad de un paciente “sin conciencia del problema”, “poco motivado” o “carente de voluntad de cambio”. Estos problemas suelen representar objetivos fundamentales de cualquier intervención terapéutica para tratar adicción a sustancias (Astrês F M, Alves A, Valério M et al., 2021).

Algunos estudios recomiendan ofrecer un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente y que trata de provocar un cambio en su comportamiento, a través de ayudarlo a explorar y resolver ambivalencias o posiciones contrapuestas respecto al consumo de sustancias. Resulta beneficio trabajar con técnicas motivacionales, que movilizan aspectos de la personalidad. En paralelo y según el requerimiento y el caso, se pueden hacer consultas psicológicas individuales y/o familiares. El tiempo de duración de esta fase varía de acuerdo con cada paciente, pero por lo menos conlleva un aproximado de 3 meses (Astrês F M, Alves A, Valério M et al., 2021).

En la actualidad, la terapia grupal, la terapia de contingencias y los tratamientos residenciales suelen ser las más recurrentes en pacientes con este tipo de trastornos. Debe indicarse que el ingreso en la comunidad terapéutica se produce una vez superada la etapa inicial de desintoxicación, que suele durar aproximadamente una semana. La fase de desintoxicación se realiza, habitualmente, en régimen ambulatorio o puede ser en internación (Szerman B, Arias H, Vega A, Babín V et al., 2011).

Tras el ingreso en la comunidad terapéutica, la estancia media entre quienes finalizan el tratamiento es de un año. Los principales componentes del programa son la autoayuda y el consejo psicológico. Tras la finalización de la estancia en la comunidad terapéutica, se realiza un seguimiento en régimen ambulatorio de un año, que sirve, a su vez, como apoyo a la reinserción social (Fernández M J & Echeburúa E. , 2006).

Debe tenerse en cuenta que el uso y abuso de drogas requiere una visión bajo el modelo biopsicosocial que estudie todas las implicaciones que intervienen en la dependencia de sustancias psicoestimulantes. Las drogas por sí mismas no son un mal

o un bien para la sociedad, sino un signo de padecimientos o problemas multifactoriales subyacentes. En ese sentido, las terapias alternativas más actuales implican abandonar las visiones reduccionistas, a fin de tratar la patología en toda su complejidad. También debe considerarse el modelo sociocultural, que concibe a las drogas como parte de un factor social y cultural. En este caso las drogas tienen que ver con sociedades desiguales, en contextos de explotación y pobreza.

Asimismo, como una forma más avanzada también existe desde 1974 el modelo ético-social, el cual se sustenta en el abordaje interdisciplinario, amplio o complejo, enfocado también en la prevención. Sin embargo, se trata no una prevención como exhortación, advertencia o mandato al no consumo, lo cual estaría sustentado en el prejuicio y la estigmatización, sino prevención como transformación. A continuación presentamos un concepto más amplio de esto: “La prevención es un acto por el cual quienes desarrollan la acción preventiva deben de estar inscriptos en una pregunta ética acerca del porqué del consumo y no tanto de las secuelas del mismo, deberán poder confrontar los conocimientos propios con los de las poblaciones a las que se dirigen, evaluando, compartiendo, intercambiando y finalmente afirmando lo que son las fortalezas de la unidad poblacional o institucional a la que se aborda” (Área de Adicciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015).

Como se ha venido comentando, en el modelo ético-social hay una mirada amplia y transdisciplinaria, compleja, que observa todos los factores involucrados en una situación de abuso de sustancias psicoactivas en coexistencia con una patología psiquiátrica. En ese sentido, se debe ver a los pacientes en sus contextos, es decir, las situaciones macro y micro sociales o comunitarias, así como las modalidades de consumo. Este modelo se enfoca en la prevención, a fin de encaminar una verdadera etiología, los mecanismos de producción en torno a las drogas y la mirada superadora a los mecanismos de exclusión que generaron los paradigmas o modelos precedentes (González N. , 2015).

Como refiere el autor anterior, bajo este modelo deben hacerse preguntas que no se abordan en los paradigmas anteriores, como el por qué prevenir, para quién o quiénes, dónde, cuáles son los obstáculos, cuáles las fortalezas o qué recursos existen. Se trata en este sentido de una prevención para la educación, que permita la escucha, la participación de la comunidad o los miembros de pertenencia.

Este mecanismo de intervención sugiere que las personas con consumo problemático de sustancias en comorbilidad con otra patología psiquiátrica sean incluidas en estructuras sociales para la realización plena como individuos y la superación del problema en el marco de un proceso terapéutico integrador en los espacios sociales-comunitarios, más allá de la institución donde emprenden el tratamiento.

Este tipo de abordaje se sustenta fundamentalmente en saber que las adicciones a sustancias psicotrópicas, y en especial cuando se encuentran en comorbilidad con patologías psiquiátricas, son parte de una coyuntura sociocultural mayor y la expresión de un malestar. Por esta razón, no cabe en un nuevo paradigma las posiciones estigmatizantes, que aíslan o excluyen del contexto a quienes padecen un problema de abuso de drogas.

Las terapias residenciales en comunidades terapéuticas son hoy en día los tratamientos más usuales en los casos duales. El ingreso y la permanencia dentro de la misma depende de cada caso. Algunas veces se trata de internaciones solo de día, en un dispositivo abierto en el que los pacientes tienen la libertad para asistir o no a las actividades (Fernández-Montalvo J, López G J, Landa N, Illescas C et al., 2004).

A propósito, conviene retrotraer el caso analizado por Ortega (2004), en relación con un paciente varón de 29 años, de nivel socioeconómico bajo, internado de día en la Comunidad Terapéutica del Servicio Andaluz de Salud. El paciente presentó trastorno de personalidad grave, en conjunción con un elevado consumo de sustancias estimulantes, concretamente cafeína. Para el estudio señalado, la terapia combinó tratamiento farmacológico en frecuente revisión con un psiquiatra y psicoterapia

individual con un psicólogo, además de otras estrategias que incluyeron cinco horas semanales de terapia de grupo, es decir, grupos informales o de orientación dinámica; tres horas semanales de terapia ocupacional, dos horas semanales de actividades deportivas y 90 minutos semanales de entrenamiento en habilidades sociales en grupo. Todo esto dio como resultado 15 horas semanales, que integraron 3600 horas de asistencia profesional (Ortega V J., 2004).

El estudio previo señaló que, si bien los problemas de conducta del paciente no han evidenciado mayores cambios, la atención señalada mejoró la calidad de vida personal y familiar del paciente. Este caso evidenció el alto costo y la dificultad que conlleva el manejo de estos pacientes.

En general, los estudios consultados confirman la satisfacción y conformidad en cuanto a las estrategias no farmacológicas implementadas en sus pacientes con trastorno por consumo de sustancias, siendo de importancia la implementación de estrategias de motivación y psicoeducación para el paciente y su familia.

Terapia individual

Se trata de sesiones individuales de psicoterapia, con frecuencia semanal, donde la persona profundiza sobre cuestiones particulares de la historia y personalidad de cada paciente. Esta terapia resulta fundamental para elaborar los procesos psicológicos asociados al consumo y diversos aspectos traumáticos vinculados con la historia personal. El tiempo de esta etapa varía pero se recomienda un mínimo de 3 meses (Kojiam A, Singh K, Nameirakpam B. et al., 2024).

Con el transcurrir de las terapias psicológicas, se espera que el paciente conozca cuáles son los factores relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia y pueda afrontar los problemas que se encontrará en una vida sin drogas. La persona podrá detectar o reconocer los factores de riesgo y buscará los factores protectores: cercanía con la familia, amigos, personas o prácticas que lo alejan del consumo, como el ejercicio físico, nuevos intereses o proyectos de vida.

La etapa final de las terapias no farmacológicas tiene un carácter

marcadamente cognitivo, porque aportan una explicación del fenómeno muy comprensible, junto con herramientas de intervención concretas. Es aconsejable que la persona en lo posible continúe haciendo encuentros grupales o quincenales (Balcells M & Gual A., 2002).

Es aconsejable para estos pacientes el enfoque con terapia cognitiva conductual (TCC) o sus variantes, como la terapia dialéctica conductual (TDC). En particular, la TCC fue desarrollada por Marsha Linehan, quien realizó esta forma terapéutica para personas desequilibradas emocionalmente, con conductas autolesivas y tendencia al suicidio. Linehan (1991) y su equipo emplearon técnicas de TCC estándar como entrenamiento de habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual en resolución de problemas. Estas técnicas funcionaron para algunas personas y dejaron a otras fuera por hallarse constantemente enfocadas en el cambio (National Alliance on Mental Illness, s.f.)

El objetivo primordial de esta terapia del TDC es ayudar a las personas a crear una vida que “valga la pena ser vivida”, es decir, que cada paciente pueda tener una vida plena, con proyectos, bien sea de matrimonio, profesionales, espirituales o incluso materiales. Se trata de una terapia que establece un balance tanto del cambio como la aceptación y fundamentalmente por esto se trata de una terapia “dialéctica” (National Alliance on Mental Illness, s.f.).

Como refiere la fuente que se viene citando, la terapia dialéctica-conductual implica tres modalidades: terapia individual, grupo de habilidades y asistencia telefónica. La terapia de tipo individual abarca una hora de duración aproximadamente. Al mismo tiempo, el paciente debe participar de la terapia grupal de habilidades de dos horas semanales. Todo este proceso es necesario hacerlo durante al menos durante un año. En este tratamiento la terapia de grupo rompe con los esquemas convencionales. Se asemejan a clases donde los tratantes aprenden habilidades, como Conciencia Plena, Efectividad Interpersonal, Regulación de la Emociones, y Tolerancia al Malestar.

En la TDC estándar el terapeuta individual se encarga del tratamiento. Su trabajo es coordinar el tratamiento con las otras personas, como líderes del grupo de habilidades, psiquiatra y otros profesionales del equipo. Con la colaboración del paciente o consultante, el terapeuta hace un seguimiento de la evolución del tratamiento, como van las cosas con los otros integrantes y si esto ayuda a cumplir los objetivos. Este tratamiento incluye estrategias como la posibilidad de que el paciente llame al terapeuta individual antes de desplegar una conducta problema, como cortarse, consumir sustancias, vomitar o hacer una tentativa de suicidio. La idea es que el terapeuta y el paciente busquen entonces alternativas a la conducta autolesiva. Esta terapia se desarrolla en fases con objetivos para cada una de estas etapas.

Seguimiento

Por lo general, muchas instituciones de salud que atienden estos casos cuentan con programas para ayudar a los pacientes a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas adictivas. Estos protocolos combinan procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

El tratamiento puede considerarse finalizado en cualquiera de las etapas descritas anteriormente, con modificaciones particulares dependiendo de cada caso. El tiempo aproximado de un tratamiento para los trastornos de consumo problemático de sustancias pueden conllevar de 10 a 12 meses. Este lapso de tiempo es variable, acompañando la evolución de cada caso.

Creencias en torno a los psicofármacos

Las creencias en torno a los psicofármacos constituyen un campo de estudios en el ámbito de la psiquiatría debido a que estas son un factor significativo en la adherencia de los pacientes al tratamiento y a la medicación. En el escenario actual, en que los trastornos psiquiátricos, como el consumo de sustancias, se encuentra en ascenso, resulta de importancia profundizar en esta área para predecir el inadecuado

cumplimiento y futuros abandonos de parte de estos pacientes (De Las Cuevas C, Motuca M, Baptista T. et al., 2019).

Las creencias erróneas que vinculan a los psicofármacos con un potencial de riesgo, abuso o daño, comprometen la efectividad de los tratamientos e interfieren en la recuperación de los pacientes. De hecho, este problema tiene tanta importancia como las enfermedades y los padecimientos en sí y afecta a distintos campos de la medicina por la inadecuada adherencia de las personas a los tratamientos médicos prescritos. Dentro de estas interpretaciones o creencias erróneas los factores étnicos y culturales juegan un papel destacado (De Las Cuevas C, Motuca M, Baptista T. et al., 2019)

Conviene referir el estudio realizado por De Las Cuevas, Motuca y Baptista (2019) en tres países hispanoamericanos: Argentina, Venezuela y España- El objetivo del estudio consistió en examinar un grupo de pacientes psiquiátricos para comprender si las diferencias culturales influyen o no en las preocupaciones y creencias sobre los posibles efectos negativos de sus tratamientos psiquiátricos prescritos. El estudio seleccionó una muestra de 1.372 pacientes diagnosticados con un trastorno psiquiátrico y tratado con al menos un psicofármaco. A estos participantes se les aplicó una encuesta diseñada por los autores en torno a la percepción sobre los psicofármacos. Entre los resultados, una mayoría de los participantes evaluó positivamente el uso de psicofármacos y de hecho, hubo una necesidad de uso con puntuaciones más altas que la preocupación por el potencial de daño de estos medicamentos. Las diferencias vinculadas con la preocupación por el uso de psicofármacos entre los tres países se atribuyeron a razones socioculturales.

Las diferencias encontradas se atribuyeron a factores relativos al manejo de la salud mental entre países. En España, hay una amplia disponibilidad y las necesidades de la población en el área psiquiátrica son atendidas a través de un sistema de salud mental comunitario. Entretanto, en Argentina y Venezuela los hospitales siguen siendo el núcleo de atención en esta área, donde el uso de psicotrópicos en la atención primaria

todavía es limitado y la disponibilidad es parcial. También se encontró como relevante que los pacientes argentinos tienen una mayor necesidad de psicofármacos pero también mayor preocupación por los efectos adversos de estos medicamentos.

Resulta de relevancia mencionar el estudio de Jaffe K, Slat S, Chen L. et al. (2024), el cual profundizó en el estigma público que han tenido muchas patologías, como el VIH y las enfermedades mentales, las cuales tienen tasas significativas de abandono o falta de adherencia. Los autores refieren que pese a la preocupación que existe sobre el tema, son pocas las investigaciones que trabajan en las creencias o percepciones de pacientes en torno al tratamiento. En ese sentido, el estudio de dichos autores evaluó las percepciones del tratamiento para el trastorno por uso de opioides en un grupo de pacientes adultos oriundos de Estados Unidos.

Dicha investigación empleó una muestra final de 1508 personas encuestadas entre los años 2020 y 2021 y que cursaban tratamiento por consumo de opioides. Entre los aspectos evaluados se encontró el uso de opioides, el conocimiento y las actitudes hacia los tratamientos, las experiencias de tratamientos anteriores, el acceso percibido al tratamiento, las creencias sobre la atención médica y los fármacos, las creencias sobre el consumo de drogas e información demográfica. En este grupo analizado, 528 personas (35%) eran blancos, 501 personas (33,2%) eran negros, 479 (31,8%) eran latinos/as y 851 personas (56,4%) eran mujeres. El 66,8% tenía experiencia de tratamientos anteriores con fármacos específicos, como metadona, buprenorfina y naltrexona. La mayoría de estos pacientes estaba preocupado por el uso de estos fármacos para disminuir el consumo de opioides.

Jaffe K, Slat S, Chen L. et al. (2024) encontraron diferencias entre los grupos raciales y étnicos. Los participantes de origen afroamericano tenían más probabilidades de preferir un tratamiento sin medicación respecto de los blancos o latinos, lo que se atribuye a la percepción de que el tratamiento sin medicación es más eficaz y evita la estigmatización que suelen sufrir las personas negras en Estados Unidos. Además, a esta población le resulta más problemático acceder a los tratamientos debido al racismo

en el entorno médico y las barreras del sistema de salud de ese país para dicho grupo de población. Adicional a lo anterior, el estudio encontró que no siempre hubo posiciones favorables al tratamiento en los participantes de todos los grupos étnicos, principalmente por estigmas en torno al tratamiento por consumo de opioides. De modo que, el hecho mismo de cumplir el tratamiento genera percepciones negativas en las propias personas. Se sugirió mayores políticas públicas para mejorar la atención hacia estas personas y que contribuyan a disminuir la estigmatización de la que son objeto las personas que cursan tratamiento frente al trastorno por consumo de sustancias.

A propósito, otro estudio de Bentley y Casey (2017) abordó mujeres encarceladas que consumían medicación psicofarmacológica por diagnóstico de depresión y otros trastornos de salud mental. La investigación encontró como factor determinante para la adhesión, las creencias en torno al tratamiento. Al igual que el estudio anterior, encontró que la estigmatización y la vulnerabilidad que padecen ciertos grupos de población, como presidiarios, mujeres, afroamericanos y otros grupos históricamente excluidos y que padecen prejuicios sociales, influye en las creencias y percepciones sobre los tratamientos con psicofármacos.

Fernandes C, Belkin A, Vucina M. et al. (2022) también realizaron un estudio sobre las creencias en torno a la medicación psicofarmacológica en pacientes con ansiedad y depresión. Estos autores analizaron 407 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 25 años, a quienes se les aplicó encuestas para determinar los aspectos relacionados con las opiniones de los pacientes en torno al tratamiento farmacológico. Entre los resultados se encontró que un 75,2% de los pacientes evidenció una baja adherencia al tratamiento, principalmente por miedos en torno a la dependencia y los efectos adversos o potenciales daños que creen pueden generar los psicofármacos. De igual manera, encontraron una tendencia de los pacientes más jóvenes a sentir mayor temor en torno a los psicofármacos.

Material y métodos

Enfoque y tipo de investigación

El estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

Universo

El universo estuvo constituido por pacientes adultos mayores de 18 años de edad que asistieron al tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica Aliwen y en el hospital de día Programa San José, provincia de Buenos Aires, durante los meses de enero a junio de 2024.

Muestra

Se empleó un muestreo no probabilístico y por conveniencia de 30 pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 años de edad, que asistieron al tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica Aliwen y en el hospital de día Programa San José, provincia de Buenos Aires, durante los meses de enero a junio de 2024.

Se seleccionaron los pacientes necesarios hasta completar el número muestral establecido, considerando los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión: pacientes adultos mayores de 18 años de edad, de sexo masculino y femenino que asistieron al tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica Aliwen y en el hospital de día Programa San José, provincia de Buenos Aires, durante los meses de enero a junio de 2024.

Criterios de exclusión: pacientes que no consientan participar en el estudio, pacientes que abandonaron el tratamiento, pacientes fallecidos.

Normas éticas

Se solicitó el consentimiento de parte de las autoridades de las dos instituciones que se abordarán, la comunidad terapéutica Aliwen y el hospital de día Programa San José, ambas ubicadas en la provincia de Buenos Aires. Se informó sobre los datos que se pretendían recolectar, el propósito y los objetivos del estudio. Se consideraron los

principios éticos de la Declaración de Helsinki. Todos los datos del estudio se trataron con rigor confidencial y para los fines exclusivos de la investigación.

También se hizo firmar un consentimiento informado a cada paciente, indicándole los objetivos y propósitos del estudio. De igual modo, se les hará saber que la participación es gratuita, de carácter anónima y voluntaria y que podrán retirarse del estudio en cualquier momento que lo deseen. Se les indicó que solo la autora del trabajo tendrá acceso y conocimiento de los datos de los participantes de la investigación.

Instrumento de recolección de datos

Para el desarrollo del estudio se diseñó un cuestionario que será aplicado a uno de los participantes de la investigación. Mediante esta encuesta se recabarán datos de edad y sexo, tipo de sustancia de abuso, tratamientos por consumos anteriores y modo de inicio del tratamiento (espontáneo o inducido).

También se les consultó a los participantes las opiniones o creencias que tienen sobre los psicofármacos a partir de un conjunto de preguntas elaboradas para tal fin, las cuales se medirán a partir de una escala tipo Likert, a saber: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3); En desacuerdo (2) y Muy en desacuerdo (1). Estas respuestas tienen un puntaje del 1 al 5 para determinar las creencias negativas o positivas que tenían los pacientes sobre las medicinas. Estas preguntas se tomaron y adaptaron a partir del Cuestionario de Creencias sobre la Medicación de Rob Horne (1999), traducido por Beléndez. Este es un instrumento validado y utilizado en estudios médicos para determinar las creencias que tienen los pacientes sobre los fármacos.

Plan de análisis

Todos los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico IBM SPSS v. 24.0 para observar las frecuencias y las significancias estadísticas ($p= 0,005$) para el posterior análisis de resultados a fin de obtener los principales hallazgos y aportes conclusivos de la investigación.

Operacionalización de las variables

Tipo de variable	Eje de análisis	VARIABLES	Unidad de medida	Escala de valores
Variable Independiente	Datos sociodemográficos	- Edad	Porcentaje	18 a 24 años 25- 35 años 36- 45 años 46- 55 años 56- 65 años Más de 65 años
		- Sexo		- Femenino - Masculino
Variables dependientes	Sustancia	Tipo de sustancia de abuso	Porcentaje	- Alcohol - Marihuana - Cocaína - Pasta base - Tranquilizantes - Opioides - Otra - Policonsumo
	Tratamientos	Tratamientos por consumos anteriores	Porcentaje	- Sí - No
	Inicio	Modo de inicio del tratamiento	Porcentaje	- Por decisión propia. - Inducido por familiar u otra persona
	Creencias sobre el tratamiento	Preguntas vinculadas con las medicinas/ medicamentos	Porcentaje	- Muy de acuerdo - De acuerdo - Ni de acuerdo ni en desacuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo

Resultados

Se analizaron un total de 30 encuestas de pacientes a quienes se les consultaron los datos indicados en relación con su tratamiento y con las creencias en torno a los psicofármacos. El 70% de los pacientes eran de sexo masculino y el otro 30% femenino. Respecto de las edades, la mayoría estaba en el rango de 36-46 años (36,7%), seguido de 56-65 años (26,7%) y 46-55 años (16,7%). La sustancia de abuso más frecuente fue el alcohol (46,7%), seguida por cocaína (20,7%) y una cantidad significativa era policonsumidor o abusaba de diversas sustancias (23,3%). La mitad de los pacientes había hecho tratamiento por consumo anteriormente. A su vez, la mayoría inició el tratamiento por decisión propia (73,3%), mientras otra proporción está en tratamiento motivado a la insistencia de familiares o amigos (26,7%) (Ver tablas 4-8).

Con relación a las creencias en torno a los psicofármacos, el 40% de los participantes se ubicó en un nivel intermedio (puntaje 3) en torno a la percepción de que los médicos abusan con el uso de los psicofármacos. De igual modo, el 36,7% se inclina por una creencia sobre el potencial de abuso de los psicofármacos por parte de los clínicos (puntaje 4). Respecto a las creencias en torno al daño que hacen los psicofármacos, la mayoría de las respuestas se ubicaron en una posición de bajo daño (48%) y neutral (30,7%), mientras otro grupo de participantes manifestó percibir un potencial de daño (10,7%) (Ver tablas 9-10).

Tabla 4. Sexo de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	21	70,0
	Femenino	9	30,0
	Total	30	100,0

Tabla 5. Edad de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18- 24 años	1	3,3
	25- 35 años	3	10,0
	36- 45 años	11	36,7
	46- 55 años	5	16,7
	56- 65 años	8	26,7
	Más de 65 años	2	6,7
	Total	30	100,0

Tabla 6. Sustancia de abuso

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alcohol	14	46,7
	Marihuana	1	3,3
	Cocaína	6	20,0
	Tranquilizantes	2	6,7
	Policonsumo	7	23,3
	Total	30	100,0

Tabla 7. Tratamientos por consumos anteriores

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sí	15	50,0
	No	15	50,0
	Total	30	100,0

Tabla 8. Modo de inicio del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Por decisión propia	22	73,3
	Inducido por familiar u otra persona	8	26,7
	Total	30	100,0

Tabla 9. Creencias sobre el abuso de psicofármacos por parte de los médicos

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Abuso	1	6	6,7%
	2	8	8,9%
	3	36	40,0%
	4	33	36,7%
	5	7	7,8%
Total		90	100,0%

Tabla 10. Creencias acerca del potencial de daño de los psicofármacos

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Daño	1	16	10,7%
	2	72	48,0%
	3	46	30,7%
	4	16	10,7%
Total		150	100,0%

De igual forma, al cruzar las creencias sobre el abuso de los psicofármacos por parte de los médicos respecto del sexo, se encontró que los sujetos masculinos y femeninos variaban en su percepción sobre el potencial de abuso, pero la mayoría se concentró en los niveles intermedios o moderados (3-4). No obstante, los hombres tienden también a tener las opiniones más extremas, mientras que las mujeres tienen mayormente posturas intermedias (ver tabla 11).

Al cruzar la edad y las creencias de daño de los psicofármacos, el grupo mayoritario de 36-45 años tuvo una percepción nula (30%) o mínima (76,7%) sobre el daño potencial de los psicofármacos. En general, en todos los rangos etarios las posturas se mostraron equilibradas, pero hubo una tendencia a una percepción de mayor daño y más crítica a los psicofármacos a mayor edad de los participantes (ver tabla 12).

Tabla 11. Creencias sobre el abuso de los psicofármacos por parte de los médicos y el sexo

		Sexo de los participantes		Total
		Masculino	Femenino	
Puntaje de abuso	1	3	3	6
		3,3%	3,3%	6,7%
	2	5	3	8
		5,6%	3,3%	8,9%
	3	26	10	36
		28,9%	11,1%	40,0%
	4	24	9	33
		26,7%	10,0%	36,7%
	5	5	2	7
		5,6%	2,2%	7,8%

Tabla 12. Creencias sobre el potencial de daño de los psicofármacos y edad

		Puntaje de daño				Total
		1	2	3	4	
Edad de los participantes	18- 24 años	0	1	4	0	1
		0,0%	3,3%	13,3%	0,0%	3,3%
	25- 35 años	0	10	4	1	3
		0,0%	33,3%	13,3%	3,3%	10,0%
	36- 45 años	9	23	16	7	11
		30,0%	76,7%	53,3%	23,3%	36,7%
	46- 55 años	0	13	7	5	5
		0,0%	43,3%	23,3%	16,7%	16,7%
	56- 65 años	6	21	11	2	8
		20,0%	70,0%	36,7%	6,7%	26,7%
	Más de 65 años	1	4	4	1	2
		3,3%	13,3%	13,3%	3,3%	6,7%
Total		16	72	46	16	30
		53,3%	240,0%	153,3%	53,3%	100,0%

En cuanto a las creencias de daño y el tipo de sustancia de abuso, se encontró una moderada tendencia a creer en el potencial de daño de los psicofármacos en quienes consumían alcohol (19,3%), en los que usaban cocaína (8%) y en los policonsumidores (7,3%)¹, mientras que los consumidores de marihuana y tranquilizantes tenían una creencia más baja en torno al daño (ver tabla 13).

En cuanto a las creencias de daño y los tratamientos anteriores, los participantes que no tuvieron tratamientos previos presentaron mayor propensión a percibir un mínimo daño (25,4%) y una proporción de quienes tuvieron tratamiento también tendieron a creer en el potencial de daño de los psicofármacos (16%)² (ver tabla 14).

¹ Sumatoria de los puntajes 3 y 4.

² Sumatoria de los puntajes 3 y 4.

Tabla 13. Creencias sobre el potencial de daño de los psicofármacos y tipo de sustancia

		Puntaje de daño				Total
		1	2	3	4	
Sustancia de abuso	Alcohol	8	33	23	6	70
		5,3%	22,0%	15,3%	4,0%	46,7%
	Marihuana	0	1	4	0	5
		0,0%	0,7%	2,7%	0,0%	3,3%
	Cocaína	3	15	9	3	30
		2,0%	10,0%	6,0%	2,0%	20,0%
	Tranquilizantes	0	4	5	1	10
		0,0%	2,7%	3,3%	0,7%	6,7%
Policonsumo	5	19	5	6	35	
	3,3%	12,7%	3,3%	4,0%	23,3%	

Tabla 14. Creencias sobre el potencial de daño de los psicofármacos y tratamientos anteriores

		Tratamientos por consumos anteriores		Total
		Sí	No	
Daño	1	12	4	16
		8,0%	2,7%	10,7%
	2	39	33	72
		26,0%	22,0%	48,0%
	3	18	28	46
		12,0%	18,7%	30,7%
	4	6	10	16
		4,0%	6,7%	10,7%
Total		75	75	150
		50,0%	50,0%	100,0%

Acerca del potencial de daños y el modo de inicio del tratamiento, se obtuvo que, aquellos que iniciaron el tratamiento por decisión propia no creen que los psicofármacos tengan un potencial de daño (41,4%)³. A su vez, no se evidencian mayores diferencias en quienes tienen visiones más críticas y tendientes a creer en el daño entre los dos grupos (5,3% en ambos grupos de modo de inicio), aunque una proporción de quienes iniciaron el tratamiento por decisión propia manifestó una visión moderada o neutral en torno al daño (26,7%) (Ver tabla 15).

Tabla 15. Creencias sobre el potencial de daño de los psicofármacos y modo de inicio del tratamiento

		Modo de inicio del tratamiento		Total
		Por decisión propia	Inducido por familiar u otra persona	
Daño	1	13	3	16
		8,7%	2,0%	10,7%
	2	49	23	72
		32,7%	15,3%	48,0%
	3	40	6	46
		26,7%	4,0%	30,7%
	4	8	8	16
		5,3%	5,3%	10,7%

³ Sumatoria de porcentaje de 1 y 2.

Discusión

Este estudio se propuso como objetivo principal establecer las creencias sobre los psicofármacos en pacientes con consumo problemático de sustancia en dos comunidades terapéuticas ubicadas en la provincia de Buenos Aires, durante los meses de mayo-junio de 2024. En virtud de ello, el primer objetivo específico fue identificar la relación entre las creencias sobre los psicofármacos en estos pacientes de acuerdo con los factores sociodemográficos de sexo y edad.

En esta muestra analizada hubo una frecuencia mayormente de hombres, de mediana edad, consumidores de alcohol o policonsumidores de diversas sustancias, de los cuales la mitad tenía historia de tratamientos previos por abuso de sustancias. Se pudo reconocer un grado significativo de autonomía y disposición a tratarse en esta muestra, dado que la mayoría empezó el tratamiento por decisión propia. Este último factor vinculado con las decisiones sobre el inicio del tratamiento permite determinar su nivel de adherencia, como indican Poliansky, Gemini y Gorlero (2018).

Al cruzar los datos de sexo y edad con las creencias en torno al tratamiento, se encontró una mayoría de opiniones neutrales o moderadas y una proporción de 36,7% de participantes que tenían una visión crítica y vinculada con el potencial de abuso en la prescripción de psicofármacos por parte de los médicos. A su vez, a mayor edad de los participantes, mayor era la preocupación y creencias en torno al daño y abuso de los psicofármacos. Este resultado es contrario al que indicaron estudios recientes como Fernandes C, Belkin A, Vucina M. et al. (2022), quienes encontraron mayores creencias erróneas y temores a los psicofármacos en personas más jóvenes.

En este estudio se pudo ver que la mayoría de los participantes tenía opiniones moderadas o neutrales sobre las creencias en torno al potencial de abuso y daño de los psicofármacos. Esto quiere decir que muy pocas opiniones se relacionaron con niveles extremos de crítica en torno a los medicamentos psicofarmacológicos. Las posturas intermedias o matizadas reconocen riesgos en los tratamientos farmacológicos para el

trastorno por consumo de sustancias, pero no una desconfianza respecto de la prescripción de estos tratamientos. Se puede recordar al respecto lo indicado por que estas percepciones tienen relación con miedos, temores y estigmatizaciones de la que son objeto las personas que padecen trastorno por consumo de sustancias, como lo refieren Jaffe K, Slat S, Chen L. et al. (2024) y Bentley y Casey (2017).

En ese sentido, los participantes de esta muestra tuvieron de forma acentuada una postura cautelosa y pocos tuvieron posiciones negativas, aunque no extremas en relación a sus creencias vinculadas con temores o prejuicios sobre el potencial de daño que piensan tienen los psicofármacos. Quienes tenían creencias más negativas presentaron menos experiencias de tratamientos anteriores y abusaban de diversas sustancias psicoactivas como alcohol y cocaína. De igual forma, quienes iniciaron el tratamiento por decisión propia también tuvieron posturas de mayor cautela o neutralidad en torno al potencial de daños y el riesgo de los psicofármacos.

Las personas con consumo problemático de sustancias muchas veces tienen dificultades para sostener la adhesión a los tratamientos. De hecho, requieren un alto grado de voluntad y conciencia sobre el problema, además de depositar la confianza en el personal de salud y en los tratamientos que se prescriben a fin de lograr la adherencia y recuperación en este tipo de trastornos. Las creencias en torno al potencial de daños, abuso y riesgo de los psicofármacos pueden ser predictores de abandono o de futuro abandono, cuestión que debe seguirse y estar en permanente evaluación por parte del clínico. Estudiar este tema tiene importancia, en tanto diversos estudios indican que las creencias en torno a los tratamientos y en especial los psicofármacos pueden dar señales del nivel de adherencia y la continuidad de los tratamientos en este tipo de pacientes.

Dentro de las limitaciones de esta investigación se puede referir el escaso número de la muestra y el posible sesgo hacia los sujetos masculinos, ya que estuvo mayormente conformada por hombres. Por este motivo, se sugiere seguir profundizando en este tema con muestras más amplias en distintos centros y comunidades

terapéuticas o de rehabilitación para personas con consumo problemático de sustancias.

Conclusiones

Los pacientes con consumo problemático de sustancias requieren un abordaje especial, integral y holístico, que tome en cuenta las distintas dimensiones que interfieren en el buen desarrollo del tratamiento y por ende la recuperación de estas personas. Es común que se empleen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

El uso de psicofármacos es clave para las fases iniciales en los tratamientos por abuso de sustancias, especialmente para atender los procesos que inciden en el *craving* y la fase de ansiedad por el consumo. Dependiendo de la gravedad y de las comorbilidades psiquiátricas de los pacientes, se pueden emplear uno o varios medicamentos psicofarmacológicos.

En ese marco, resulta relevante profundizar en los factores que intervienen en el curso del tratamiento, como las creencias en torno a los psicofármacos. Estas creencias muchas veces se fundan en prejuicios, así como datos erróneos que refieren un supuesto riesgo de adicción a estos medicamentos, o que los mismos tienen efectos secundarios y conllevarían riesgos para la salud. Estos prejuicios se vinculan con la edad de la persona pero también con factores culturales.

En este estudio pudo evidenciarse una influencia generacional y cultural en los pacientes más escépticos o con posturas moderadas que tenían que ver con cierta desconfianza o moderada creencia en potenciales daños y riesgos de estos medicamentos. No obstante, estas percepciones no se presentaron de modo extremo o acentuado, sino que más bien predominaron las posturas neutrales o moderadas.

Aún con los resultados encontrados, es preciso seguir trabajando en los factores socioculturales y clínicos que influyen en las creencias en torno a los psicofármacos y la forma de abordar esta problemática para evitar el incumplimiento adecuado del

tratamiento o incluso el abandono en estos casos. En efecto, la tendencia al abandono es un problema frecuente en pacientes con consumo de sustancias, en especial aquellos que tienen patologías psiquiátricas en comorbilidad, como la patología dual. La estigmatización y la condición de vulnerabilidad de estas personas inciden en sus creencias en torno a los psicofármacos y en menores tasas de adhesión y abandono.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, M. y Estrada, P. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas y las formas de organización y dinámica familiar. *Trab. soc*, 145-156.
- Área de Adicciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2015). *Lineamientos para el abordaje de las adicciones en general y de la prevención en particular*. CABA.
- Astrês F M, Alves A, Valério M et al. (2021). Factores laborales y consumo psicotrópico entre trabajadores de la salud de Centros de Atención Psicosocial. *Rev Cubana Enfermer*, 37(2).
- Balcells M & Gual A. (2002). Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. *Adicciones*, 14(supl. 1), 439-448.
- Bentley K y Casey R. (2017). Incarcerated Women's Experiences and Beliefs About Psychotropic Medication: An Empirical Study. *Psychiatr Serv*, 68(4), 384-389. doi:10.1176/appi.ps.201600078
- Brownlow H A & Pappachan J. (2002). Pathophysiology of cocaine abuse. *Eur J Anaesthesiol*, 19(6), 395-414.
- Buchholz, J. y Saxon, A J. (2019). Medications to treat cocaine use disorders: current options. *Curr Opin Psychiatry*, 23(4), 275-281.
- Cogollo Z, Arrieta K, Blanco S, Ramos L. et al. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. , 13(3),. *Rev Salud Pública*, 13(3), 470-479.
- Cuadro, E. y Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Rev. Mex. de trastor. alimen*, 6(2), 97-107.
- De Las Cuevas C, Motuca M, Baptista T. et al. (2019). Ethnopsychopharmacology study of patients' beliefs regarding concerns about and necessity of taking psychiatric medications. *Hum Psychopharmacol*, 34(2), e2688. doi:10.1002/hup.2688
- Drake, L R y Scott, P. (2018). DARK Classics in Chemical Neuroscience: Cocaine. *ACS Chem Neurosci*. 10(9), 2358-2372.
- Etchevers, M., Garay, C., López, J. y Putrino, N. (2022). *Exploración sobre la percepción sobre el consumo problemático de sustancias por parte de la población general. Informe de investigación*. Buenos Aires: Observatorio de Psicología Social- UBA.
- Ezquerro-Romano, I, Lawn, W, Krupitsky, C y Morgan, A. (2018). Ketamine for the treatment of addiction: Evidence and potential mechanisms. *Neuropharmacology*, 142, 72-82.
- Fernandes C, Belkin A, Vucina M. et al. (2022). Exploring beliefs that determine medication adherence to psychotropic drugs in young adults. *JAAPA*, 35(12).
- Fernández M J & Echeburúa E. . (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II.2006. *Psicothema*, 18(3), 453-8.

- Fernández-Montalvo J, López G J, Landa N, Illescas C et al. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Int J Clin Health Psychol*, 271-83.
- Flores, M. y Blanco, M. . (2018). Alteraciones de la Conducta Alimentaria en Pacientes con Trastorno por Abuso de Sustancias. *Clínica y Salud*(29), 125-132. doi:<https://doi.org/10.5093/clysa2018a18>
- García, B., Morales, R., González, P., Serrano, D., Trujillo, R. y Morales, F. . (2015). Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. Municipio Matanzas 2011-2012. , 37(2), . *Rev. Med. Electr*, 37(2), 130-140.
- Gimeno C, Dorado M L, Roncero C, Szerman N et al. (2017). Tratamiento de la dependencia del alcohol comórbido y el trastorno de ansiedad: revisión de la evidencia científica y recomendaciones para el tratamiento. *Psiquiatr* .
- González N. . (2015). *Modelos de abordaje. En: Discusiones, concepciones e intervenciones sobre los consumos de drogas Curso de Antropología y Sociología de los Consumos y de las Adicciones*. CESUN Universidad: México.
- Hernández L T, Roldán F J, Jiménez F A, Rodríguez M C et al. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Interv Psicosoc*, 18(3), 199-212.
- Intilangelo A, Majic S, Palchik V. & Traverso M. (2024). Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farmacia Hospitalaria*.
- Jaffe K, Slat S, Chen L. et al. (2024). Perceptions around medications for opioid use disorder among a diverse sample of U.S. adults. *J Subst Use Addict Treat*(163). doi:10.1016/j.josat.2024.209361
- Kampman, K M. (2019). The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv*, 10(5), eaax1532.
- Koijam A, Singh K, Nameirakpam B. et al. (2024). Drug addiction and treatment: An epigenetic perspective. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 170.
- Miquel L, Roncero C & López-Ortíz C. . (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-72.
- National Alliance on Mental Illness. (s.f.). *Preguntas frecuentes sobre terapia dialéctica conductual*. Obtenido de <https://www.trastornolimite.com/tlp/preguntas-frecuentes-sobre-terapia-dialectica-conductual>
- OAD. (2023). *Magnitud del consumo de sustancias psicoactivas. Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC)*. Buenos Aires: Sedronar.
- OAD. (2023). *Prácticas de cuidado y preocupación por el consumo e itinerarios en la búsqueda de atención Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC)*. Buenos Aires: Sedronar. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/07/oad_-_encoprac_-_praicticas_de_cuidado1_1.pdf
- OAD- Sedronar. (2023). *Estudio sobre la implementación del modelo de abordaje integral y comunitario en dispositivos de atención y acompañamiento de la*

- Sedronar. *Trayectorias terapéuticas, accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos*. Buenos Aires: OAD- Sedronar.
- OAD- Sedronar. (2023). *Magnitud del consumo de sustancias psicoactivas. Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC)*. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/07/oad_2023_magnitud_de_l_consumo_de_sustancias_psicoactivas._encoprac.pdf
- OAD- Sedronar. (2024). *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, 2020*. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/mortalidad_relacionada_al_consumo_de_sustancias_psicoactivas_2020.pdf
- OMS-OPS. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Ortega V J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de personalidad. *Int J Clin Health Psychol*, 4(1), 207-32.
- Poliansky N, Gemini D & Gorlero C. (2018). *Determinantes de adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Saíz M P, Jiménez T L, Díaz M E, García-Portilla M P et al. (s.f.). Patología dual en trastorno por ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-74.
- Sanabria L D, Rodríguez L N, Logreira G D, Márquez B A & Mejía R O. (2020). Efectos adversos a nivel cardiovascular y neurológico asociados al consumo de modafinilo. *Med UIS*, 33(1), 31-8.
- Sangroula D, Motiwala F, Wagle B, Shah V et al. . (2017). Modafinil Treatment of Cocaine Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Subst Use Misuse*, 52(10), 1292-1306.
- Sanz, J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85), 4984-4992.
- Sedronar. (2015). *Orientaciones para el abordaje de los lineamientos curriculares para la prevención de las adicciones* . Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-orientacionparaaelabordaje.pdf>
- Singla A, Singh P, Panditrao M & Panditrao M. (2020). Is Chronic Opioid Abuse Associated with Cerebral Atrophy? An Observational Study. *Indian J Crit Care Med*, 24(4), 276-280.
- Szerman B, Arias H, Vega A, Babín V et al. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-55.
- Szerman, N. (2015). Patología dual en psicosis. *Rev Patol Dual*, 2(10).

Anexos

Consentimiento informado

Este consentimiento indica mi participación voluntaria, gratuita y anónima en el estudio desarrollado para la Universidad Barceló sobre creencias en torno a los medicamentos. La investigadora del presente estudio me ha explicado y he comprendido que está realizando un trabajo de investigación para su tesis de Maestría en Neuropsicofarmacología clínica de la Universidad Barceló. Acepto conocer que la finalidad de este estudio es indagar sobre las creencias en torno a los medicamentos en pacientes que están en tratamiento en la comunidad terapéutica Aliwen y en el hospital de día Programa San José, provincia de Buenos Aires.

En el caso de acceder a participar en esta investigación, se me ha informado que la misma dura aproximadamente 10 minutos. La actividad que se me solicita en la investigación consistirá en contestar diferentes preguntas. Dicha participación es voluntaria y los datos brindados serán tratados de manera confidencial y en cualquier momento o instancia puedo dejar sin efecto la presente autorización (incluso durante la realización del cuestionario) sin necesidad de brindar razones.

Por otro lado, se me ha informado que mis respuestas u opiniones serán de conocimiento de la investigadora y el tutor de la tesis. Asimismo, se me ha explicado que los resultados de la presente investigación podrán ser presentados y/o publicados en revistas científicas, siendo preservadas mi identidad, conforme la ley N° 25.326. En caso de necesitar contactar con el investigador puede hacerlo al siguiente mail: brendamaggio679@gmail.com

Responder las siguientes preguntas implica que acepto participar en esta investigación. Ningún ítem puede dejarse sin responder.

Sí, estoy de acuerdo _____

No, no estoy de acuerdo _____

Encuesta

El presente cuestionario es parte de un proyecto de investigación para obtener el título de grado de Maestría en Psicofarmacología Clínica por la Universidad Barceló. Tiene por objetivo indagar sobre las creencias que tienen los pacientes sobre los psicofármacos y sobre su propio tratamiento. A tal efecto, se le agradece su colaboración en responderlas preguntas. La encuesta es de carácter voluntaria y anónima y será manejada con absoluta confidencialidad y para fines estrictamente académicos. Se agradece su participación.

1. Indique su edad: _____

2. Señale su sexo: a. Masculino b. Femenino

3. Tipo de sustancia de abuso

a. Alcohol b. Marihuana c. Cocaína d. Pasta base

e. Tranquilizantes f. Opioides g. Otra _____

h. Consume varias (Policonsumo)

4. ¿Ha estado en tratamiento por consumos anteriormente?

Sí _____ No _____

4. ¿Por qué iniciaste el tratamiento?

a. Por decisión propia b. Inducido por familiar u otra persona

5. Marca la opción que le corresponda con una X sobre sus opiniones acerca de los medicamentos/medicinas

Nº	Ítem	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	La gente que toma psicofármacos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando					
2	La mayoría de los psicofármacos crean adicción					
3	Los remedios naturales son más seguros que los psicofármacos					
4	Los psicofármacos hacen más mal que bien					
5	Todos los psicofármacos son venenos (tóxicos)					
6	Los médicos utilizan demasiados psicofármacos					
7	Los médicos confían demasiado en los psicofármacos					
8	Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos psicofármacos					