



Universidad de Concepción
Dirección Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales

**RESULTADO DE TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN
POBLACIÓN ADULTA PERTENECIENTE A UN PROGRAMA AMBULATORIO DE LA
PROVINCIA DE CONCEPCIÓN.**

Tesis para optar al Grado de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales

POR:

SCARLETT FOREMAN HIGUERA

Profesora Guía: Daisy Vidal Gutiérrez

Concepción, Chile 2023

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la oportunidad de estudiar un magister, algo inalcanzable que pensé en su momento.

A mi familia, por su amor, apoyo incondicional y motivación. Por creer en mí, alentarme en culminar este desafío profesional y por inculcarme que todo lo que me proponga, lo puedo lograr.

A mi pareja, por su amor y acompañamiento en cada paso del camino; por su comprensión en mis momentos de frustración y por alentarme en llevar a cabo este proceso. Te Amo.

A Thor; por tan solo alegrar mis días con su dulce mirada y acompañarme en cada momento, aunque fuera con un snack de por medio.

A Bernardita, amiga y colega, por su cariño, comprensión, motivación y orientación.

A la profesora Daisy Vidal quien, hizo que me enamorara del área de salud mental y a quien admiro profesionalmente. Agradecida por alentarme en realizar un magister, potenciar mis capacidades y por guiarme permanentemente hasta concretar mis objetivos.

Al equipo de Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de adicciones “La Casa Chica”, por la oportunidad de ejercer y aprender junto a ello(as) desde mis inicios como alumna en práctica; por su apoyo y orientación que me han brindado para concretar este proceso.

A lo(as) usuario(as) participantes del estudio quienes, de forma desinteresada desearon ser parte de él, y que anhelaron contribuir desde su experiencia en post del beneficio de futuros usuario(as) que ingresen a la comunidad. Les expreso mi más profundo agradecimiento por su valioso tiempo dedicado.

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
Planteamiento del Problema	7
CAPITULO II: MARCOS DE ESTUDIO	12
2.1 MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.1. Los Determinantes Sociales de la Salud en el tema de las Drogodependencias.	13
2.1.2. Modelo Transteórico del cambio	17
2.2 MARCO CONCEPTUAL	21
2.3 MARCO EMPÍRICO.....	31
CAPITULO III: OBJETIVOS DEL ESTUDIO	37
Objetivo general.....	38
Objetivos específicos.....	38
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	39
4.1 Tipo de estudio.....	40
4.2 Unidad de observación.....	40
4.3 Población de estudio.....	40
4.4 Unidad de análisis	40
4.5 Criterios de inclusión.....	41
4.6 Fuentes y técnicas de recolección de información	41
a. Fuentes de información	41
b. Matriz de recolección de datos.....	41
4.7 Temporalidad de las mediciones a aplicar	43
4.8 Identificación y definición de las variables centrales del estudio	44
4.9 Trabajo de Campo	45
5.0 Consideraciones éticas	45
5.1 Análisis de datos.....	46
CAPITULO V: RESULTADOS	47
5.1. Descripción de la población de estudio	49
5.1.1. Variables sociodemográficas.....	49
5.1.2. Descripción según Variables familiares.....	55

5.1.3. Descripción según Variables clínicas	57
5.1.4. Distribución de la población según variable Resultado de tratamiento	61
5.1.4.1. Mediciones al ingreso a tratamiento (tiempo 0)	61
5.1.4.2. Mediciones del top entre los tres y seis meses de tratamiento	67
5.1.4.3. Mediciones del top al Egreso del tratamiento	72
5.2. Sobre la relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable resultado de tratamiento".	79
5.3. Resultado de Tratamiento Intragrupo	81
5.4. Resultado de Tratamiento Según modalidad Presencial y Online	91
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	103
6.1 Conclusiones.....	104
6.2 Discusión	110
6.3 Limitaciones y Sugerencias.....	115
Bibliografía.....	116
Anexos	122
Anexo 1: Matriz de recolección de datos.....	122
Anexo 2: Acta de Aprobación de Estudio, Comité Ético Científico de Servicio Salud Talcahuano	133
Anexo 3: Acta de autorización de estudio de Dirección del Hospital Las Higueras	135
Anexo 4: Consentimiento informado	136
Anexo 5: Declaración de Cumplimiento de Buenas Prácticas Clínicas.....	142
Anexo 6: Operacionalización de variables	143

RESUMEN

La presente investigación se orientó a indagar la relación entre la modalidad de tratamiento -presencial u online- con el resultado de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y variables sociodemográficas, familiares y clínicas asociadas en la población adulta de 18 y más años ingresados entre los años 2019 a 2021. Corresponde a un estudio descriptivo y correlacional, cuantitativo y de corte longitudinal retrospectivo con tres mediciones a lo largo del tiempo. Se consideran mediciones intragrupo para los años 2019, 2020 y 2021. El estudio contempló una población de 32 usuario(as) pertenecientes a la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones “La Casa Chica” de la provincia de Concepción, comuna de Talcahuano. Se emplearon fuentes de información secundarias, obteniendo la información desde la ficha clínica institucional de lo(as) usuario(as). Se accede además a la base de datos del Sistema de Gestión y Registro de Tratamiento (**SISTRAT**) perteneciente al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Los resultados arrojaron un 18.75% de usuarias del sexo femenino y un 81.25% de sexo masculino; el 43.75% fluctúa entre los 40 y 50 años de edad, un 56.25% es soltero, el 37.5% pertenecen a familias de tipo nuclear. Un 65.63% ingresó a tratamiento mediante consulta espontánea y un 37.5% ha realizado algún tratamiento anterior. Respecto al diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias el 96.87 % presenta un consumo de dependencia según el CIE-10; un 18.75% tiene una patología dual, correspondiendo el 50% al Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos – sin especificación. El 46.87% inicio el consumo de sustancias entre los 8 y 15 años iniciando el 59.38% con el consumo de alcohol, siendo el alcohol la sustancia principal de ingreso con un 50%. En cuanto al consumo de sustancias el 81.25% consume alcohol, seguido por un 37.5% de pasta base, 31.25% de marihuana y 21.88% cocaína. En lo relativo al motivo de egreso el 62.5% del total de la población fue egresada mediante alta terapéutica. En cuanto a la comparación entre la modalidad de tratamiento -presencial u online- con el resultado de tratamiento al momento del egreso de lo(as) usuario(as), se destaca que la dimensión de uso de sustancias para “alcohol, promedio tragos al día” y “alcohol 28 días, total” se presentan diferencias estadísticamente significativas según la modalidad de tratamiento con un p-value= 0.00055 para ambos indicadores lo que, guarda relación con lo señalado por los(as) usuario(as) al egreso donde, el 85.71% de los(as) participantes en modalidad presencial (2019) indicó que cesó su consumo en contraste con el 80% de lo(as) usuario(as) en modalidad online (2020-2021) que refiere que no ingirió alcohol. En “*Evaluación de salud mental*”, se presenta una diferencia estadísticamente significativa según modalidad de tratamiento con un p-value=0.01827 destacando con un 77.78% de lo(as) participantes en modalidad presencial (2019) quienes registraron un logro alto, en comparación con 63.64% del año 2020 quienes, obtuvieron un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 que registro un logro alto. En “*evaluación del proceso terapéutico*” se muestra una diferencia estadísticamente significativa según la modalidad de tratamiento con un p-value= 0.01827 destacando con un 77.78% de lo(as) usuario(as) en modalidad presencial (2019) quienes obtuvieron un logro alto, en contraste con un 54.55% del año 2020 que registro un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 que obtuvo un logro alto.

Palabras Clave: Trastorno por consumo de sustancias - cambio de modalidad de tratamiento presencial a online – adultos.

ABSTRACT

The present research aims to investigate the relationship between the treatment modality - in person or online - with the outcome of treatment for substance use disorders and associated sociodemographic, family and clinical variables in the adult population, aged 18 years and older admitted between 2019 and 2021. It corresponds to a descriptive and correlational, quantitative, longitudinal retrospective study with three measurements over time. Intragroup measurements are considered for the years 2019, 2020 and 2021. The study contemplated a population of 32 users belonging to the Therapeutic Community for Addiction Rehabilitation "La Casa Chica" in the province of Concepción, commune of Talcahuano. Secondary sources of information were used, obtaining the information from the institutional clinical record of the users. The database of the Treatment Management and Registration System (SISTRAT) belonging to the National Service for the Prevention and Rehabilitation of Drugs and Alcohol Consumption (SENDA) was also consulted. The results showed that 18.75% of the users were female and 81.25% were male; 43.75% were between 40 and 50 years old, 56.25% were single, and 37.5% belonged to nuclear families. Furthermore, 65.63% entered treatment by spontaneous consultation and 37.5% had been previously treated. Regarding the diagnosis of substance use disorder, 96.87% present dependence according to CIE-10; 18.75% have a dual pathology, with 50% corresponding to Personality and Behavioral Disorder in Adults - non specified. Moreover, 46.87% started substance use between 8 and 15 years old, 59.38% of which started with alcohol consumption, alcohol being the main substance of entry in 50% of the cases. In terms of substance use, 81.25% consumed alcohol, followed by 37.5% cocaine base paste, 31.25% marihuana and 21.88% cocaine. Regarding the reason for discharge, 62.5% of the total population was discharged through therapy. Regarding the comparison between the treatment modality - in person or online - with the treatment outcome at the time of discharge, it should be noted that the dimension of substance use for "alcohol, average drinks per day" and "alcohol 28 days, total" showed statistically significant differences according to the treatment modality with a p-value = 0.00055 for both indicators, similar to what was indicated by the users at discharge, where 85.71% of the participants in the in person modality (2019) indicated that they stopped their consumption, in contrast to 80% of the users in the online modality (2020-2021) who reported that they didn't drink alcohol. In "mental health evaluation", there is a statistically significant difference according to treatment modality with a p-value=0.01827, with 77.78% of the participants in the in person modality (2019) registering a high achievement, compared to 63.64% in 2020 who obtained an intermediate achievement and 75% of the participants in 2021 who registered a high achievement. In "evaluation of the therapeutic process" there was a statistically significant difference according to the treatment modality with a p-value = 0.01827, with 77.78% of the users in the in person modality (2019) obtaining high achievement, in contrast to 54.55% in 2020 who registered intermediate achievement and 75% of the participants in 2021 who obtained high achievement.

Key words: Substance use disorder - change from in person to online treatment - adults.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales en el 93% de los países del mundo, en tanto que ha aumentado la demanda de atención en salud mental. (Organización Mundial de la Salud, 2020b, párr. 1) .

Ante tal contexto, Valero, Vélez, Duran, y Torres (2020) mencionan que “las personas con problemas de salud mental preexistentes o trastornos por consumo de sustancias pueden ser especialmente vulnerables en una emergencia” (p.68); comprendiendo trastornos por consumo de sustancias “el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 257). De manera análoga, si bien el confinamiento ha sido estresante para todos, “para las personas con adicciones, la forma de actuar ante el estrés puede ser el consumo” (Ponciano, 2020, p. 6) .

Actualmente, la gran mayoría de países “ha adoptado la telemedicina o la tele terapia para subsanar las perturbaciones de los servicios de atención presenciales” (Organización Mundial de la Salud, 2020b, párr. 8). En el tratamiento por consumo de sustancias, el distanciamiento social ha transformado en gran medida los modelos terapéuticos paradigmáticos en forma presencial a online, siendo el actual desafío “mantener a los pacientes en sus diferentes estadios de tratamiento ... realizar tamizajes por situaciones de potencial riesgo en el ámbito del hogar ... gestionando los riesgos y reduciendo el potencial impacto negativo ocasionado en este contexto epidemiológico” (Pascale, 2020, p. 334).

En la etapa que compete el presente estudio, es relevante comprender que la adultez “es el momento del curso de vida donde la población mayoritariamente forma familia, se reproduce, crea lazos afectivos, establece convivencia y concentra el mayor peso productivo del país” (Ministerio de Salud, 2018, p. 22).

El presente estudio tiene por objetivo *Explorar la relación entre la modalidad de tratamiento - presencial u online- con el resultado de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y variables sociodemográficas, familiares y clínicas asociadas en la población adulta de 18 y más años ingresados entre los años 2019 a 2021.*

El informe se constituye por capítulos. El primer apartado plantea la problemática a investigar además de la relevancia de llevar a cabo intervenciones desde la disciplina de Trabajo Social, junto a la importancia de generar futuros estudios que reflejen los resultados de tratamiento en modalidad online en post de conducir hacia nuevos modelos terapéuticos en contexto de pandemia. El segundo capítulo contempla los marcos de estudios, exponiendo una contextualización teórica, conceptual y empírica que evidencia los avances para comprender la temática a presentar. El tercer capítulo presenta los objetivos de estudio. El cuarto capítulo exhibe la metodología a utilizar la cual, detalla la técnica e instrumento a emplear. El quinto capítulo expone los resultados de la investigación y el siguiente capítulo presenta la conclusión y discusión.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El actual contexto socio sanitario que afecta a nuestro país y al mundo entero, causado por el virus SARS-CoV-2 el cual, comprende una familia de virus que infectan al ser humano, (Organización Mundial de la Salud, 2020c) ha constituido desde su aparición, un foco de preocupación sanitaria a nivel mundial.

El 11 de marzo de 2020, la COVID-19 fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (Noria, Bachini, y Ramos, 2020, p. 222). En Chile, el 8 de febrero de 2020 se declara emergencia sanitaria nacional para hacer frente a la inminente llegada del virus (Villalobos, Browne, y Madero-Cabib, 2020, p. 1). El primer caso de COVID-19 se confirmó el 3 de marzo (Canals et al., 2020, p. 1) de un hombre que había regresado a Chile desde el sudeste asiático (Villalobos et al., 2020, p. 1) donde, posteriormente se iniciaron las primeras cuarentenas el 25 marzo (Toro, Parra, y Alvo, 2020, p. 558), correspondiendo a medidas de salud pública “empleadas para prevenir la propagación de una enfermedad infecciosa” (Buitrago Ramírez, Ciurana Misol, Fernández Alonso, y Tizón García, 2020, p. 94). Al 17 de enero de 2023 el Ministerio de Salud (2023) reportaba a nivel nacional 5.090.883 casos confirmados acumulados y 63.548 personas fallecidas (párr. 1).

En contexto de desastres “la prestación de servicios ... requiere de conocimiento, paciencia y flexibilidad” (Benyakar, 2002, p. 15). Los autores Ramírez-Pereira, Pérez Abarca, y Machuca-Contreras (2020) acentúan en la saturación de atención médica, dado que “las Unidades de Cuidados Críticos cuentan con un número limitado de camas, personal de salud y ventiladores mecánicos” (p.3). De la misma manera, “la prestación de servicios de salud para enfermedades distintas de COVID-19 se ha visto afectada negativamente debido al cierre parcial de servicios no esenciales ... incluso los servicios disponibles podrían ser susceptibles a nuevas barreras de acceso a la atención” (Villalobos et al., 2020, p. 3).

García-Real et al. (2020) mencionan que “la literatura científica señala que las situaciones de emergencias y desastres tienen un impacto más elevado para la salud mental que para la salud física” (p.118). En donde, se “producen cambios bruscos en las dinámicas relacionales, lo cual tiene un impacto importante en la salud mental (en ocasiones, poco abordada por ser menos visible en estadios iniciales” (Ribot Reyes, Chang Paredes, y González Castillo, 2020, p. 5).

La Organización Mundial de la Salud (2013b) indica que:

Durante una emergencia, la salud mental requiere especial consideración. Ello obedece a tres factores habituales: aumento de las tasas de problemas de salud mental, debilitamiento de la infraestructura en este ámbito, y dificultades de coordinación con los organismos y agentes que prestan apoyo de salud mental y psicosocial. (p.10)

En contextos de desastres, se pueden “desencadenar problemas de salud mental o empeorarlos, a menudo al mismo tiempo que las estructuras de salud mental existentes se debilitan” (Organización Mundial de la Salud, 2013b, p. 2).

Deza Villanueva (2013) menciona que “desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamente” (p.12). Asimismo, de la Barra y Silva (2010) señala que “las perturbaciones psicológicas que generan estas circunstancias se expresan ya sea a corto, mediano o largo plazo” (p.7). Igualmente, “los estudios muestran, en su conjunto, un impacto psicológico considerable de los desastres naturales, particularmente el primer año posterior a éstos” (Cova y Rincón, 2010, p. 182).

Jarero, Artigas, Uribe, y Miranda (2015) enfatizan que “una consecuencia de los desastres, que frecuentemente se subestima, son las heridas psicológicas, las cuales no siempre son visibles, agudas o atendidas” (p.76).

En concordancia con los autores L. García, de la Fuente, Sáiz, García, y Bobes (2020) en nuestro actual contexto socio sanitario “las reacciones de ansiedad, preocupación o miedo serán frecuentes en la sociedad dado su carácter desconocido y novedoso junto con las medidas de distanciamiento social derivadas del estado de alarma” (p.85). Lo que podría además, “aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión ... también interrumpir el sueño” (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, y Escobar, 2020, p. 8). Buitrago Ramírez et al. (2020) añaden que “entre los efectos tardíos se señalan duelos patológicos, depresión, trastornos de adaptación, manifestaciones de estrés postraumático, abuso del alcohol u otras sustancias adictivas y trastornos psicósomáticos” (pp.97-98).

Gerrity y Flinn (2000) acentúan en que “las consecuencias de la exposición a desastres naturales o tecnológicos en la salud mental no han sido totalmente abordadas por quienes trabajan en el campo de la preparación o la provisión de servicios en desastres.” (p.110) en donde, si bien el estudio de efectos psicológicos de desastres ha adquirido importancia a nivel internacional “en nuestro país los desarrollos conceptuales e investigación al respecto todavía son escasos” (Cova y Rincón, 2010, p. 180), siendo el terremoto del 27 de febrero de 2010 un claro ejemplo de “la necesidad de acentuar la reflexión e investigación respecto de los desastres y sus implicaciones desde perspectivas psicosociales” (Cova y Rincón, 2010, p. 180).

Ramírez-Pereira et al. (2020) enuncia que “la pandemia de la COVID-19 se ha convertido en una crisis sanitaria, con repercusiones sociales, económicas, políticas, éticas, de género y cuidados, las que impactan de sobremanera a los grupos más vulnerables.” (p.2). Comprendiendo la vulnerabilidad como “la condición interna de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza o evento traumático que puede dañarle.” (Buitrago Ramírez et al., 2020, p. 98).

Valero et al. (2020) mencionan que ante tal contexto “las personas con problemas de salud mental preexistentes o trastornos por consumo de sustancias pueden ser especialmente vulnerables en una emergencia” (p.68). Asimismo, respecto a una de las medidas para contener la pandemia, Ponciano (2020) indica que si bien la cuarentena es estresante para todos, es “importante considerar que para las personas con adicciones, la forma de actuar ante el estrés puede ser el consumo” (p.6).

El presente estudio se centrará en uno de los problemas de salud mental que día a día adquieren mayor prevalencia en nuestra sociedad y que tiene relación con los trastornos por consumo de sustancias.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) refiere por trastorno por consumo de sustancias “el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante” (p.257). Esta misma Asociación precisa que pese a que algunos clínicos utilizan la palabra adicción, este término “se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 257). El National Institute on Drug Abuse (2019) indica que “la mayoría de las drogas afectan el circuito de recompensa del cerebro inundándolo del neurotransmisor dopamina ... causando el estado de euforia o “high” intensamente placentero que puede llevar a consumir drogas una y otra vez” (pp.1-2), donde “se ignoran las actividades normales” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 253).

De acuerdo con Pascale (2020) las medidas de distancia social, cambian en gran medida los “modelos terapéuticos paradigmáticos para el consumo problemático de drogas, relacionados con estrategias terapéuticas grupales de pacientes y de sus referentes socio-afectivos en forma presencial e integración de los usuarios dispositivos comunitarios, pertenecientes a la red de atención” (p.233). A su vez, Ponciano (2020) indica que si bien “existe la forma de realizar reuniones y atención de forma virtual, hay un grupo importante de la población que carece de computadora” (p.7).

El presente estudio se realizará en la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones “La Casa Chica” la cual, en contexto de pandemia ha modificado su modelo de intervención. Desde un modelo de tratamiento implementado completamente en modalidad presencial, de contacto directo a diario con los y las usuarias a un modelo virtual – online. Como consecuencia de ello, se han suspendido una serie de prestaciones de talleres tales como: Taller multifamiliar, centrado en las dificultades de relación y comunicación al interior de las familias; Taller de Comunicación, Iniciativa, Autonomía y Manejo CIAM, basado en las orientaciones técnicas de SENDA, con el propósito de favorecer competencias para la integración social; Talleres de deporte, recreación y enfoque de género, talleres que se orientan al modelaje de estilos de vida saludables; Taller de ocio y tiempo libre el cual, orientado a la fomentar una rehabilitación integrada en la persona en sus distintas áreas del desempeño ocupacional; y por último, el Taller de Apresto laboral de mueblería, orientado al desarrollo de motivaciones laborales que estimulen hábitos para el desempeño de cualquier actividad laboral. De manera análoga, los talleres que han continuado en la modalidad virtual-online son: Taller apresto laboral, exclusivamente del área de repostería; Taller de desarrollo personal, orientado al manejo y regulación emocional y el Taller de autoayuda enfocado a la recepción de nuevos usuarios, orientado al aprendizaje de prevención de recaídas y refuerzo motivacional (Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones "La Casa Chica", 2021, pp. 20-21).

Esta urgente, y por lo mismo, en sus inicios, improvisada forma de intervención genera cambios importantes en la vinculación del equipo de intervención con las personas que requieren

la atención. Ponciano (2020) enfatiza en que “la cuarentena ha puesto a prueba los procesos de desintoxicación, los tratamientos presenciales, las sesiones de grupos de auto-ayuda” (p.6), concurriendo a un mayor riesgo a recaídas, donde las personas “vuelven a consumir; el aburrimiento y la frustración son factores de riesgo para que una persona que presenta una adicción recaiga” (Ponciano, 2020, p. 6), siendo necesario “comprender los potenciales cambios en los patrones de consumo de alcohol, psicofármacos, analgésicos mayores, y el uso experimental u ocasional de otras drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras del sistema nervioso central para aliviar el displacer” (Pascale, 2020, p. 233). De manera análoga, Ponciano (2020) menciona que “este distanciamiento incrementa el riesgo de sobredosis en personas que muchas veces viven solas y, como consecuencias de ello, podrían morir sin tener posibilidad de atención oportuna” (p. 7).

Asimismo, Yao, Chen, y Xu (2020) comentan que las epidemias nunca afectan a todas las poblaciones por igual, sin embargo, se han escuchado pocas voces de este gran pero vulnerable grupo de personas con estos trastornos de salud mental (p. 21). Situación que estaría contribuyendo a la generación de mayores desigualdades y posibles propagaciones de infecciones (Yao et al., 2020, p. 21).

Ribot Reyes et al. (2020) refiere que a la par de las medidas sanitarias para el enfrentamiento a la COVID-19 se requiere “potenciar la resiliencia, el crecimiento personal, las relaciones intrafamiliares y la atención especial a los grupos vulnerables para así minimizar el impacto psicosocial de la epidemia en la población” (p.9). Es por esto, que, como profesionales de Trabajo Social, no debemos quedar enajenados de la situación puesto que, debemos “responder a las nuevas necesidades de los usuarios y de los servicios” (Garcés, 2010, p. 350).

En el área de salud mental, el Trabajo Social se encuentra relacionado con “la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica” (Garcés, 2010, pp. 338-339). Nos encontramos integrados en un “equipo interdisciplinario ... diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema” (Garcés, 2010, p. 339). Particularmente en profesionales que brindan atención en drogodependencia “los modelos de asistencia cambian en forma dinámica, planteándose también dificultades y limitaciones” (Pascale, 2020, p. 233).

En nuestro rol como profesionales debemos tener presente las “consecuencia de las situaciones multifacéticas que enfrentan los individuos y comunidades después de un desastre” (Jarero et al., 2015, p. 69). Siendo necesario futuras investigaciones que evalúen “los efectos indirectos sobre la salud mental para mejorar el tratamiento, la planificación de la atención de la salud mental y las medidas preventivas durante las posibles pandemias posteriores.”, esto, de acuerdo a Vindegaard y Benros (2020, p. 531).

Gallegos et al. (2020) señala que “la aparición del Covid-19 ha implicado innumerables desafíos a nivel global y todavía no se pueden estimar con certeza las múltiples consecuencias que tendrá en el mediano y largo plazo” (p.23). De acuerdo con lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (2013b) las situaciones de emergencia “son oportunidades para transformar la atención

de salud mental” (p.2). Oportunidades que se deben aprovechar ya que, “los trastornos mentales, neurológicos y causados por el consumo de sustancias se encuentran entre los problemas más desatendidos en el ámbito de la salud pública, y porque la salud mental es crucial para el bienestar” (Organización Mundial de la Salud, 2013b, p. 2).

El estudio considera como población objetivo a personas adultas, de 18 años en adelante, usuarios(as) de programas de tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias, que mantengan un tiempo de tratamiento igual o mayor a 6 meses, de la provincia de Concepción.

Se pretende dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el cambio de modalidad de tratamiento presencial a modalidad online y el resultado de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias?

CAPITULO II: MARCOS DE ESTUDIO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. Los Determinantes Sociales de la Salud en el tema de las Drogo dependencias.

La Organización Mundial de la Salud en respuesta a la creciente preocupación suscitada por las, cada vez mayores y persistentes inequidades existentes en diversos países, crea en el año 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión generada define los Determinantes sociales de la salud (DSS), como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr. 1).

La Organización Mundial de la Salud (2020a) señala que “los Determinantes Sociales de la Salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (párr. 3). De manera análoga, Jorge García y Vélez (2013) mencionan que los DSS exigen pasar de un modelo biomédico en salud a uno que tenga en cuenta estas desigualdades y el trabajo integral en ellas” (p. 732).

De acuerdo con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.” (p. 1).

Solar e Irwin (2010) desarrollaron un marco conceptual para la comprensión de la interacción de los determinantes sociales de la salud de manera que permitiera a los diseñadores de políticas definir los puntos de entrada de las intervenciones (Jorge García y Vélez, 2013, p. 734).

Dichos autores, Solar e Irwin (2010) plantean la siguiente distinción crítica entre dos tipos de determinantes sociales:

- Determinantes estructurales de las inequidades en salud: correspondiendo a todos los mecanismos sociales y políticos que generan estratificación y división de clases sociales en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos; como las políticas macroeconómicas, políticas públicas (educación, salud) las políticas sociales, entre otras.
- Determinantes intermedios de la salud: Los determinantes estructurales causan y operan a través de determinantes intermediarios de la salud (vivienda, ambiente de trabajo físico, apoyo social, estrés, nutrición y actividad física) para moldear los resultados de salud. (World Health Organization, 2010, p. 5).

En Chile, en el año 2008, el “Ministerio de Salud crea la Secretaría Técnica de DSS que funcionó hasta 2010 y promovió la iniciativa “13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”. En base a esta estrategia se originaron estrategias de intervención focalizada en grupos poblacionales específicos.” (Jorge García y Vélez, 2013, p. 736).

Según los autores Jorge García y Vélez (2013) nuestro país :

Enfrenta retos en la distribución equitativa de la riqueza económica la cual determina el uso de servicios de salud, siendo los servicios preventivos y especializados más utilizados en los quintiles de mayores ingresos y los servicios de emergencias en los quintiles de bajos ingresos (p. 736-737).

Tal como lo indica la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) “el sistema de atención de salud es, en sí mismo, un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos” (p. 1). Lo anterior, constituye un aspecto fundamental de considerar, particularmente en nuestro contexto socio sanitario actual de pandemia por la COVID-19 la cual, dada su “rápida propagación ... altamente contagiosa ha representado la amenaza más grave para la salud mundial en este siglo” (Hu, Guo, Zhou, y Shi, 2021, p. 151). A lo anterior se debe agregar además, según lo precisan (Ramírez-Pereira et al., 2020, p. 3), que “no existen certezas respecto a su término”. De manera análoga, Yao et al. (2020) señala que las personas con trastorno de salud mental, a causa de las regulaciones nacionales sobre viajes y cuarentenas, se han visto impedidas de asistir regularmente a sus visitas ambulatorias para evaluaciones y recetas (p. 21).

La Organización Mundial de la Salud (2013a) enuncia que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen:

No solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. (p. 7).

Farhoudian et al. (2020) hace alusión específica a las personas con trastornos por consumo de sustancias y las describe como una población “marginada, de difícil acceso, que vive en grupos hacinados con menor acceso a la atención médica. Por lo general, sufren de peor salud, función inmunológica más débil, infecciones crónicas, así como varios problemas con comorbilidades físicas y psiquiátricas.” (p. 141). De la misma manera, Tena-Suck et al. (2018) refiere que su estigmatización “constituye un impedimento importante para que éstos tengan acceso al tratamiento adecuado” (p. 275).

Tena-Suck et al. (2018) menciona que existen diversas barreras asociadas con el acceso a tratamiento, siendo las principales:

Creencias ante la efectividad de los tratamientos disponibles; disponibilidad limitada de servicios adecuados para ... poblaciones específicas ...; recursos limitados de los pacientes para acceder o completar tratamiento y dificultad de acceso por ubicación de centros de tratamiento, así como la falta de personal capacitado. (pp. 274-275)

Respecto al impacto que tiene en la salud mental un contexto de pandemia, Ribot, Chang , y González (2020) indican que “generalmente, es más marcado en las poblaciones que viven en

condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud” (p.7). En relación a la desigualdad de las condiciones de vida, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) menciona que “está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos.” (p. 14), siendo resultado de “normas, políticas y prácticas sociales que toleran, o incluso, favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos.” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, p. 14). Frente a estas circunstancias, se presencia la inequidad, en donde “adquiere aún mayor relevancia al considerar que las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan a la salud de por vida.” (Vidal et al., 2014, p. 64)

En personas con trastorno por consumo de sustancias, existe un “debilitamiento de los vínculos entre los individuos ... y la sociedad, entendida la sociedad como la diversidad de espacios de socialización como la familia, la escuela, el trabajo, el barrio, los amigos, la cultura y la política, entre otros” (Tello, 2007, p. 2) . La población al ser excluida de la vida social y “recibir un tratamiento de inferioridad causa la peor salud y los riesgos más elevados de padecer una muerte prematura” (Vidal et al., 2014, p. 65). Frente a esto, se debe comprender que la exclusión social es “la negación de las posibilidades y condiciones que se considera básicas para que el individuo acceda a su rol de ciudadano en una sociedad democrática.” (Tello, 2007, p. 2). De manera análoga, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) indica que “una participación restringida priva al ser humano de su capacidad, creando las condiciones propicias para las desigualdades en ámbitos como el de la educación y el empleo, y en las posibilidades de acceso a los avances biomédicos y técnicos.” (p. 24).

En el trastorno por consumo de sustancias “el uso y abuso de drogas psicoactivas posee interconexión con varios determinantes sociales y debe ser enfrentado por medio de acciones y políticas que consideren su complejidad y las graves consecuencias que alcanzan en usuarios, familias y sociedad” (Arena, 2014, p. 110) . Asimismo, precisa el autor que se requieren “miradas y acciones diferenciadas, fundamentadas en la comprensión de los usuarios como sujetos, construidos histórico- socialmente” (Arena, 2014, p. 110). Barchetti et al (1988) precisa , que dentro de estos determinantes se encuentran “factores individuales, psicológicos ... los factores familiares de desintegración y ruptura de vínculos, ..., los factores educacionales, escasa o nula información sobre la droga ... los factores ambientales, como la disponibilidad de la droga” (Barchetti et al., 1988, pp. 5-6).

De acuerdo con Barchetti et al. (1988) en la intervención se “requieren soluciones complejas y profundas que tienen que ver con la perspectiva de generar bienestar y justicia social por parte de la sociedad donde se produce.” (p. 11). En donde, mediante “una mirada multidimensional e integradora podremos obtener resultados en el cuidado de la salud de las personas y comunidades afectadas”(Ortiz y Silva, 2005, p. 909).

En concordancia con los autores Yao et al. (2020) el desconocimiento del impacto diferencial de la epidemia en las personas con trastornos por consumo de sustancias, no solo obstaculizará cualquier objetivo de prevenir una mayor propagación del COVID-19, sino que también aumentará las desigualdades en salud ya existentes. (p. 21), necesitando “un nuevo tipo de estrategia de

intervención de problemas psicológicos y mentales que sea factible y accesible” (Xiao, 2020, p. 175), mediante una respuesta que incluya “un enfoque en el impacto de la salud mental de los pacientes” (Torales, O’Higgins, Castaldelli-Maia, y Ventriglio, 2020, p. 319).

2.1.2. Modelo Transteórico del cambio

La Organización Mundial de la Salud (2020b) indica que la pandemia de COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales en el 93% de los países del mundo, en tanto que aumenta la demanda de atención de salud mental (párr. 1). Asimismo, Gómez (2021) señala que el actual contexto “ha tenido un efecto dramático inmediato en la salud de la población mundial” (p. 1). Lo anterior, particularmente ocurre tanto en poblaciones vulnerables como, en aquellos que padecen trastornos mentales (Gómez, 2021, p. 1). Respecto al trastorno por consumo de sustancias, Fabelo, glesias, y Gómez (2020) concluyen que, durante dichos eventos son frecuentes los retrocesos y recaídas que determinan el reinicio o incremento del consumo de drogas y trastornos adictivos (p. 1).

Actualmente, la gran mayoría de países “ha adoptado la telemedicina o la teleterapia para subsanar las perturbaciones de los servicios de atención presenciales” (Organización Mundial de la Salud, 2020b, párr. 8). De acuerdo con Antiporta y Bruni (2020) se “han generado necesidades específicas que requieren acciones apropiadas, incluida la implementación de intervenciones virtuales” (p. 1) como lo es la implementación de un modelo de intervención específico en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, como puede ser el Modelo Transteórico del Cambio, modelo que nos convoca en el presente estudio.

El Modelo Transteórico del Cambio “tuvo su origen a finales de los años 70 y su popularización se debe al trabajo de James O. Prochaska y Carlo DiClemente durante los años 80 y 90” (Flecher, Rodríguez-Góngora, y Rodríguez-Rodríguez, 2020, p. 23). Su premisa básica consiste en que “el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio ... permite planear intervenciones que responden a las necesidades particulares de los individuos” (Cabrera, 2000, p. 2). Según Caballero, González, Martínez, y de la Torre (2015) el modelo propone “una comprensión en fases de la descripción, explicación y predicción del cambio o abandono de las diferentes conductas adictivas.” (p. 246). Flórez (2000) menciona que el modelo recibe la denominación transteórico dado que “su origen se remonta a un análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas distintas.” (p. 81). Para Cabrera (2000), el modelo explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos de acuerdo a cinco constructos teóricos intervinientes: *I) etapas, II) procesos de cambio, III) balance decisorio, IV) tentación y V) autoeficacia* (p. 4).

I. Etapas del Modelo Transteórico

Prochaska, DiClemente, y Norcross (1994) enuncian que los individuos que modifican sus comportamientos adictivos progresan a través de cinco etapas u estadios:

- Pre contemplación: Etapa en la cual, no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. Cuando éstos se presentan a psicoterapia, es a menudo por la presión de los otros.
- Contemplación: Estado en que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. Los individuos pueden quedarse atascados en la etapa de contemplación durante largo tiempo.
- Preparación: Etapa que combina intención y criterio de comportamiento. Los individuos en esta etapa, aunque han hecho mejoras en sus problemas de comportamiento no han alcanzado aún el criterio para una acción efectiva, como la abstinencia.
- Acción: Etapa en la que cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Acción implica cambios de comportamiento más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía.
- Mantenimiento: Etapa en la cual las personas trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción. Para comportamientos adictivos esta etapa se extiende de seis meses a un período indeterminado posterior a la acción inicial. (pp. 4-5).

Respecto a la recaída que se presenta en todo tratamiento, Prochaska et al. (1994) indican que “ocurre frecuentemente a medida que los individuos intentan modificar o cesar su comportamiento adictivo.” (p. 6). Durante este proceso, los “individuos se desmoralizan y se resisten a pensar sobre el cambio de comportamiento como resultado, vuelven a la etapa de Precontemplación y se quedan ahí durante largos periodos de tiempo.” (Prochaska et al., 1994, p. 6). Prochaska et al. (1994) concluyen que “la progresión lineal es un fenómeno posible, pero, relativamente raro en los comportamientos adictivos.” (p. 6).

Para los profesionales la forma de identificación de las etapas u estadios del presente modelo ha cambiado en gran medida, pasando desde una entrevista presencial a una virtual requiriendo una mayor flexibilidad y destreza, dado el actual contexto sociosanitario.

II. Procesos de cambio

Para Prochaska et al. (1994) los procesos de cambio son definidos como las “actividades y experiencias cubiertas y abiertas con las que los individuos se comprometen cuando intentan modificar los problemas de comportamiento” (p. 9). Para Caballero et al. (2015), los procesos de cambio “determinan cómo se producen transformaciones en los sujetos” (p. 248).

Caballero et al. (2015) precisan que existen dos factores de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos y los procesos de cambio conductuales (p. 248).

Los procesos de cambio cognitivos incluyen:

- Aumento de la concienciación: Incremento del procesamiento de información sobre la problemática asociada al consumo y a los beneficios de modificarla
- Autorreevaluación: Valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva sobre los valores y manera de ser de uno mismo, así como el reconocimiento de la mejoría significativa que representaría para la vida el abandono de la conducta adictiva.
- Reevaluación ambiental: Valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y realiza un reconocimiento de las consecuencias positivas que produciría el cese de la conducta adictiva.
- Alivio dramático: Experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.
- Reevaluación social: Aumento en la capacidad del sujeto para decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla. (pp. 248-249)

En cuanto a los procesos de cambio conductuales, se observan:

- Autoliberación: Aumento de la capacidad del sujeto para decidir y elegir, pero orientado por un compromiso personal. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva.
- Manejo de contingencias: Proceso conductual de auto y hetero refuerzo que incrementa la probabilidad de que determinada conducta relativa al cambio ocurra.
- Relaciones de ayuda representadas en la existencia y utilización del apoyo social (familia, amistades, etc.) como facilitadoras del proceso de cambio de la conducta adictiva.
- Contracondicionamiento: Estrategia cognitivo-conductual, halla el control de estímulos que consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo. (pp. 249-2450).

Según Caballero et al. (2015) “los estadios y procesos de cambio tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano.” (p. 251). Es posible mencionar, que en consecuencia del miedo e incertidumbre que genera la pandemia por Covid-19, aquellas transformaciones en los sujetos se encuentran estrechamente relacionadas, lo que ha podido afectar el resultado de tratamiento.

III. Balance decisorio

Cabrera (2000) precisa que, el balance decisorio “refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud” (p. 7).

IV. Tentación

La tentación es definida como un reflejo de “la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos” (Cabrera, 2000, p. 8). Contextos emocionalmente complejos como es la presencia de Covid-19, donde las personas frente al estrés podrían responder a través del consumo de sustancias.

V. Autoeficacia

El último constructo teórico, autoeficacia, comprende “la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud” (Cabrera, 2000, p. 8).

En relación con las medidas restrictivas adoptadas por la pandemia, en lo(as) usuario(as) de los programas ambulatorios por trastornos de consumo de sustancias podría verse en conflicto aquella autoeficacia ya que, al enfrentar una situación de riesgo como es el covid-19 podrían volver a consumir sustancias.

Con el avance de la pandemia “se sigue empleando la atención a distancia para los seguimientos ... de tratamiento.”(Gómez, 2021, p. 1), que, “ha obligado a los profesionales a adaptarse, desarrollando vías de intervención alternativas y reduciendo el contacto presencial” (Villaverde, Fernández, San Narciso, y Povedano, 2020, p. 22). En esta situación, los expertos en salud mental “pueden desarrollar y ofrecer servicios de asesoramiento y sistemas de intervención en línea” (Gómez, 2021, pp. 3-4) como es el caso del tratamiento por trastornos por consumo de sustancias en programas ambulatorios.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Durante diciembre del año 2019 se generó en la ciudad de Wuhan, China, un brote de un nuevo virus responsable de cuadros respiratorios severos, caracterizados por fiebre, tos seca y fatiga, y síntomas gastrointestinales ocasionales (Y.-C. Wu, Chen, y Chan, 2020, p. 217). Posteriormente, “el mercado se cerró el 1 de enero de 2020, tras el anuncio de una alerta epidemiológica por parte de la autoridad sanitaria local el 31 de diciembre de 2019.” (Y.-C. Wu et al., 2020, p. 217). Al mes siguiente, diversas provincias de China fueron atacadas por la propagación desenfrenada de la enfermedad, junto a otros países como Tailandia, Japón, República de Corea, entre otros (Y.-C. Wu et al., 2020, p. 217). El patógeno del brote fue posteriormente identificado como el virus SARS-CoV-2 por los hospitales locales (D. Wu, Wu, Liu, y Yang, 2020, p. 44). En Chile, el 8 de febrero de 2020 se declara emergencia sanitaria nacional a causa del virus (Villalobos et al., 2020, p. 1), confirmándose el primer caso de COVID-19 el 3 de marzo (Canals et al., 2020, p. 1). A partir de ese momento, se presentó un rápido aumento exponencial de contagios. (Canals et al., 2020, p. 2). En cuanto a las intervenciones de salud pública se realizaron “aislamiento de casos ... localización de contactos, implementadas conjuntamente con sucesivas intervenciones de distanciamiento social” (Canals et al., 2020, p. 2).

De acuerdo con Huarcaya (2020) a causa del distanciamiento entre personas “la cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales”(p. 328). En consecuencia, según Xiao (2020), “en ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que la depresión y la ansiedad ocurran y empeoren.” (p.175). A su vez, debido a las cuarentenas se ha reducido “la disponibilidad de una intervención psicológica oportuna” (Xiao, 2020, p. 175). En concordancia con Huarcaya (2020) “se ha demostrado que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general” (p.333) dado que, “el miedo a lo desconocido conduce a un mayor nivel de ansiedad tanto en personas sanas como en aquellas con problemas de salud mental preexistentes” (Torales et al., 2020, p. 320). De manera análoga, este brote “está provocando problemas de salud adicionales como ... insomnio, negación, ira y miedo en todo el mundo.” (Torales et al., 2020, p. 317). Según los autores Yao et al. (2020) las personas con afecciones previas de salud mental podrían verse influenciadas por las respuestas emocionales provocadas por la epidemia, lo que podría resultar en recaídas o empeoramiento de su afección, debido a la alta susceptibilidad al estrés en comparación a la población general (p.21).

Los autores, Ribot et al. (2020) enfatizan que este nuevo contexto esta “caracterizado por una total alteración de la rutina socio-familiar y el enfrentamiento a una enfermedad con altos niveles de contagio, se hace necesario profundizar sobre sus efectos psicológicos, así como las estrategias a desarrollar para favorecer la salud mental personal y comunitaria” (p.3).

Valero et al (2020) señalan que el estrés causado por la propagación del virus y las consecuentes medidas sanitarias preventivas necesarias, “puede, en ciertos casos, incluir reacciones como ... mayor consumo de tabaco y/o alcohol y otras sustancias” (Valero et al., 2020, p. 67) en donde, “las personas que pueden responder con mayor intensidad al estrés a una crisis suelen ser

aquellas personas con enfermedades mentales preexistentes, que consumen sustancias o tienen un trastorno por abuso de sustancias” (Valero et al., 2020, p. 67). Asimismo, Ponciano (2020) señala que es “importante considerar que para las personas con adicciones, la forma de actuar ante el estrés puede ser el consumo”(p. 6), de tal manera que, se agraven “los trastornos por consumo de sustancias, con una mayor tasa de recaídas y complicaciones.” (Pascale, 2020, p. 333). Del mismo modo, Farhoudian et al. (2020) añaden que a causa de “la desinformación, el aislamiento social ... depresión económica ... reacciones de duelo pueden provocar una exacerbación del miedo, el pánico y la angustia ... que pueden ir seguidos de ... una recaída en los ex consumidores de drogas.” (p.142).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) refiere por trastorno por consumo de sustancias “el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante” (p.257). San Juan Sanz (2019) señala 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). Dolengevich, Rodríguez, Mora, y Quintero (2015) indican que “las manifestaciones comportamentales de estas alteraciones cerebrales se evidencian en las recaídas frecuentes y en el deseo intenso de consumo en el momento en que la persona se expone a estímulos que le recuerdan la embriaguez y sus circunstancias” (p. 5137). Dolengevich et al. (2015) enfatizan en que “estos trastornos pueden aparecer en cualquier etapa de la vida y comenzar con cualquier sustancia potencialmente adictiva.” (p. 5137). Los trastornos relacionados con sustancias “abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos ... inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes ... tabaco y otras sustancias” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 253). La Organización Panamericana de la Salud (2005) aclara que “las propiedades gratificantes de las drogas no necesariamente consisten sólo en sensaciones de placer ... pueden adquirir formas ... como el alivio de la tensión, reducción de la fatiga, una mayor excitación o mejor rendimiento.” (p.49).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) establece los siguientes criterios diagnósticos en el DMS-5 para el trastorno por consumo de sustancias. Para la tipificación de consumo de sustancia se exige la presencia de al menos dos de ellos en un plazo de 12 meses:

1. Se consume grandes cantidades de sustancias o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos.
7. El consumo de sustancias provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia
11. Abstinencia

San Juan Sanz (2019) enfatiza en que “la evaluación del paciente diagnosticado requiere de la realización de una historia clínica lo más estructurada posible y desde un punto de vista biopsicosocial” (p. 4987). Asimismo, Tena-Suck et al. (2018) indica que todo profesional de la salud debe considerar las siguientes metas para evaluar a los pacientes con trastornos por consumo de sustancias:

- Examinar el estado general de salud del paciente, así como la existencia de enfermedades médicas concomitantes.
- Examinar la comorbilidad psiquiátrica pasada y actual.
- Identificar la existencia de la etapa evolutiva del consumo de sustancias de abuso.
- Evaluar conductas sexuales de riesgo.
- Evaluar conductas de consumo intravenoso.
- Examinar otras enfermedades, como VIH, VHB, VHC y otras enfermedades infecciosas.
- Evaluar la conciencia de enfermedad y motivación al cambio.
- Determinar el funcionamiento psicosocial y el deterioro funcional.
- Identificar fortalezas y soportes.
- Identificar la necesidad de soportes culturales y lingüísticos.
- Identificar problemas dominantes. (p. 270)

Serfaty (2011) menciona que, en las admisiones de los pacientes al tratamiento, se presenta una alta frecuencia de síntomas psicopatológicos, que eran difíciles de atribuir solamente al trastorno por consumo de sustancias, y que, en algunos casos, persistían en el tiempo, luego de haber cesado el consumo (p. 18).

La patología dual es una problemática en la que se observa “la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (Torrens, 2008, p. 315). Correspondiendo a un “difícil diagnóstico y tratamiento” (Serfaty, 2011, p. 17). Torrens (2008) enfatiza que en los pacientes duales o “con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica).” (p. 315).

Torrens (2008) señala que los trastornos duales son reflejo de al menos cuatro posibilidades:

- 1) Las distintas combinaciones de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. Esta combinación puede ocurrir por “casualidad” o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes (ej. estrés, personalidad, factores ambientales en la infancia, vulnerabilidades genéticas, alteraciones neurobiológicas).

- 2) El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno. Así un trastorno por consumo de sustancias puede precipitar una predisposición a psicosis.
- 3) El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente. En este caso el tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica podría hacer desaparecer el trastorno por consumo de sustancias.
- 4) Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a esquizofrenia, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (Torrens, 2008, pp. 316-317).

En los últimos años, se ha evidenciado mediante estudios “la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos ... , situándose entre el 15-80%” (Torrens, 2008, p. 316). Según Serfaty (2011) “un paciente que padece de una patología dual está expuesto a tener otro tipo de comorbilidades o situaciones complejas de su estado de salud, que pueden inclusive, poner en riesgo su vida.” (p. 19).

Se presencia una comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos como: esquizofrenia, depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar y trastorno de la conducta. (Serfaty, 2011, pp. 19-22). De acuerdo con Serfaty (2011) existe relación e interacción entre la esquizofrenia y el trastorno por consumo de sustancias, en donde el abuso de sustancias puede causar psicosis o bien precipitarlas. La psicosis, a su vez, puede incrementar la conducta de búsqueda de sustancias. (p. 19). Arias (2000) señala que los trastornos depresivos son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias el cual, esta comorbilidad determina un peor curso y pronóstico para ambos trastornos. (p. 22). Asimismo, Mae, Cano-Vindel, Iruarrizaga, y Dongil (2009) mencionan que el trastorno por consumo de sustancias presenta una alta comorbilidad con algunos trastornos de ansiedad. (p. 223), particularmente el trastorno de ansiedad social y el estrés postraumático relevantes en la comorbilidad. (Serfaty, 2011, p. 21). Respecto a la comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por consumo de sustancias “es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por su prevalencia y sus repercusiones evolutivas y sociosanitarias.” (Arias et al., 2017, p. 186), donde en “en pacientes bipolares se ha referido un incremento en el consumo de todas las sustancias” (Arias et al., 2017, p. 187). En cuanto a la comorbilidad entre los trastornos de conducta y el trastorno por consumo de sustancias “se encuentra entre el 42 y 85 %.” (Serfaty, 2011, p. 22), caracterizada por ocurrir en adolescentes que tienen trastornos de conducta tempranamente o antecedentes de delincuencia. (Serfaty, 2011, p. 22) El trastorno de conducta habitualmente precede al consumo. (Serfaty, 2011, p. 22).

De manera análoga Ibáñez, Cáceresa, Brucher, y Seijas (2020) añade la comorbilidad entre trastornos del ánimo (TA) y trastornos por consumo de sustancias indicando que “es frecuente, empeora el pronóstico de ambos cuadros y dificulta su tratamiento. El reconocimiento y manejo de síntomas anímicos en usuarios de sustancias significa un desafío en la práctica clínica.” (p. 174). Asimismo, Ibáñez et al. (2020) enfatiza que “si bien existen los trastornos anímicos secundarios a la patología por consumo, la evidencia muestra que la mayor parte de las veces ambas patologías coexisten” (p. 174).

De acuerdo con Jenny García y Méndez (2014) “la comorbilidad con trastornos psiquiátricos es bastante frecuente y resalta la importancia de que las instituciones tengan facilidades para que esta población pueda ser atendida con el fin de mejorar el pronóstico” (p. 13). De manera análoga Torrens (2008) señala que, pese a la relevancia de efectuar tratamiento en los casos de patología dual, ha sido uno de los puntos más conflictivos puesto que, conlleva la necesidad de proporcionar terapias efectivas desde abordajes farmacológicos y psicológicos. (p. 317).

Según Serfaty (2011) diversos estudios señalan una relación entre trastorno por consumo de sustancias con “enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras.” (p. 18). Asimismo, autores como Tena-Suck et al. (2018) mencionan que la presencia de dicho trastorno incrementa “el riesgo de contagio por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), complicaciones vasculares, daño hepático, distintos tipos de cáncer” (p. 265).

El Ministerio de Salud y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2012) indican que en el trastorno por consumo de sustancias se pueden presentar asociadas, las siguientes comorbilidades físicas: hepatitis alcohólica subaguda, hepatitis crónica, enfermedades somáticas, traumatismos y secuelas secundarias, anemia, cardiopatías, patología bucal, entre otras (p. 14).

Becerra y Arteaga (2017) recalca que “las consecuencias físicas, mentales y sociales que resultan de esta patología, se hacen más evidentes a mayor edad.” (p. 3).

En la etapa que compete el presente estudio, es relevante comprender que la adultez “es el momento del curso de vida donde la población mayoritariamente forma familia, se reproduce, crea lazos afectivos, establece convivencia y concentra el mayor peso productivo del país.” (Ministerio de Salud, 2018, p. 22).

Según la teoría de Levinson de 1978 (citado en Monreal, Macarro, y Muñoz, 2001, p. 103) la adultez contempla las siguientes eras:

- Preadulthood (hasta 17 años): Su característica viene dada por el rápido cambio biopsicosocial, por el que el sujeto pasa de un total desvalimiento hasta su plena capacidad de vivir y comportarse como un adulto libre y responsable.
- Adulthood temprana (17-45 años): Es el momento propicio para materializar y hacer realidad las ilusiones y deseos de la edad juvenil, poseer un lugar en la sociedad, crear la propia familia, conseguir una función laboral adecuada, un estatus socialmente valorado.
- Adulthood intermedia (45-65 años): Etapa que viene determinada a niveles biológicas por una disminución de las capacidades, habilidades y destrezas físicas, respecto a la etapa anterior; aunque se conserva vitalidad y energía suficiente para una vida personal y social satisfactoria y valiosa.

En concordancia con Valero et al. (2020) la manera en que las personas con trastorno por consumo de sustancias responden a la pandemia “puede depender de sus antecedentes, el apoyo

social de familiares y amigos, su situación financiera, sus antecedentes emocionales y de salud, la comunidad en la que vive y muchos otros factores” (p.67).

Minuchin y Fishman (1996) describen a la familia como “el contexto natural para crecer y para recibir auxilio... que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción” (p.25).

Para el presente estudio se considerarán 6 tipos de constitución familiar, según la clasificación descrita por Méndez (2015):

- Familia Unipersonal: Compuesta por una sola persona, a partir de múltiples causas, como la independencia de la familia de origen, desintegración familiar o separación temporal, entre otras.
- Familia Pax de deux: Compuesta por solo por dos personas, puede ser los cónyuges o diada conyugal.
- Familia Monoparental: Compuesta por uno de los padres y los hijos, la que puede estar centrada en la figura materna o paterna.
- Familia Nuclear: Integrada por el padre, la madre, los hijos. Tradicionalmente comparten una residencia común.
- Familia extensa: Integrada por a lo menos tres generaciones. La pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros.
- Unidad domestica: Corresponde a un grupo de personas con o sin vinculación de parentesco que se une con el objeto de compartir determinadas funciones familiares, aquellas relacionadas con la subsistencia y economía. (pp. 70-73)

Zapata (2009) realza la importancia del involucramiento de la familia en el tratamiento por consumo de sustancia, favoreciendo con ello una recuperación sostenida (p.89). En aquellos casos en que la familia no se encuentre involucrada en el tratamiento “es necesario acudir a ... su red de apoyo social ... que puede estar constituida por amigos o parientes, a los cuales es importante contactar y motivar para su vinculación al proceso de recuperación” (Zapata, 2009, p. 91).

Zapata (2009) señala que la familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída, permitiendo identificar señales para prevenir, además de facilitar una actuación adecuada en caso de presentarse episodios de consumo (p.91). De manera análoga, “la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste ... las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo” (Calvo, 2007, p. 49) . Asimismo, el funcionamiento familiar se encuentra “comprometido por el consumo de drogas de la persona, manteniendo un corrosivo y a menudo multigeneracional ciclo de adicción y problemas afines” (Rowe, 2013, p. 25). Por consiguiente, “las dinámicas familiares pueden influir sobre las conductas adictivas y su tratamiento” (Calvo, 2007, p. 45). De la misma manera, Rowe (2013) acentúa en que “los conflictos familiares, el bajo apoyo familiar, el consumo de drogas entre los otros miembros de la familia, y el estrés de los padres, han demostrado contribuir a la recaída después del tratamiento por consumo de drogas.” (p.25).

Pierrri (2007) recalca acerca de las consecuencias graves del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, donde “operan no solamente sobre aspectos biomédicos del individuo consumidor sino también sobre las relaciones de pareja, familiares, laborales y sociales del mismo.”

(p.71), siendo la familia “objeto de intervención como sistema afectado pero también en la medida en que sus comportamientos, actitudes, ideas, etc, facilitan o dificultan el abordaje rehabilitador/integrador del paciente o miembro individual afectado por el trastorno”(Calvo, 2007, p. 46). Actualmente “un alto porcentaje de tratamientos para drogodependientes incluye en general, de alguna u otra forma, al sistema familiar en sus estrategias terapéuticas.” (Pierri, 2007, p. 72).

Los autores Garmendia, Alvarado, Montenegro, y Pino (2008) señalan que “el abuso y la dependencia de consumo de drogas constituyen un problema de salud pública en Chile” (p.170). Asimismo, según indica el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021e) “aumenta la vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades, profundizando las inequidades” (párr. 1).

En 1990 se crea el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), organismo encargado de la prevención, control, producción y tráfico ilícito de estupefacientes. Posteriormente en el año 2011 a través de la Ley N° 20.502, el CONACE fue remplazado por el Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), con dependencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. SENDA es definido como el organismo público responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, así como del tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por el consumo problemático de éstas (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2021a, p. 7).

En la Ley 20.502 se precisa que la misión de SENDA consiste en:

- Ser responsable de elaborar y ejecutar políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol.
- Ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol.
- Elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol. (párr. 2).

SENDA recientemente creó la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, con el propósito de reducir “la prevalencia del consumo como indicador principal de la demanda de sustancias psicoactivas”. (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2021a, p. 28). De la misma manera, propone “asegurar el acceso y la equidad en la atención a toda persona que presente consumo problemático (también llamado dependencia o adicción) de alcohol y otras drogas y requiera atención especializada.” (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2021c, párr. 4). Para ello, ofrece una serie de programas, que para propósito del estudio se enfocará en el programa de tratamiento para población general, donde “tiene por objeto otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, para la atención de hombres y mujeres mayores de 18 años, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) del Ministerio de Salud”(Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2021a, p. 60). El programa se ejecuta a través de “dispositivos clínicos en red, públicos y privados, organizados territorialmente, integrados y de complejidad diferenciada.” (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y

Alcohol, 2021a, p. 60). Su demanda se origina “por referencia de otros establecimientos de la red de alcohol y drogas de un territorio determinado (Servicio de Salud), demanda espontánea, duplas Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD), tribunales” (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2021a, p. 60).

El tratamiento para pacientes con trastorno por consumo de sustancias “puede realizarse en forma ambulatoria, en hospital de día, con internación breve para la desintoxicación o en comunidades terapéuticas” (Serfaty, 2011, p. 17).

El presente estudio se enfocará en tratamientos ambulatorios comprendidos como “atención realizada por equipo especializado ... durante al menos 4 horas al día, sin pernoctar” (Ministerio de Salud, 2000, p. 8), donde lo(as) pacientes “viven en casa y visitan las instalaciones de tratamiento solamente para las intervenciones de tratamiento”(Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2017, p. 33) . Se ha de enfatizar que los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación “comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a las características y necesidades de las personas”(Ministerio de Salud y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2012, p. 2)

El Ministerio de Salud y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2012) señalan que los objetivos terapéuticos de un plan ambulatorio son los siguientes:

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso. (p. 2).

El plan de tratamiento ambulatorio Incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones, que no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos tales como: “consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia en grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.” (Ministerio de Salud y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 2012, p. 3).

Según Beynon, McMinn, y Marr (2008) “se entiende que el tratamiento eficaz desempeña un papel fundamental a la hora de permitir que las personas adopten una vida libre de drogas” (p. 7). Jenny García y Méndez (2014) menciona que entre los indicadores de éxito de los tratamientos

para los trastornos por consumo de sustancias se encuentran “la reducción o interrupción del consumo y las recaídas ..., el abandono temprano” (p. 8). Se entiende por abandono del tratamiento el retiro en cualquier momento antes de la finalización planeada (Jenny García y Méndez, 2014, p. 15). Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore, y Ball (2011) indica que “el predictor más estable de resultados positivos del tratamiento es la retención en el tratamiento” (p. 1). Asimismo, (Beynon et al., 2008) señala que “las tasas de retención se pueden mejorar si se comprenden mejor los factores asociados con el abandono prematuro.” (p. 7). De manera análoga Tate et al. (2011) refiere que las características del paciente, las características del tratamiento y del proveedor pueden ser importantes predictores de la retención del tratamiento.(p .2).

Tate et al. (2011) menciona que “la evidencia sugiere que las tasas de deserción pueden ser más altas para los pacientes con trastornos de salud mental comórbidos” (p. 1), como los trastornos psicóticos y bipolar(Jenny García y Méndez, 2014, p. 16), trastornos específicos de personalidad como el antisocial y el histriónico(Samuel et al., 2011, p. 1). Por su parte, López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa, y Lorea (2008) mediante su estudio mencionan otros factores asociados al abandono de tratamiento:

... factores relacionados con los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de los casos), seguido por la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente (49,2% de los casos), por el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39,3% de los casos) y el consumo o el deseo de consumir drogas (el 34,4%). (p. 104)

Serfaty (2011) enfatiza que es “necesario ... lograr el compromiso del paciente” (p. 17), ya que las “personas comparan a los trastornos por consumo de sustancias con el “consumo de drogas” y, por tanto, esperan que los trastornos por consumo de sustancias se curen rápidamente; de lo contrario, el tratamiento se considera un fracaso” (Tena-Suck et al., 2018, p. 274).En concordancia con Tena-Suck et al. (2018) en el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias “la meta principal de la abstinencia a largo plazo frecuentemente requiere rondas sostenidas y repetidas de tratamiento.” (p. 274).

Es fundamental la continuidad del tratamiento del trastorno por consumo de sustancia, particularmente desde un enfoque biopsicosocial el cual, según el Ministerio de Salud y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2012) permitirá:

desde lo biológico abordar los problemas específicos asociado al consumo de sustancia, desde lo psicológico trabajar aspectos intrapsíquicos, reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, autoimagen y relaciones vinculares. En lo social trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña. (p. 56).

Tenorio y Marcos (2000) mencionan que con el objetivo de suscitar continuidad en el tratamiento se requiere “realizar un abordaje integrado que evite la discontinuidad de las acciones terapéuticas” (p. 61). La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2017) considera

que la recuperación es un proceso continuo desde “la asistencia social, apoyo básico y reducción de los efectos nocivos relacionados con el uso de drogas y para la reinserción social” (p .91).

En nuestro actual contexto socio sanitario, las personas con trastorno por consumo de sustancias “deben continuar con el tratamiento y estar atentas a la aparición de síntomas nuevos o al agravamiento de sus síntomas” (Valero et al., 2020, p. 68). De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (2019), similar a lo que ocurre en otras condiciones clínicas de salud, “el tratamiento debe ser continuo y ajustado ... ser revisado a menudo y modificado para adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente” (p. 1). (National Institute on Drug Abuse, 2019, p. 1).

Un elemento relevante a indagar en el presente estudio dice relación con los patrones de consumo de sustancias empleados por las personas consumidoras. Estos patrones de consumo adquieren también relevancia en el actual contexto de pandemia por la COVID-19. De acuerdo con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021d) se entenderá por patrón de consumo de drogas:

Las formas de uso de drogas, frecuencias de consumo, la asociación de la conducta con las motivaciones subyacentes, los contextos de consumo, los tipos de drogas empleadas y sus combinaciones. Incluye también las formas de administración de las sustancias (inhalar o esnifar, inyectar, fumar) (párr.5).

Asimismo, en lo(as) usuario(as) pertenecientes a un centro de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias, se indagara desde su percepción acerca del craving definido como “el deseo o ansias por introducir una sustancia en el cuerpo” (Leiva-Gutiérrez y Urzúa, 2018, p. 5), como también su tolerancia comprendida como “una disminución en el efecto de la misma dosis de una droga luego del uso repetido.” (Organización Panamericana de la Salud, 2005, p. 57) y de su abstinencia referida a “un cambio conductual de adaptación con concomitantes fisiológicos y cognitivos, que ocurre cuando las concentraciones de una sustancia en la sangre o tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un uso intenso y prolongado de la sustancia.” (Organización Panamericana de la Salud, 2005, p. 56).

El distanciamiento social rompe en gran medida los modelos terapéuticos paradigmáticos en forma presencial, siendo el actual desafío “mantener a los pacientes en sus diferentes estadios de tratamiento ... realizar tamizajes por situaciones de potencial riesgo en el ámbito del hogar ... gestionando los riesgos y reduciendo el potencial impacto negativo ocasionado en este contexto epidemiológico” (Pascale, 2020, p. 334). Para dicho propósito ha sido crucial la telemedicina y el seguimiento telefónico, resultando “una herramienta fundamental para el seguimiento y monitoreo terapéutico de los pacientes, así como para la interacción y trabajo de todo el equipo asistencial.” (Pascale, 2020, pp. 333-334). En concordancia con Pascale (2020) el desarrollo de “futuras investigaciones podrán brindar herramientas para conducir a nuevos modelos terapéuticos eficaces en este nuevo escenario en el cual debemos estar preparados como profesionales de la salud.” (p. 334).

2.3 MARCO EMPÍRICO

De la información revisada, se presentan las siguientes investigaciones asociadas al tema:

Los autores Qiu et al. (2020) efectuaron la primera encuesta a nivel nacional sobre el sufrimiento psicológico en la población general de China durante la epidemia de COVID-19. El estudio diseñó un cuestionario para evaluar la angustia psicológica peri traumática (CPDI) durante la epidemia. El cuestionario fue aplicado en línea en todo el país donde, participaron 52.730 personas, un 35,27% de hombres y un 64,73% de mujeres. Sus resultados exhibieron que la puntuación media de CPDI de la muestra fue 23,65 (15,45). Las mujeres encuestadas mostraron una angustia psicológica significativamente mayor que los hombres (puntuación media) = 24,87 (15,03) frente a 21,41 (15,97), $p < 0,001$. Los individuos entre 18 y 30 años o más de 60 años presentaron los puntajes CPDI más altos (puntuación media) = 27,76 (15,69) y 27,49 (24,22). La puntuación CPDI de los encuestados en la región media de China (incluido Hubei, el centro de la epidemia) fue la más alta (puntuación media) 30,94 (19,22), $F = 929,306$, $p < 0,001$, ya que esta región se vio afectada por la epidemia más severa.

En Chile, el autor San Martín (2020) en su investigación titulada “Efectos del aislamiento social y la cuarentena sobre el bienestar subjetivo de los chilenos durante el brote de COVID-19”, abarcó una muestra de 175 adultos de Santiago que han estado entre 1 y 3 semanas en aislamiento social y/o cuarentena, a través de e-mail o red social (whatsapp). Metodológicamente, se utilizó la Escala de Afecto positivo y negativo, validada por Arancibia (2019) para la población Chilena donde se redujo la frecuencia de expresión de afectos, pasando de 1 mes (validación chilena) a 3 semanas. La confiabilidad de la escala total fue “muy alta” con $\alpha = .88$. En cuanto a sus principales resultados la muestra obtuvo una representación de 90,3% mujeres y 9,7% hombres. Con respecto al tiempo que estuvieron en cuarentena o aislamiento social un 85,7% estuvo tres semanas. Para realizar un estudio de la muestra de adultos en aislamiento social y/o cuarentena (grupo experimental) se compararon las medias obtenidas en las escalas de afecto positivo ($M=21,61$ $DE=6,21$) y negativo ($M=14,44$ $DE=4,73$) con las medias de la muestra chilena (grupo control) por Arancibia (2019). Estas últimas se establecieron como valores críticos de la Escala de afecto positivo ($M=25,35$ $DE=5,91$) y negativo ($M=12,48$ $DE=4,44$) para el análisis a través de una Prueba T de Student para una muestra. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control tanto para la escala de afecto positivo ($t=-7,943$ $p=.000$) como para la escala de afecto negativo ($t=5,479$ $p=.000$). En síntesis, se observó que el grupo sometido a aislamiento social presentó un menor promedio de puntuación bruta en la expresión de afecto positivo y mayor en afecto negativo, siendo ambos significativos.

Los autores Andrades-Tobar, García, Concha-Ponce, Valiente, y Lucero (2021) realizaron un estudio “Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19”, con el propósito de establecer predictores de depresión, ansiedad y estrés en personas afectadas por el brote epidemiológico de COVID-19. Participaron 2,376 personas mayores de 18 años, un 79,6% mujeres. Un 84,7% de los participantes era de población chilena, un 11,7 % eran mexicanos y un 3,6% de otros países hispano-hablantes, quienes contestaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), además de escalas para evaluar la severidad subjetiva, la búsqueda de apoyo social y datos relacionados con COVID-19. La recolección de los datos se realizó a través de

un cuestionario auto administrado construido con Google Forms, difundido mediante correos electrónicos, plataformas virtuales y redes sociales. Se observó que sus principales predictores fueron tener menor edad, donde la edad mostro una correlación significativa inversa con ansiedad ($r = -.26$), estrés ($r = -.29$) y depresión ($r = -.29$), problemas para dormir, sentirse solo, no hablar de sus temores y la severidad subjetiva. Se realiza una regresión lineal múltiple jerárquica con el fin de evaluar un modelo predictivo de los problemas de salud mental que las personas pueden desarrollar en contexto de pandemia el cual, se incluyeron el sexo, la edad y si tiene o no hijos, igualmente se agregaron las variables «¿Tiene dificultades para dormir?», «¿Se ha sentido solo durante la pandemia?», «¿Habla de sus temores sobre la pandemia con otros?» y «¿Tiene trabajo actualmente?» y por último se incluyeron el apoyo social y la severidad subjetiva. El modelo final para depresión resultó significativo, $F(9, 1885) = 123.558$, $p < .001$, obteniendo un $R^2 = .37$, lo que implica que el modelo predice el 37% de la varianza en la variable dependiente. El modelo final para la ansiedad también es significativo, $F(9, 1885) = 123.558$, $p < .001$, con un R^2 de .34. Lo mismo ocurrió con el modelo final para el estrés, $F(9, 1885) = 149.357$, $p < .001$, con un R^2 de .42.

En Brasil los autores Carvalho et al. (2020) efectuaron un estudio titulado “La pandemia de COVID-19 y los cambios en el estilo de vida de los brasileños adultos: un estudio transversal, 2020”, con el objetivo de describir los cambios en los estilos de vida, en cuanto al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, dieta y actividad física, en el período de restricción social resultante de la pandemia COVID-19. La investigación consiste en un estudio trasversal, los datos fueron recolectados a través de un cuestionario en línea autoadministrado por los participantes, correspondiendo a una encuesta de salud realizada por la Fundación Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) en alianza con la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) y la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp). Se utilizaron procedimientos de posestratificación para calcular la prevalencia y los intervalos de confianza del 95%. Participaron 45.161 personas de los cuales el 53,6% eran mujeres, el 24,7% tenía entre 18 y 29 años. Del total de la población de la muestra, el 12,0% (IC_{95%} 11,1; 12,9) eran fumadores, con una mayor prevalencia entre los hombres (13,8% - IC_{95%} 12,3; 15,5). En cuanto al tabaquismo, el 34% de los fumadores informó haber aumentado el consumo de cigarrillos durante la pandemia. El mayor consumo de bebidas alcohólicas durante la restricción social, en la población adulta, fue reportado por 17,6% (IC_{95%} 16,4; 18,9), sin diferencias por sexo. La mayor prevalencia de consumo de alcohol se encontró en personas de 30 a 39 años (24,6% - IC_{95%} 21,2; 28,3). La frecuencia de consumo de alimentos saludables disminuyó durante la pandemia. La práctica de la actividad física cambio debido a la pandemia, antes de COVID-19, el 30,1% (IC del 95%: 28,9; 31,5) de los adultos realizaba suficiente actividad física; durante la pandemia, este porcentaje se convirtió en sólo el 12,0% (IC del 95%: 11,1; 12,9). En el comportamiento sedentario durante la pandemia, el tiempo medio de uso de la televisión fue de 3,31 horas (IC_{95%} 3,24; 3,38), lo que representa un aumento de 1 hora y 45 minutos en relación al medio de tiempo dedicado a la televisión antes de la epidemia.

En Canadá los autores Wardell et al. (2020) desarrollaron un estudio “Beber para sobrellevar la pandemia de COVID-19: el papel de los factores externos e internos en el afrontamiento de las vías motrices del consumo de alcohol, el consumo solitario de alcohol y los problemas con el alcohol”, con el objetivo de proporcionar un examen empírico de las vías de afrontamiento motivadas por el consumo de alcohol y los problemas durante las primeras etapas de la pandemia. Su población de estudio contempla adultos que se identifican como consumidores de alcohol

quienes, completaron una encuesta en línea que evaluaba los factores relacionados con el trabajo y el hogar, los factores psicológicos y los resultados relacionados con el alcohol durante los últimos 30 días en contexto de pandemia. La muestra incluyó a 320 participantes (54,7% hombres) con una edad media de 31,99 años (DE = 9,24). En sus principales resultados se destaca que la edad se asoció negativamente con problemas con el alcohol ($\beta = -0,20$, $SE = 0,05$, $p < 0,001$). En la aplicación del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) el cual, mide la gravedad de la depresión durante los últimos 30 días se observó que su puntaje promedio fue 7.57, lo que representa una depresión leve a moderada en los últimos 30 días, con un 2,5% de la muestra con puntajes por encima del límite para depresión severa. Asimismo, se exhibe que el porcentaje de tiempo de bebida en solitario versus social aumentó de un promedio de 30% a 40% a un promedio de 40 a 50%. En la escala de actitudes frente a enfermedades el 17% de la muestra obtuvo una puntuación igual o superior al límite de ansiedad por la salud grave. Respecto a las vías de motivación de afrontamiento hipotéticas del consumo de alcohol se descubrió que mayores síntomas depresivos y menor conexión social se asocian con mayores motivos de afrontamiento, que a su vez median sus asociaciones con un mayor consumo de alcohol y mayores problemas con el alcohol. En relación a los factores estresantes hipotetizados relacionados con el trabajo y el hogar, se indica que la pérdida de ingresos se asocia directamente con un mayor consumo de alcohol e igualmente al tener un hijo menor de 18 años viviendo en casa se asocia de manera única con motivos de afrontamiento para beber.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021c) efectúa su “Segunda encuesta sobre los efectos del covid-19 en el consumo de alcohol y otras drogas en Chile”, destinada a la población mayor de 18 años de las 16 regiones del país, aplicada en 37,4% hombres y 62,6% mujeres el cual, se concentró en un 67,7% entre 18 y 39 años. Dentro de los resultados más relevantes se destacan: un 22,2% afirma haber consumido más alcohol en comparación a un 21,4% en el año 2020 como resultado de las restricciones del COVID-19. En lo que refiere a la demanda de tratamiento por alcohol, un 5% señala que ha aumentado su intención de buscar ayuda, versus a un 4,6% en 2020. En cuanto, al consumo de marihuana un 33,4% menciona que ha consumido más versus a un 33,3% en 2020. Con relación al consumo de medicamentos sin receta médica (clonazepam, tramal, entre otros) un 53,8% señala haber consumido más en comparación a un 45% en 2020. Respecto al consumo de cocaína un 36,5% señala que ha consumido más versus 29,9% en 2020 y en lo que refiere al consumo de LSD/Éxtasis un 29,6% afirma haber consumido más en comparación a 22,7% en 2020. Por último, acerca de la demanda de tratamiento por drogas un 8% indica que ha aumentado su intención de buscar tratamiento para disminuir o dejar de consumir drogas versus a 9,9% en 2020. Se destaca como motivo para aumentar el consumo de alcohol y otras sustancias la ansiedad, estrés y depresión que genera el Covid-19.

En España, los autores Santos de Pascual, Saura-Garre, y López-Soler (2020) realizaron un estudio titulado “Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres”, con el propósito de presentar el perfil psicopatológico y las diferencias entre hombres y mujeres que inician tratamiento residencial para las adicciones, desarrollaron un estudio transversal descriptivo con dos grupos independientes en función del género. La muestra se compuso de 142 pacientes (81,69% hombres y 18,31% mujeres), con un rango de edad entre 18 y 62 años ($M = 38.99$ años; $DT = 9.203$), quienes solicitaron voluntariamente el tratamiento para la adicción de la fundación Solidaridad y Reinserción en la modalidad de

intervención residencial. El instrumento utilizado fue EuropASI versión española de Bobes, González, Saiz, y Bousoño (1996). En cuanto a sus resultados principales: el grupo de hombres presenta una alta prevalencia en el patrón de personalidad antisocial (31%). Las mujeres, en el depresivo (23.1%), dependiente (26.9%) y antisocial (26.9%), solo en el dependiente las diferencias son estadísticamente significativas. En los síndromes clínicos los hombres presentan prevalencia en dependencia de sustancias (86.2%), trastorno de ansiedad (60.3%) y dependencia de alcohol (45.7%), las mujeres en el trastorno de ansiedad (76.9%), dependencia de alcohol (69.2%), sustancias (53.8%) y distímico (46.2%).

En México, los autores Marín-Navarrete et al. (2013) realizaron una investigación “Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones”, con el objetivo de estimar la prevalencia de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en una muestra de participantes de sexo masculino adscritos a los Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la atención de las Adicciones (CRAMAA). Se realizó un estudio transversal, con participantes que fueron diagnosticados a su ingreso con trastornos por consumo de sustancias. La muestra fue de 346 sujetos, quienes fueron evaluados mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (WMH-CIDI). Dentro de sus resultados principales se destaca que la sustancia principal de consumo fue alcohol (43%), seguido de cocaína (25%) y marihuana (17%). El grupo de sujetos entre 30-50 años presentó una prevalencia mayor en el trastorno por dependencia al alcohol (70.66%) ($X^2=8.111$, $g/1=1$, $p\leq 0.05$), mientras que los sujetos entre las edades 18-29 años concurren a el trastorno por dependencia a drogas (70.95%) ($X^2=27.396$, $g/1=1$, $p\leq 0.05$). Respecto a la comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos, se observó que un 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para cualquier trastorno mental, alguna vez en la vida. El grupo de trastornos comórbidos más frecuente fue el déficit de atención y comportamiento perturbador (56.94%), seguido por los trastornos de ansiedad (30.35%), de ansiedad de separación (24.28%), afectivos (23.99%), de control de los impulsos (12.14%) y de la conducta alimentaria (6.07%).

En España, los autores Casares-López, González-Menéndez, Villagrà, Hoffman, y Reinhard (2011) desarrollaron una investigación titulada “Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias”, con el objetivo de evaluar la frecuencia de patología dual y de riesgo de suicidio en personas consumidoras de sustancias internadas en prisión e investigar los factores asociados con su desarrollo. La muestra estuvo compuesta por 143 reclusos (95,8% varones) ingresados en el centro penitenciario de Villabona (Asturias), de una media de edad de 33,99 años (DT: 8,85). La mayoría eran solteros (53,1%) y policonsumidores. Respecto a su metodología se aplicaron entrevistas semi estructuradas utilizando Índice de Gravedad de la Adicción (versión 6, ASI-6) junto a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, Sheehan et al., 1998). Dentro de sus principales resultados se destacan: la primera detención se produjo a una edad media de 20 años y el 34,1% ya había estado ingresado en un centro de menores. El 35% de los internos evaluados cumplían los criterios actuales para el diagnóstico de patología dual, de los cuales, un 83,3% presenta comorbilidad con trastornos de ansiedad, un 79,2% con trastornos afectivos y un 0,8% con trastornos psicóticos de los cuales el 60,6% presentó también riesgo de suicidio. Aproximadamente un tercio de los internos han sufrido maltrato físico o psicológico en la infancia, y el 67,1% ha sufrido al menos una situación de riesgo para su vida.

En Chile los autores Garmendia et al. (2008), efectuaron un estudio “Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas”, con el propósito evaluar la importancia del apoyo social en la recaída a los seis meses del consumo de drogas en personas que lograron la abstinencia. Su población de estudio consistió en usuarios egresados de programas de tratamiento ambulatorios y residenciales de centros públicos y privados de las regiones Quinta, Sexta y Metropolitana, se incluyeron en forma secuencial a 306 personas egresadas, ya sea por alta terapéutica o por abandono del programa. De éstas, al momento del egreso, 197 (64%) habían logrado la abstinencia. A los seis meses, se pudo recontactar a 153 personas que constituyeron la muestra de este estudio. Fue aplicado un cuestionario que contenía preguntas referentes a los ámbitos de perfil sociodemográfico, cuestionario de Goldberg (GHQ-12) validado en Chile encontrando una sensibilidad y especificidad de 76% y 73% junto al cuestionario autoadministrado MOS. Respecto a sus resultados mayoritariamente fueron hombres (76%), con una edad promedio de 32 años e iniciaron el consumo de drogas ilegales entre los 15 y 24 años. La droga que más motivó el ingreso al tratamiento fue el consumo de pasta base de cocaína (40%). Se destaca la alta prevalencia de consumo problemático de alcohol y drogas en la familia que alcanzó a 78% y 61%; el diagnóstico de abuso o dependencia fue proporcionalmente similar (alrededor de 34%). El diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica se consignó sólo en 15% y no se encontró registro de alguna categoría diagnóstica en la ficha clínica en 16% de los pacientes. El tiempo promedio en tratamiento fue de 5,6 meses y poco más de un tercio abandonó voluntariamente el tratamiento. El puntaje promedio en el GHQ-12 fue de 1,5, indicativo de buena salud mental. En cuanto al apoyo social percibido, el promedio de amigos íntimos y familiares cercanos fue de 7,2 y el índice global promedio en la escala MOS en los ítems de escala Likert fue de 78,9, con un rango que osciló entre 30 y 95. Al sexto mes de seguimiento, 108 sujetos (70,6%) aún se mantenían abstemios. Un primer análisis reveló que el egreso por abandono fue un factor de riesgo importante en la recaída del consumo (OR =2,39; IC 95% =1,12-5,14) junto con el ingreso a tratamiento por consumo de pasta base de cocaína, que mostró cinco veces más riesgo respecto a otras drogas (OR =5,44; IC 95% =1,12-26,37). Una baja percepción del nivel de salud mental también se mostró asociada al riesgo del consumo (OR =1,20; IC 95% =1,01-1,42). Entre los factores protectores del consumo, se encontró la mayor duración del tratamiento (OR= 0,86; IC 95% =0,75-0,98) y tener una ocupación estable, sea ésta trabajo o estudio (OR =0,49; IC 95% =0,25-1,00).

Las autoras Jenny García y Méndez (2014) elaboraron un estudio “Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia”, con el objetivo de determinar la frecuencia de abandono temprano del tratamiento y los factores asociados a este entre los pacientes atendidos en 2012 en un Centro de Atención de Drogodependencias de Medellín. Es un estudio observacional de casos y controles; el grupo de casos está constituido por los sujetos que abandonaron prematuramente el tratamiento y el de controles, por los que completaron el programa tal como se planeó. Se compararon ambos grupos en factores sociodemográficos, relacionados con el patrón de uso de sustancias, las comorbilidades y la decisión de ingreso al tratamiento. Inicialmente se desarrolló una revisión de las historias clínicas de los sujetos que se presentaron para evaluación inicial en la institución. De los 268 pacientes que comenzaron el tratamiento después de la evaluación inicial, 110 (41,0%) lo terminaron tal como se había planeado y el restante 59,0% se retiró prematuramente el cual un 47,5% ocurrió en la transición de una etapa del programa a otra. En cuanto a sus resultados, los sujetos iniciaron su adicción en la adolescencia: el 75% comenzó con el trastorno a los 16 años o

antes y para la mitad la edad de inicio fue los 14 años. Las variables asociadas con el abandono temprano fueron: trastorno psicótico (odds ratio [OR] = 0,32; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,11-0,91), trastorno bipolar (OR = 0,31; IC95%, 0,12-0,77), heroína como principal sustancia problema en comparación con alcohol (OR = 6,68; IC95%, 1,52-29,4), toma de decisión del tratamiento por un familiar en comparación con la personal (OR = 3,02; IC95%, 1,28-7,17) y tratamientos previos (OR = 1,87; IC95%, 1,02-3,44).

Los autores López-Goñi et al. (2008) en su estudio “Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica” plantean como objetivo analizar las razones o motivos del abandono del tratamiento para las drogodependencia en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Se cuenta con una muestra de 61 pacientes que, tras permanecer en la Comunidad Terapéutica un período mínimo de 3 meses, han abandonado posteriormente la misma. Se trata de un estudio de seguimiento de carácter retrospectivo, que incluye una entrevista personal con cada uno de los pacientes, donde se utilizó el Cuestionario de Seguimiento de Drogodependencias compuesto por 199 ítems, agrupados en 10 áreas. Sin embargo, se centró en las razones de abandono (7 ítems) y valoración del programa terapéutico (15 ítems). La edad media era de 27,5 años (desviación típica [DT] = 4,3; rango: 20-42 años), un 68,8% eran hombres y un 32,2% mujeres. Dentro de sus principales resultados se encuentra que el motivo de abandono más frecuentemente se relaciona con los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5%), seguido por la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente (49,2%), por el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39,3%) y el consumo o el deseo de consumir drogas (34,4%).

Frente a los estudios anteriormente expuestos es posible mencionar la escasa investigación que aborde la salud mental en contexto de desastres en nuestro país, aún más acerca del trastorno por consumo de sustancias, en donde las existentes presentan una leve proximidad conceptual desde el “consumo de alcohol y drogas”, sin considerar su patología. Asimismo, recalcar la ausencia de estudios que describan el resultado de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias en contexto de pandemia por la COVID-19.

CAPITULO III: OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Explorar la relación entre la modalidad de tratamiento -presencial u online- con el resultado de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y variables sociodemográficas, familiares y clínicas asociadas en la población adulta de 18 y más años ingresados entre los años 2019 a 2021.

Objetivos específicos

1. Describir la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas, familiares, clínicas y de resultado de tratamiento.
2. Explorar la relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable *“Resultado de tratamiento”*, en personas usuarias de un centro de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias.
3. Identificar resultados intragrupo, de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en personas usuarias de un centro de tratamiento para los años 2019, 2020 y 2021.
4. Comparar resultados de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en personas usuarias de un centro de tratamiento según modalidad presencial (año 2019) y modalidad online (años 2020 y 2021), respecto del *“Uso de sustancias”*, *“Transgresión a la norma social”*, *“Salud y funcionamiento social”* y *“Registro institucional”*.
5. Describir los cambios en el *uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social* de acuerdo a la percepción de lo(as) usuario(as) pertenecientes a un centro de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias de la provincia de Concepción, según modalidad presencial (2019) y modalidad online (2020, 2021).

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo y correlacional, cuantitativo y de corte longitudinal retrospectivo con tres mediciones a lo largo del tiempo. Se considerarán mediciones intra e intergrupos para los años 2019, 2020 y 2021.

4.2 Unidad de observación

La unidad de observación corresponde a personas adultas, de 18 años en adelante, usuario(as) de la comunidad terapéutica de rehabilitación de adicciones “La Casa Chica” de la provincia de Concepción, comuna de Talcahuano, ingresados el año 2019, 2020, 2021 y que mantuvieron una permanencia igual o superior a 6 meses de tratamiento.

4.3 Población de estudio

La población de estudio quedó constituida por 32 usuario(as) pertenecientes a la comunidad terapéutica de rehabilitación de adicciones “La Casa Chica” de la provincia de Concepción, comuna de Talcahuano; distribuida en 3 grupos disgregados de la siguiente manera:

- Grupo 1: Población usuaria perteneciente a la comunidad terapéutica, ingresados el año 2019 y que continuaron su tratamiento de manera presencial.
- Grupo 2: Población usuaria perteneciente a la comunidad terapéutica, ingresados el año 2020 quienes y que continuaron su tratamiento de manera online.
- Grupo 3: Población usuaria perteneciente a la comunidad terapéutica, ingresados el año 2021 y que continúan tratamiento de manera online.

4.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde a la relación existente entre el resultado de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias según modalidad de tratamiento presencial a online.

4.5 Criterios de inclusión

- Personas adultas de 18 años y más.
- Ingresados a tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias en los años 2019, 2020 y 2021.
- Usuario(as) de programa de tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias, que mantengan un tiempo de tratamiento igual o mayor a 6 meses.
- Usuario(as) que contemplen en sus fichas clínicas la totalidad de información requerida y TOP aplicados.
- Usuario(as) que hayan confirmado su deseo de participar voluntariamente en el estudio mediante una videollamada, junto a la investigadora responsable y ministro de fe delegado por la Directora del Hospital Las Higueras.

4.6 Fuentes y técnicas de recolección de información

a. Fuentes de información

La fuente de información es secundaria. Se obtienen los antecedentes desde la ficha clínica de lo(as) usuario(as) la cual, contempla información acerca de las variables: cambio de modalidad de tratamiento presencial a online, variables sociodemográficas, familiares y clínicas. Asimismo, se accede a la base de datos del Sistema de Gestión y Registro de Tratamiento (**SISTRAT**) perteneciente al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) junto al registro institucional del Hospital Las Higueras. De estas plataformas institucionales se obtiene información de la variable resultado de tratamiento. Se obtuvo autorización del Comité Ético Científico del Hospital Las Higueras para el acceso y uso de la información.

b. Matriz de recolección de datos

Se elabora en base a la ficha clínica y base de datos de la plataforma SISTRAT. La matriz de recolección de datos diseñada está compuesta por cuatro apartados (Ver Anexo1):

I. El primer apartado contempla antecedentes sociodemográficos que incluyen las variables: año de ingreso a tratamiento, meses en tratamiento, origen de ingreso, tratamientos anteriores, sexo, edad, estado Civil, nivel de escolaridad y condición ocupacional.

II. El segundo apartado incluye aspectos familiares que alude a los tipos de familia: unipersonal, pax de deux, monoparental, nuclear, extensa y unidad doméstica, cantidad de hijo(as), parentesco con jefe(a) de hogar y tenencia de la vivienda.

III. El tercer apartado contempla diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias según el CIE-10, la presencia de patología dual y consumo de sustancias.

IV.El Cuarto y último apartado contempla el instrumento Treatment Outcomes Profile (TOP), desarrollado en 2006 por la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) (Castillo-Carniglia et al., 2015, p. 39) el cual, “permite a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de personas usuarias, utilizando medidas objetivas y comparando el comportamiento antes, durante y después del tratamiento” (Portilla, Lozier, y Oliva, 2016, p. 1).

En el año 2012, “Senda valida el instrumento TOP para Chile, capacitando a todos los centros en convenio para que lo apliquen” (Portilla et al., 2016, p. 1). En cuanto a su validez los autores Castillo-Carniglia et al. (2015) en su estudio encontraron que: la fiabilidad del TOP fue superior a 0,75 para la mayoría de los ítems. Con respecto a la validez concurrente, todos los coeficientes estaban en la dirección esperada y siendo estadísticamente significativo. Los usuarios en tratamiento durante menos de 3 meses mostraron un mayor consumo de alcohol (razón de posibilidades [OR] = 1,07; intervalo de confianza del 95% [IC del 95%]: 1,01-1,13), peor salud psicológica (OR = 0,94; IC del 95%: 0,87-1,00), menos días trabajados (0,56; 0,95-0,99) y peores condiciones de vivienda (OR = 2,76; IC 95%: 1,22-6,23) que sus contrapartes que tenían más de 3 meses de tratamiento.

En el año 2015, “se logra instalar la aplicación del TOP en la totalidad de los centros de población adulta ... validándose así, como el instrumento oficial de monitoreo de resultados terapéuticos” (Portilla et al., 2016, p. 1).

El TOP se compone de tres secciones:

- Sección 1: Uso de Sustancias
- Sección 2: Transgresión a la Norma Social.
- Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

Asimismo, contempla el registro institucional de la Comunidad terapéutica de Rehabilitación de adicciones “La Casa Chica”, compuesto por los ítems de motivo de ingreso de tratamiento y evaluación al egreso del tratamiento.

4.7 Temporalidad de las mediciones a aplicar

Respecto de las variables sociodemográficas, éstas serán extraídas de la ficha clínica en un solo momento, en la línea base (L_0), al momento del ingreso de la persona al centro. Esto, para los años 2019, 2020 y 2021. Misma situación para variables familiares y clínicas.

En cuanto a la variable de resultado de tratamiento, contemplada en el TOP se considera su medición en tres momentos. Se extraerá la información de la plataforma SISTRAT al momento del ingreso de la persona al centro de tratamiento, línea base (L_0), se contempla una segunda medición (L_1), entre el tercer mes y sexto mes de intervención y se contempla una tercera medición (L_2) al momento de egreso de tratamiento. Esto, para los tres grupos, ingresos año 2019, 2020 y 2021. Respecto al registro institucional, se considera su medición al momento del egreso línea base (L_2). (Cuadro 1).

Secciones del instrumento	Tiempo Basal (L_0)	Medición entre el tercer (3) mes y sexto (6) mes de intervención. (L_1)	Medición al egreso de tratamiento. (L_2)
Sección 1: Variables Sociodemográficas	X		
Sección 2: Variables Familiares	X		
Sección 3: Variables Clínicas	X		
Sección 4: Variable de Resultado de tratamiento.	X	X	X

Cuadro 1: Temporalidad de las mediciones.

4.8 Identificación y definición de las variables centrales del estudio

(Ver operacionalización de variables en Anexo 3)

Variable Independiente	<p><u><i>Cambio de modalidad de tratamiento presencial a online:</i></u> Definición nominal: Refiere al cambio de modalidad de tratamiento el cual, ha modificado la continuidad de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en programas ambulatorios, desde una modalidad presencial a online en consecuencia, de las medidas de distanciamiento social las cuales, han transformado el desarrollo de los modelos terapéuticos.</p>
Variables de control	<p><u><i>Variables sociodemográficas:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Año de ingreso a tratamiento - Meses en tratamiento - Origen de ingreso - Tratamientos anteriores - sexo - Edad - Estado Civil - Nivel de escolaridad - Condición Ocupacional - Tenencia de vivienda
	<p><u><i>Variables familiares:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Composición familiar
	<p><u><i>Variables clínicas:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias - Presencia de Patología Dual - Consumo de sustancias
Variable Resultado/Variable Dependiente.	<p><u><i>Resultado de tratamiento:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumento Treatment Outcomes Profile [TOP]: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uso de sustancias ○ Transgresión a la Normal Social ○ Salud y Funcionamiento Social - Registro institucional: <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivo de egreso de tratamiento ○ Evaluación al egreso de tratamiento

4.9 Trabajo de Campo

En primera instancia, se solicita autorización al director de la Comunidad Terapéutica “La Casa Chica” donde, se obtiene su interés y consentimiento tácito para desarrollar la investigación. Posterior a ello se lleva a cabo el procedimiento regular para presentar el proyecto de tesis al Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Talcahuano (SST) para su análisis y autorización definitiva para su ejecución. Se obtiene dicha aprobación con fecha 30 de mayo de 2022 junto a la Dirección del Hospital Las Higueras (Anexo 2 y 3).

Obtenida la autorización se contacta telefónicamente a lo(as) usuario(as) ingresados a tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias de los años 2019, 2020 y 2021 invitándolos a participar en el presente estudio, entregando el consentimiento informado vía correo electrónico. Se debió solicitar la autorización de cada uno de los participantes de este estudio para acceder a sus datos ingresados en plataformas SISTRAT y registros institucionales clínicos de la Comunidad Terapéutica. Se realiza un nuevo contacto telefónico con el propósito de confirmar la lectura del documento y esclarecer dudas de éste. Consecutivamente, de acuerdo con la disponibilidad del usuario(a) se concreta una videollamada mediante la plataforma google meet en que participa junto a la investigadora responsable y ministro de fe delegado por la Directora del Hospital donde, confirma su deseo de participar en el estudio. En usuario(as) que presentaban alguna dificultad para conectarse vía online, se solicitó previamente una oficina a la Comunidad Terapéutica de rehabilitación de adicciones “La Casa Chica”, a fin de concretar la videollamada.

Finalmente, se obtiene el acceso a la información donde, se procede con la transcripción de los códigos a la base de datos, para su posterior análisis con el programa Stata 11.

5.0 Consideraciones éticas

El proyecto es sometido a evaluación por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano. Se siguen los procedimientos contemplados y exigidos para tales efectos. Esto es:

- Carta dirigida a la Directora del Hospital.
- Carta de autorización de jefe servicio clínico de “La Casa Chica”, dirigida a la Directora del Hospital.
- Consentimiento Informado.
- Declaración cumplimiento de Buenas Prácticas Clínicas.
- Carta compromiso del investigador.
- Carta de conocimiento y aceptación.
- Curriculum vitae de investigadora y de guía de proyecto de tesis.
- Acta de inscripción de Tesis de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de Universidad de Concepción.

Para la ejecución del estudio se consideran una serie de aspectos éticos. En primer lugar, el reconocimiento de su validez científica, en la utilización de una metodología validada donde se

expone todos los procedimientos de acuerdo con la rigurosidad que se requiere, desde el planteamiento del problema, objetivos, metodología y plan de análisis.

En segundo lugar, su valor social relacionado con los aportes teóricos que se obtendrán de sus resultados lo cuales, permitirán responder a la pregunta ¿Cuál es la relación entre el cambio de modalidad de tratamiento presencial a modalidad online y el resultado de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias?

En tercer lugar, una selección justa de los participantes, basada en los objetivos de investigación.

En cuarto lugar, con el propósito de cautelar por los derechos de lo(as) participantes, se elabora un consentimiento informado (Anexo 2) entregando dos copias, una entrega al usuario(a); protegiendo su identidad resguardando el anonimato mediante la codificación con números, cautelando su voluntariedad junto a la opción de retirarse en cualquier momento además de su confidencialidad donde, toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación; y otra entrega del registro grabado donde, el usuario(a) acepte participar en el estudio a la Unidad de Apoyo de Investigación Biomédica del Hospital Las Higueras, Talcahuano.

Por último, con el objetivo de resguardar la transparencia de la investigación, esta será revisada por el Comité de Ética Interno del Programa de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de la Universidad de Concepción.

5.1 Análisis de datos

El análisis es realizado utilizando el programa estadístico Stata 11 SE. En primera instancia se realiza análisis descriptivo univariado y bivariado para la caracterización de la población de estudio, empleando estadísticos como: frecuencia, porcentaje y promedio. Se empleó Test de Shapiro Willk para analizar normalidad. Para revisar la asociación entre variables y pruebas intra grupo se emplea estadística no paramétrica: Chi cuadrado y prueba de U Mann Whitney. Para cada una de las pruebas estadísticas se considera un nivel de significación de 0.05.

CAPITULO V: RESULTADOS

El universo estuvo compuesto por 97 usuario(as). De éstos, cuatro personas señalaron no poder participar por su extenso horario laboral, dos personas se encontraban bajo el consumo de sustancias según lo relatado por sus familiares; siete registraban contactos telefónicos equivocados; siete expresaron su deseo de no participar en el estudio y cuarenta y cinco no contestaban los llamados. De esta forma, la población de estudio quedó conformada por un total de 32 usuario(as), el 96.87% pertenece al plan de tratamiento ambulatorio intensivo (PG-PAI) y el 3.12% al programa básico; el 93.75 % corresponde a la comuna de Talcahuano y el 6.24% a la comuna de Hualpén; todo(as) de nacionalidad chilena, no se registraron ingresos derivados por medida judicial.

Los resultados se organizan en función de los objetivos propuestos en la investigación. En primera instancia se observa el análisis descriptivo de la población, posteriormente se presenta el análisis de asociación de las variables respectivas.

Objetivo Específico 1: Describir la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas, familiares, clínicas y de resultado de tratamiento.

5.1. Descripción de la población de estudio

5.1.1. Variables sociodemográficas

Tabla 1:

Distribución de lo(as) usuario(as) según año de ingreso y meses en tratamiento.

Año de ingreso a tratamiento	Fi (n=32)	%
2019	9	28.13
2020	11	34.38
2021	12	37.5
Total	32	100
Meses en Tratamiento		
6	2	6.25
7	4	12.5
8	3	9.38
9	2	6.25
10	4	12.5
11	3	9.38
12	3	9.38
13	4	12.5
14	3	9.38
16	2	6.25
17	1	3.13
28	1	3.13
Total	32	100

Fuente: Tesis para optar al grado de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales. Universidad de Concepción. Foreman Scarlett "Resultado de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en población adulta perteneciente a un programa ambulatorio de la provincia de concepción".

Del total de lo(as) usuario(as) participantes, 9 ingresaron a tratamiento el año 2019 en modalidad presencial, 11 ingresaron el 2020 y 12 ingresaron el 2021 en modalidad online. Todas estas personas, a partir del 18 de marzo de 2020 y por contexto covid-19 vieron interrumpida su participación de intervenciones psicosociales de grupo, psicoterapias grupales, consultas de salud mental y psicoterapia individual en formato presencial.

La intervención se mantuvo a través de tres talleres: Autoayuda, Psicoeducativo y Desarrollo personal. Así también se realizaron controles individuales en formato de llamado telefónico y/o videollamada por parte del equipo profesional (Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones "La Casa Chica", 2021, p. 50). Se retoma la modalidad presencial de consultas de salud mental a mediados del segundo semestre del año 2021 con aforo limitado de usuario(as).

Respecto al tiempo de tratamiento, la mayor parte de ello(as) mantuvo entre 7, 10 y 13 meses de tratamiento.

Tabla 2:

Distribución de lo(as) usuario(as) según origen de ingreso, tratamientos anteriores y número de tratamientos anteriores.

Origen de ingreso a tratamiento	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Consulta espontánea	9	42.86	5	23.81	7	33.33	21	65.63
Establecimiento de Atención primaria de salud	0	0	2	66.67	1	33.33	3	9.38
Otro centro de tratamiento de drogas	0	0	1	100	0	0	1	3.13
Otros de la red de salud general público	0	0	2	33.33	4	66.67	6	18.75
Trabajo (empresa o empleador)	0	0	1	100	0	0	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Tratamientos anteriores								
Si	5	41.67	4	33.33	3	25	12	37.5
No	4	20	7	35	9	45	20	62.5
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Cantidad de tratamientos anteriores								
1	4	50	3	37.5	1	12.5	8	66.67
2	1	33.33	0	0	2	66.67	3	25
4	0	0	1	100	0	0	1	8.33
Total	5	41.67	4	33.33	3	25	12	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En lo relativo al origen de ingreso de lo(as) participantes, se destaca que 21 usuario(as) ingresaron mediante consulta espontánea, es decir sin ser derivados desde algún otro centro de salud, centrandose un 42.86% de la población ingresada el año 2019.

A su vez, 12 usuario(as) registran haber realizado algún tratamiento anterior donde, la mayoría efectuó al menos uno, destacando un 50% de la población ingresada el 2019.

Tabla 3:*Distribución de lo(as) usuario(as) según sexo, edad y estado civil.*

Sexo	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Femenino	2	33.33	1	16.67	3	50	6	18.75
Masculino	7	26.92	10	38.46	9	34.62	26	81.25
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Edad								
20-36	1	12.5	3	37.5	4	50	8	25
40-50	6	42.86	5	35.71	3	21.43	14	43.75
52-59	2	20	3	30	5	50	10	31.25
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Estado civil								
Soltero(a)	5	27.78	6	33.33	7	38.89	18	56.25
Casado(a)	4	40	4	40	2	20	10	31.25
Divorciado(a)	0	0	1	50	1	50	2	6.25
Viudo	0	0	0	0	2	100	2	6.25
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

Del total de lo(as) usuario(as), 6 se identifican con el sexo femenino. De ellas, el 50% ingresa el año 2021. Por otra parte, 26 participantes se identifican con el sexo masculino. De ellos un 38.46% corresponden a ingresos del año 2020.

En relación con las edades de lo(as) usuario(as), la mayor frecuencia se ubica entre los 40 y 50 años; etapa de la adultez que según la teoría de Levinson de 1978 (citado en Monreal et al., 2001, p. 103) “se conserva vitalidad y energía suficiente para una vida personal y social satisfactoria y valiosa”. De manera análoga se requiere enfatizar que de acuerdo con Becerra y Arteaga (2017) las consecuencias físicas, mentales y sociales de un trastorno por consumo de sustancias, se hacen más evidentes a mayor edad (p. 3).

En cuanto a su estado civil, 18 participantes refieren estar solteros (as) seguido por 10 usuario(as) que informaron estar casados (as).

Tabla 4:*Distribución de lo(as) usuario(as) según nivel de escolaridad y condición ocupacional.*

Nivel de escolaridad	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Enseñanza básica incompleta	2	66.67	1	33.33	0	0	3	9.38
Enseñanza básica completa	1	20	1	20	3	60	5	15.63
Enseñanza media incompleta	2	100	0	0	0	0	2	6.25
Enseñanza media completa	3	23.08	6	46.15	4	30.77	13	40.63
Enseñanza técnica superior incompleta	0	0	1	50	1	50	2	6.25
Enseñanza técnica superior completa	0	0	2	50	2	50	4	12.5
Enseñanza universitaria incompleta	1	50	0	0	1	50	2	6.25
Enseñanza universitaria completa	0	0	0	0	1	100	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Condición ocupacional								
Trabaja actualmente	4	20	6	30	10	50	20	62.5
Cesante	1	16.67	3	50	2	33.33	6	18.75
Sin actividad	4	66.67	2	33.33	0	0	6	18.75
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto al nivel de escolaridad, 13 usuario(as) registran haber culminado la enseñanza media, seguido por 5 participantes que indican poseer enseñanza básica completa y una persona con enseñanza universitaria completa.

Respecto a su condición ocupacional, 20 usuario(as) señalan que se encuentran trabajando al momento de ingresar al tratamiento, seguido por 6 participantes que refieren estar cesantes y otros 6 usuario(as) que no registran actividad alguna.

En razón a lo(as) usuario(as) que registran estar cesantes y en aquello(as) que no realizan actividad, asociando con Tello (2007) el autor precisa que existiría una relación directa entre el debilitamiento de los vínculos entre personas con trastorno por consumo de sustancias y la sociedad, comprendiendo “la sociedad como la diversidad de espacios de socialización ... como la escuela, el trabajo ... la cultura y la política, entre otros” (p. 2). Así mismo, se requiere enfatizar que “una participación restringida priva al ser humano de su capacidad, creando las condiciones propicias para las desigualdades en ámbitos como el de la educación y el empleo, y en las posibilidades de acceso a los avances biomédicos y técnicos” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, p. 24) .

Tabla 5:*Distribución de lo(as) usuario(as) según rubro ocupacional.*

Rubro ocupacional	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=20)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros.	1	100	0	0	0	0	1	5
Ocupación no bien especificada.	1	33.33	0	0	2	66.67	3	15
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios.	0	0	2	66.67	1	33.33	3	15
Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores.	0	0	0	0	2	100	2	10
Personal de apoyo administrativo.	0	0	0	0	1	100	1	5
Profesionales, científicos e intelectuales.	0	0	0	0	1	100	1	5
Técnicos y profesionales de nivel medio.	0	0	1	100	0	0	1	5
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado.	1	50	1	50	0	0	2	10
Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales)	1	16.67	2	33.33	3	50	6	30
Total	4	20	6	30	10	50	20	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

Del total de las personas que refiere estar trabajando, la mayor parte de ellos (as) ejecuta trabajo no calificado, definido por la Organización Internacional del Trabajo (2004) como “ tareas sencillas y rutinarias que requieren principalmente la utilización de herramientas manuales y, a menudo, cierto esfuerzo físico ... consisten normalmente en vender mercancías en la calle, ... limpiar, lavar y planchar; ... recoger basura” (párr. 1).

Tabla 6:*Distribución de lo(as) usuario(as) según tenencia de la vivienda.*

Tenencia de la vivienda	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Propia	3	30	4	40	3	30	10	31.25
Paga dividendo	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Arrienda	1	12.5	2	25	5	62.5	8	25
Allegado(a)	4	33.33	4	33.33	4	33.33	12	37.5
Otro	0	0	1	100	0	0	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En relación con la tenencia de la vivienda, tal como muestra la tabla, 12 usuario(as) registran mantener situación de allegado(a), seguido por 10 usuario(as) que poseen vivienda propia.

5.1.2. Descripción según Variables familiares

Tabla 7:

Distribución de lo(as) usuario(as) según composición familiar, tipo de familia, presencia de hijo(as) y número de hijo(as).

Composición familiar	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Solo(a)	0	0	6	60	4	40	10	31.25
Únicamente con pareja	2	66.67	0	0	1	33.33	3	9.38
Únicamente con hijos	0	0	1	33.33	2	66.67	3	9.38
Únicamente con padres o familia de origen	3	37.5	3	37.5	2	25	8	25
Únicamente con la pareja e hijos	2	50	1	25	1	25	4	12.5
Únicamente con la pareja y padres o familia de origen	1	50	0	0	1	50	2	6.25
Únicamente con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen	0	0	0	0	1	100	1	3.13
Otros	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Tipo de familia								
Unipersonal	0	0	6	60	4	40	10	31.25
Pax de deux	2	66.67	0	0	1	33.33	3	9.38
Monoparental	0	0	1	33.33	2	66.67	3	9.38
Nuclear	5	41.67	4	33.33	3	25	12	37.5
Extensa	1	33.33	0	0	2	66.67	3	9.38
Unidad doméstica	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Hijo(as)								
Si	6	28.57	7	33.33	8	38.1	21	65.63
No	3	27.27	4	36.36	4	36.36	11	34.38
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Número de hijo(as)								
1	2	66.67	0	0	1	33.33	3	14.29
2	1	10	5	50	4	40	10	47.62
3	2	40	1	20	2	40	5	23.81
4	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3	14.29
Total	6	28.57	7	33.33	8	38.1	21	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

De los 32 usuario(as) participantes, 10 registran que viven solo(as), la mayor concentración se presenta en el año 2020 con un 60%, seguido por la categoría “únicamente con padres o familia de origen” con una frecuencia de 37.5% para el año 2019 y 2020.

Respecto al tipo de familia, la mayor frecuencia se ubica en la familia nuclear (12 usuario(as), destacando en esta categoría el 41.67% para la población ingresada en el año 2019. La segunda mayor frecuencia corresponde al tipo de familia unipersonal (10), concentrándose un 60% en esta categoría para los y las usuarios/as ingresados el año 2020.

En cuanto a la presencia de lo(as) hijo(as), 21 usuario(as) refieren que tiene hijos, destacando que 10 participantes indican tener al menos 2 hijos.

Zapata (2009) realiza la importancia del involucramiento de la familia en el tratamiento por consumo de sustancia, favoreciendo con ello una recuperación sostenida (p.89). Por su parte, Calvo (2007, p.49) precisa que, si bien “la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste ... las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo” (Calvo, 2007, p. 49).

Tabla 8:

Distribución de lo(as) usuario(as) según parentesco con jefe(a) de hogar.

Parentesco con jefe(a) de hogar	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Jefe(a) de hogar	2	11.11	8	44.44	8	44.44	18	56.25
Esposo(a) o cónyuge	2	100	0	0	0	0	2	6.25
Hijo(a) solo del(a) jefe(a) de hogar	3	50	2	33.33	1	16.67	6	18.75
Hijo(a) de ambos	0	0	0	0	1	100	1	3.13
Cuñado(a)	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Padre o madre	0	0	0	0	1	100	1	3.13
Yerno o nuera	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Otro Pariente	0	0	1	50	1	50	2	6.25
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

18 participantes indican que son el jefe(a) de hogar, lo que representa un 56.25% del total de la población. Respecto de los años de ingreso, los años que concentra una mayor frecuencia en esta categoría son el año 2020 y 2021 con un 44.44%. La segunda categoría que registra la más alta frecuencia para la población total fue la categoría “hijo(a) solo del(a) jefe(a) de hogar, con un 18.75%.

5.1.3. Descripción según Variables clínicas

Tabla 9:
Distribución de lo(as) usuario(as) según diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y patología dual.

Diagn. trastorno por consumo de sustancias	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Consumo Perjudicial	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Dependencia	8	25.81	11	35.48	12	38.71	31	96.88
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Patología dual								
Si	1	16.67	3	50	2	33.33	6	18.75
No	8	30.77	8	30.77	10	38.46	26	81.25
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Diagn. Patología dual								
Trast. de la personalidad y del comportamiento en adultos - Trast. mixtos y otros de la personalidad.	1	100	0	0	0	0	1	16.67
Trast. de la personalidad y del comportamiento en adultos – sin especificación.	0	0	2	66.67	1	33.33	3	50
Trast. de la personalidad y del comportamiento en adultos – Trast. de los hábitos y de los impulsos.	0	0	1	100	0	0	1	16.67
Trast. del humor (afectivos) – Trast. afectivo bipolar.	0	0	0	0	1	100	1	16.67
Total	1	16.67	3	50	2	33.33	6	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En lo relativo al diagnóstico por consumo de sustancias, 31 usuario(as) registran un diagnóstico de dependencia a drogas, destacando un 38.71% para la población ingresada el año 2021 lo que es congruente con lo que plantean los autores Garmendia et al. (2008) en su estudio donde el 33.3% de personas egresadas de tratamiento ambulatorio y residencial presentaron el diagnóstico de dependencia a drogas (p. 172). Al igual que lo reportado por las autoras Jenny García y Méndez (2014) en su estudio arrojando que el 98.3% de los sujetos evaluados tenían dependencia de sustancias (p. 9).

Respecto a la presencia de patología dual, se observa en la tabla que, un 18.75% de lo(as) usuario(as) registran una patología dual, destacando a la población ingresada el 2020 donde, este porcentaje alcanza a un 50%. Lo anterior guarda relación con lo planteado por los autores Garmendia et al. (2008) en su estudio, evidenciando la presencia del diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en un 15% (p. 172).

En lo relativo a la frecuencia de la patología dual, se observa que 3 participantes presentan trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, sin especificación, destacando un 66.67% de usuario(as) ingresados el año 2020. Igualmente, se evidencia la presencia de otras patologías como, trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos - trastornos mixtos y otros de la personalidad (16.67%) trastorno de la personalidad y del comportamiento en

adultos – trastornos de los hábitos y de los impulsos (16.67%) y por último el trastorno del humor (afectivos) - trastorno afectivo bipolar (16.67%). Aquellos resultados son congruentes con lo planteado por los autores Casares-López et al. (2011) donde, el 35% de lo(as) participantes que presentaban patología dual el 79.2% evidencian comorbilidad con trastorno afectivos.

Ante la patología dual entre el trastorno por consumo de sustancia y trastorno del humor (afectivos)- trast. afectivo bipolar donde, como se observa en la tabla el 16.67% de lo(as) usuario(as) lo presentan, de acuerdo con los autores Arias et al. (2017) “es la comorbilidad más relevante dentro del espectro de la patología dual por su prevalencia y sus repercusiones evolutivas y socio sanitarias ... en pacientes bipolares se ha referido un incremento en el consumo de todas las sustancias” (pp. 186-187).

Tabla 10:

Distribución de lo(as) usuario(as) según consumo de sustancias

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)		
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Alcohol									
Si	7	26.92	10	38.46	9	34.62	26	81.25	
No	2	33.33	1	16.67	3	50	6	18.75	
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100	
Marihuana									
Si	2	20	5	50	3	30	10	31.25	
No	7	31.82	6	27.27	9	40.91	22	68.75	
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.50	32	100	
Pasta Base									
Si	5	41.67	4	33.33	3	25	12	37.5	
No	4	20	7	35	9	45	20	62.5	
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100	
Cocaína									
Si	1	14.29	3	42.86	3	42.86	7	21.88	
No	8	32	8	32	9	36	25	78.13	
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100	
Sedantes o Tranquilizantes									
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	
No	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100	
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.50	32	100	
Otra sustancia									
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	
No	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	32	
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100	

Fuente: Ídem Tabla 1.

Respecto al consumo de sustancias se observa, que, para todos los años predomina una frecuencia de 26 usuario(as) que consumen alcohol (81.25%). En relación con los años de ingreso, el mayor porcentaje de consumo de alcohol se concentra en el año 2020 con un 38.46%. Esto es congruente con lo que plantean Wardell et al. (2020) quienes encontraron que durante la pandemia el porcentaje de tiempo de bebida en solitario versus social aumentó de un promedio de 30% a 40% a un promedio de 40% a 50%; informando también que mayores síntomas

depresivos y menor conexión social se asocian con un mayor consumo de alcohol (p. 2078). De manera análoga, los autores Marín-Navarrete et al. (2013) destacan como principal consumo de sustancias el “alcohol (43%), seguido de cocaína (25%) y marihuana (17%)” (p. 474).

De acuerdo a como se aprecia en la tabla, la droga que concentra la segunda mayor frecuencia para toda la población es la pasta base, con un 37.5%. En relación con los años de ingreso, el mayor porcentaje de consumo de pasta base en el año 2019 con un 41.67%.

Tabla 11:

Distribución de lo(as) usuario(as) según consumo de sustancias de inicio, edad de consumo de sustancias, consumo de sustancia principal de ingreso y edad de consumo de sustancia principal.

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Consumo de sustancias de inicio								
Alcohol	6	31.58	5	26.32	8	42.11	19	59.38
Marihuana	2	18.18	5	45.45	4	36.36	11	34.38
Pasta Base	1	100	0	0	0	0	1	3.13
Otra sustancia	0	0	1	100	0	0	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Edad de inicio de consumo de sustancias								
8-15	7	46.67	5	33.33	3	20	15	46.88
16-18	1	7.69	6	46.15	6	46.15	13	40.63
25-33	1	25	0	0	3	75	4	12.5
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Consumo de sustancia principal de ingreso								
Alcohol	4	25	5	31.25	7	43.75	16	50
Marihuana	0	0	1	50	1	50	2	6.25
Pasta Base	5	45.45	4	36.36	2	18.18	11	34.38
Cocaína	0	0	1	33.33	2	66.67	3	9.38
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100
Edad de inicio de consumo de sustancia principal								
8-16	3	27.27	6	54.55	2	18.18	11	34.38
17-25	4	28.57	3	21.43	7	50	14	43.75
30-45	2	28.57	2	28.57	3	42.86	7	21.88
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En lo relativo al consumo de sustancias de inicio, 19 participantes indican el alcohol, lo que representa un 59.38% del total de la población. Respecto de los años de ingreso, el año que representa una mayor frecuencia son el 2021 con un 42.11%. En cuanto a las edades de inicio, el 46.88% de la población registra entre los 8 y 15 años, concentrando un 46.67% en el año 2019. Congruente con esto, Jenny García y Méndez (2014) evidenciaron en su investigación que los sujetos iniciaron su adicción en la adolescencia donde, el 75% comenzó con el trastorno de consumo de sustancias a los 16 años o antes y para el 50% la edad de inicio fue los 14 años (p. 13).

En cuanto, al consumo de sustancia principal de ingreso, un 50% de la población refieren el alcohol, concentrando un 43.75% al año 2021, seguido por 31.25% de usuario(as) del año 2020 lo que guarda

relación con los hallazgos del estudio del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021c) donde, un 22.2% de lo(as) encuestados afirma haber consumido más alcohol en el año 2021 como resultado de las restricciones del COVID-19, un 58.6% refiere como motivo para aumentar el consumo de alcohol la ansiedad, estrés y depresión que genera el Covid-19, seguido por un 20.3% que indica tener más tiempo para hacerlo y por un 9.4% que refiere por aburrimiento. Un 25.5% indica que ha cambiado su forma de comprar en el año 2021 donde, un 28.8% señaló que obtuvo bebidas alcohólicas a través de internet con más frecuencia que antes del COVID-19. No obstante, un 5.0% señala que ha aumentado su intención de buscar ayuda o tratamiento (pp. 5-12).

Respecto a la edad de inicio del consumo de la sustancia principal, un 43.75% indica las edades entre 17 y 25 años, destacando un 50% de usuario(as) ingresados el 2021, seguido por un 34.38% de la población total que iniciaron dicho consumo a la preocupante edad de entre los 8 y 16 años, concentrando un 54.55% de usuario(as) del grupo 2020.

5.1.4. Distribución de la población según variable Resultado de tratamiento

5.1.4.1. Mediciones al ingreso a tratamiento (tiempo 0)

Tabla 12:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de ingreso.

TOP de Ingreso aplicado	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total(n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Si	9	100	10	90.91	12	100	31	96.88
No	0	0	1	9.09	0	0	1	3.13
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

Del total de lo(as) usuario(as) participantes del estudio, fue posible extraer el instrumento Treatment Outcomes Profile (TOP) de ingreso de 31 usuario(as) de la base de datos oficial del Sistema de Gestión y Registro de Tratamiento (SISTRAT) perteneciente al SENDA, en donde se obtiene que 9 participantes corresponden a ingresados del año 2019, 10 al grupo al año 2020 y 12 usuario(as) del año 2021.

Cabe decir que, los datos que se observan a continuación corresponden a lo reportado por lo(as) usuario(as) participantes durante las últimas 4 semanas anteriores de la aplicación del instrumento, esto para el TOP de ingreso, como para el de tratamiento y egreso.

Tabla 13:*Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de ingreso, dimensión uso de sustancias.*

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=31)	
	Fi (9)	% (29.03)	Fi (10)	% (32.26)	Fi (12)	% (38.71)	Fi (31)	% (100)
Alcohol promedio tragos al día								
0	0	0	1	10	6	50	7	22.58
1-8	7	77.78	6	60	5	41.67	18	58.06
12-20	2	22.22	3	30	1	8.33	6	19.35
Alcohol 28 días, total								
0	0	0	1	10	6	50	7	22.58
1-8	6	66.67	3	30	2	16.67	11	35.48
9-12	2	22.22	1	10	2	16.67	5	16.13
20-28	1	11.11	5	50	2	16.67	8	25.81
Marihuana promedio pitos al día								
0	8	88.89	7	70	10	83.33	25	80.65
1	1	11.11	1	10	2	16.67	4	12.9
5	0	0	2	20	0	0	2	6.45
Marihuana 28 días, total								
0	8	88.89	7	70	10	83.33	25	80.65
1-5	0	0	1	10	2	16.67	3	9.68
28	1	11.11	2	20	0	0	3	9.68
Pasta base promedio papelillos al día								
0	4	44.44	6	60	8	66.67	18	58.06
1-4	4	44.44	0	0	3	25	7	22.58
10-15	1	11.11	3	30	0	0	4	12.90
30-60	0	0	1	10	1	8.33	2	6.45
Pasta Base 28 días, total								
0	4	44.44	6	60	8	66.67	18	58.06
1-8	2	22.22	1	10	1	8.33	4	12.9
9-16	1	11.11	1	10	2	16.67	4	12.9
24-28	2	22.22	2	20	1	8.33	5	16.13
Subtotal	9	29.03	10	32.26	12	38.71	31	100
Cocaína promedio Gramos al día								
0	8	88.89	8	80	10	83.33	26	83.87
1	1	11.11	1	10	1	8.33	3	9.68
3	0	0	1	10	0	0	1	3.23
5	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
Cocaína 28 días, total								
0	8	88.89	8	80	10	83.33	26	83.87
1-2	1	11.11	1	10	1	8.33	3	9.68
8-9	0	0	1	10	1	8.33	2	6.45

Tabla 13 continúa en página siguiente

Tabla 13, continúa de página anterior

Sedantes o tranquilizantes promedio comprimidos al día								
0	9	100	10	100	11	91.67	30	96.77
1	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total								
0	9	100	10	100	11	91.67	30	96.77
1	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
Otra sustancia promedio medida al día								
0	9	100	10	100	11	91.67	30	96.77
1	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
Otra sustancia 28 días, total								
0	9	100	10	100	11	91.67	30	96.77
2	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23

Fuente: Ídem Tabla 1.

En relación a la dimensión de uso de sustancias, del total de la población usuaria ingresada el 2019 (n=9; 29.03% del total) un 77.78% indica que ha bebido de 1 a 8 tragos al día y un 66.67% refiere que ha ingerido en total las últimas 4 semanas entre 1 a 8 tragos; un 88.89% no ha fumado marihuana; un 44.44% refiere que no ha consumido pasta base seguido por un 44.44% que ha consumido de 1 a 4 papelillo diarios y un 22.22% ha ingerido en total entre 1 a 8 papelillos; el 88.89% no ha consumido cocaína; el 100% no registra consumo de sedantes o tranquilizantes u otra sustancia.

Del total de la población usuaria ingresada el 2020 (n=10; 32.26% del total), un 60% ha bebido de 1 a 8 tragos al día y el 50% ha consumido de 20 a 28 tragos en total al mes; un 70% no ha fumado marihuana; un 60% no ha consumido pasta base; el 80% no registra consumo de cocaína y el 100% no ha ingerido algún sedante o tranquilizante u otra sustancia.

Respecto al grupo ingresado al año 2021 (n=12; 38.71% del total), un 50% no ha bebido alcohol; 83.33% no ha fumado marihuana; el 66.67% no ha consumido pasta base; un 83.33% no ha ingerido cocaína; un 91.67% no ha consumido un sedante o tranquilizante u otra sustancia.

Tabla 14:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de ingreso, dimensión transgresión a la norma social.

Transgresión a la norma social	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=31)	
	Fi (9)	% (29.03)	Fi (10)	% (32.26)	Fi (12)	% (38.71)	Fi (31)	% (100)
Hurto								
No	9	100	10	100	12	100	31	100
Robo								
Si	0	0	1	10	0	0	1	3.23
No	9	100	9	90	12	100	30	96.77
Venta de drogas								
Si	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
No	9	100	10	100	11	91.67	30	96.77
Riña								
No	9	100	10	100	12	100	31	100
Subtotal	9	29.03	10	32.26	12	38.71	31	100
Violencia intrafamiliar 28 días, total								
0	7	77.78	10	100	12	100	29	93.55
1	1	11.11	0	0	0	0	1	3.23
4	1	11.11	0	0	0	0	1	3.23
Otra acción								
No	9	100	10	100	12	100	31	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la dimensión de transgresión a la norma social, del total de la población usuaria ingresada el 2019 (n=9; 29.03% del total), el 100% no registra hurto, robo, venta de drogas, riña u otra acción y un 77.78% no indica un episodio de violencia intrafamiliar seguido por un 11.11% que refiere al menos 1 y 4 episodios.

Del total de la población usuaria ingresada el 2020 (n=10; 32.26% del total), el 100% no indica hurto, venta de drogas, riña, violencia intrafamiliar u otra acción y un 90% no ha cometido robo.

Respecto al grupo ingresado al año 2021 (n=12; 38.71% del total), un 100% no indica episodios de hurto, robo, riña, violencia intrafamiliar u otra acción y un 91.67% no ha realizado venta de drogas.

Tabla 15:

Distribución de los(as) usuarios(as) según TOP de ingreso, dimensión salud y funcionamiento social.

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=31)	
	Fi (9)	% (29.03)	Fi (6)	% (32.26)	Fi (12)	% (38.71)	Fi (31)	% (100)
<i>Estado de salud psicológica</i>								
2-6	4	44.44	6	60	6	50	16	51.61
7-13	4	44.44	4	40	3	25	11	35.48
15-18	1	11.11	0	0	3	25	4	12.9
<i>Días Trabajados, 28 días</i>								
0	3	33.33	5	50	8	66.67	16	51.61
15-18	4	44.44	1	10	0	0	5	16.13
19-21	2	22.22	1	10	2	16.67	5	16.13
22-28	0	0	3	30	2	16.67	5	16.13
<i>Días de estudios, 28 días</i>								
0	9	100	10	100	9	75	28	90.32
2	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
5	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
20	0	0	0	0	1	8.33	1	3.23
<i>Estado de salud física</i>								
0	1	11.11	0	0	0	0	1	3.23
2-5	1	11.11	6	60	5	41.67	12	38.71
6-12	5	55.56	3	30	3	25	11	35.48
15-20	2	22.22	1	10	4	33.33	7	22.58
<i>Lugar estable para vivir</i>								
Si	9	100	8	80	12	100	29	93.55
No	0	0	2	20	0	0	2	6.45
<i>Vivienda Básica</i>								
Si	9	100	8	80	12	100	29	93.55
No	0	0	2	20	0	0	2	6.45
<i>Calidad de vida</i>								
3-8	3	33.33	4	40	5	41.67	12	38.71
10-15	4	44.44	5	50	3	25	12	38.71
16-20	2	22.22	1	10	4	33.33	7	22.58

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la dimensión de salud y funcionamiento social, del total de la población usuaria ingresada al año 2019 (n=9; 29.03% del total), en *estado de salud psicológica* referido a ansiedad, depresión o problemas emocionales, un 44.44% indica una puntuación de 2 a 6 y de 7 a 13; un 44.44% registra haber trabajado de 15 a 18 días; el 100% refiere no haber asistido a una institución de educación; por *estado de salud física* donde, se considera grado de síntomas físicos u molestias por enfermedad un 55.56% señala una puntuación de 6 a 12; un 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y que habita en una vivienda con las condiciones básicas y en calificación de *calidad de vida*, referido en ser capaz de disfrutar la vida, conseguir estar bien con la familia y el entorno un 44.44% señala una puntuación de 10 a 15.

Del total de la población usuaria ingresada el 2020 (n=10; 32.26% del total), en *estado de salud psicológica* un 60% registra una calificación de 2 a 6; un 50% no ha trabajado; el 100% señala no

haber asistido a una institución de educación; en *estado de salud física* un 60% indica una puntuación de 2 a 5; un 80% indica que tiene un lugar estable para vivir y que cumple con las condiciones básicas y en calificación de *calidad de vida* un 50% manifestó una puntuación de 10 a 15.

Del grupo ingresado al año 2021 (n=12; 38.71% del total), en *estado de salud psicológica* un 50% expresa una puntuación de 2 a 6; en días trabajados el 66.67% indica que no ha trabajado; un 75% refiere no haber asistido a una institución de educación; en *estado de salud física* un 41.67% indica una puntuación de 2 a 5; un 100% menciona que cuenta con un lugar estable para vivir y que posee las condiciones básicas; por calificación de *calidad de vida* un 41.67% expresa una puntuación de 3 a 8.

5.1.4.2. Mediciones del top entre los tres y seis meses de tratamiento

Tabla 16:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de tratamiento aplicado entre los 3 meses y 6 meses de intervención.

TOP de Tratamiento aplicado	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Si	4	44.44	6	54.55	6	50	16	50
No	5	55.56	5	45.45	6	50	16	50
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

Del total de lo(as) usuario(as) participantes del estudio, fue posible extraer el TOP de tratamiento de la base de datos SISTRAT de 16 usuario(as) donde, 4 participantes corresponden al año 2019, 6 al año 2020 y 6 a la población usuaria del año 2021.

Tabla 17:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de tratamiento (3-6 meses), dimensión uso de sustancias.

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=16)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
	(4)	(25)	(6)	(37.5)	(6)	(37.5)	(16)	(100)
Alcohol promedio tragos al día								
0	4	100	2	33.33	5	83.33	11	68.75
1-3	0	0	2	33.33	1	16.67	3	18.75
6-10	0	0	2	33.33	0	0	2	12.5
Alcohol 28 días, total								
0	4	100	2	33.33	5	83.33	11	68.75
1-5	0	0	2	33.33	1	16.67	3	18.75
6-8	0	0	2	33.33	0	0	2	12.5
Marihuana promedio pitos al día								
0	4	100	5	83.33	4	66.67	13	81.25
1	0	0	1	16.67	2	33.33	3	18.75
Marihuana 28 días, total								
0	4	100	5	83.33	4	66.67	13	81.25
3	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
4	0	0	1	16.67	0	0	1	6.25
7	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25

Tabla 17, continúa en página siguiente

Tabla 17, continuación de página anterior

Pasta base promedio								
papelillos al día								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Pasta Base 28 días, total								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Cocaína promedio Gramos								
al día								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Cocaína 28 días, total								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Sedantes o tranquilizantes								
promedio comprimidos al								
día								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Sedantes o tranquilizantes								
28 días, total								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Otra sustancia promedio								
medida								
al día								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
1	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
Otra sustancia 28 días,								
total								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
3	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25

Fuente: Ídem Tabla 1.

A continuación, en la tabla 17 se puede observar el TOP de tratamiento aplicado entre los 3 y 6 meses de intervención en lo(as) usuarios, según años de ingreso de la población usuaria.

- Población ingresada año 2019 - Modalidad de tratamiento Presencial: Los(as) usuario(as) ingresados el año 2019 recibieron una atención en modalidad presencial, recibiendo las siguientes prestaciones: psicoterapia individual con el(a) psicólogo(a), consultas de salud mental con trabajador(a) social, enfermera, terapeuta ocupacional y psiquiatra; talleres como el multifamiliar, psicoeducativo, autoayuda, desarrollo personal, espiritual intensivo de Proggoff, CIAM (comunicación, iniciativa, autonomía y manejo), integración social, talleres deportivo recreativo, uso del tiempo, estimulación cognitiva, apresto laboral (mueblería y repostería), habilidades sociales, ocupacional (Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones "La Casa Chica", 2021, pp. 18-19) .

Del total de la población usuaria ingresada al año 2019 (n=4; 25% del total), se observa que el 100% no ingirió alcohol al igual que marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes u alguna otra sustancia.

- Población ingresada año 2020 y 2021 - Modalidad de tratamiento Online: La Comunidad terapéutica de Rehabilitación de Adicciones “La Casa Chica” para los(as) usuario(as) ingresados en los años 2020 y 2021 otorgó un tratamiento en modalidad online donde, se proporcionaron las siguientes prestaciones: psicoterapia individual, consultas de salud mental, talleres como el de autoayuda, psicoeducativo, desarrollo personal y apresto laboral centrado en repostería.

Del grupo de usuario(as) ingresados el año 2020 (n=6; 37.5% del total), el 33.33% indica que no ingirió alcohol, seguido por un 33.33% que bebió de 1 a 3 tragos de alcohol y un 33.33% de 6 a 10 medias diarias, un 33.33% expresa que ha consumido de 1 a 5 tragos en total seguido por un 33.33% de 6 a 8 tragos total; un 83.33% no registra consumo de marihuana; el 100% no ingirió pasta base al igual que, cocaína, sedantes o tranquilizantes u alguna otra sustancia.

Respecto de los(as) usuario(as) ingresados(as) el 2021 (n=6; 37.5% del total), el 83.33% indica que no bebió alcohol; un 66.67% no registra consumo de marihuana; un 83.33% manifestó no haber consumido pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes u otra sustancia.

Para analizar la comparación entre el uso de sustancias en lo(as) usuario(as) ingresados en los periodos 2019, 2020 y 2021 se requiere comprender el Modelo Transteórico del Cambio el cual, plantea que “el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio ... permite planear intervenciones que responden a las necesidades particulares de los individuos” (Cabrera, 2000, p. 2). En base al TOP de ingreso se observa una disminución del consumo donde, la gran mayoría de los usuario(as) estarían en la etapa de preparación la cual, “combina intención y criterio de comportamiento ...” .Como grupo, los individuos que se encuentran preparados para la acción informan de pequeños cambios de comportamiento como “fumar cinco cigarrillos menos” (Prochaska et al., 1994, p. 5).

En contexto de pandemia y de acuerdo a Ponciano (2020) “la cuarentena ha puesto a prueba los procesos de desintoxicación, las sesiones de grupos de auto-ayuda” (p.6) lo que, podría dificultar a la población usuaria ingresada en los años 2020 y 2021 a iniciar la etapa de acción, concretando en una abstinencia absoluta.

Tabla 18:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de tratamiento (3-6 meses), dimensión transgresión a la norma social.

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=16)	
	Fi (4)	% (25)	Fi (6)	% (37.5)	Fi 6	% (37.5)	Fi (16)	% (100)
Hurto								
No	4	100	6	100	6	100	16	100
Robo								
No	4	100	6	100	6	100	16	100
Venta de drogas								
Si	1	25	0	0	0	0	1	6.25
No	3	75	6	100	6	100	15	93.75
Riña								
No	4	100	6	100	6	100	16	100
Violencia intrafamiliar 28 días, total								
0	4	100	6	100	6	100	16	100
Otra acción								
No	4	100	6	100	6	100	16	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la dimensión de transgresión a la norma social, del total de lo(as) usuario(as) de los tres grupos 2019, 2020 y 2021 el 100% no registra episodios de hurto, robo, riña, violencia intrafamiliar y otra acción. Tan solo del grupo usuario del año 2019 (n=4; 25% del total), un 25% indica algún episodio de venta de drogas.

Tabla 19:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de tratamiento (3-6 meses), dimensiones Salud y Funcionamiento social.

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=16)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<i>Estado de salud psicológica</i>								
12-16	2	50	4	66.67	4	66.67	10	62.5
17-20	2	50	2	33.33	2	33.33	6	37.5
<i>Días Trabajados 28 días, total</i>								
0	3	75	5	83.33	0	0	8	50
3-14	0	0	0	0	3	50	3	18.75
16-27	1	25	1	16.67	3	50	5	31.25
<i>Días de estudios 28 días, total</i>								
0	4	100	6	100	5	83.33	15	93.75
2	0	0	0	0	1	16.67	1	6.25
<i>Estado de salud física</i>								
5-15	3	75	3	50	5	83.33	11	68.75
17-20	1	25	3	50	1	16.67	5	31.25
<i>Lugar estable para vivir</i>								
Si	4	100	6	100	6	100	16	100
<i>Vivienda Básica</i>								
Si	4	100	6	100	6	100	16	100
<i>Calidad de vida</i>								
10-15	1	25	4	66.67	5	83.33	10	62.5
17-20	3	75	2	33.33	1	16.67	6	37.5

Fuente: Ídem Tabla 1.

Respecto a la dimensión *de salud y funcionamiento social*, del total de la población usuaria ingresada el año 2019 (n=4; 25% del total), para *estado de salud psicológica*, el 50% registra una puntuación de 12 a 16 seguida por un 50% de 17 a 20 puntos; un 75% indica no haber trabajado; el 100% refiere no haber asistido a una institución de educación; para *estado de salud física* un 75% expresa una puntuación de 5 a 15; el 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y con las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida* un 75% señala una puntuación de 17 a 20.

Del grupo ingresado al año 2020 (n=6; 37.5% del total), en *estado de salud psicológica* un 66.67% registra una puntuación de 12 a 16; un 83.33% indica que no trabajó; el 100% refiere no haber asistido a una institución de educación; en *estado de salud física* un 50% expresa una puntuación de 5 a 15, seguido por un 50% con una puntuación de 17 a 20; el 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y con las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida* un 66.67% refiere una puntuación de 10 a 15.

En cuanto al grupo de usuario(as) ingresado el 2021 (n=6; 37.5% del total), en *estado de salud psicológica* un 66.67% registra una puntuación de 12 a 16; el 50% indica que ha trabajado de 3 a 14 días, seguido por un 50% que refiere de 16 a 27 días; un 83.33% manifiesta no haber asistido a una institución de educación; en *estado de salud física* un 83.33% expresa una puntuación de 5 a 15; el 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y con las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida* un 83.33% refiere una puntuación de 10 a 15.

5.1.4.3. Mediciones del top al Egreso del tratamiento

Tabla 20:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de egreso.

TOP de egreso aplicado	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=32)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Si	7	77.78	4	36.36	1	8.33	12	37.5
No	2	22.22	7	63.64	11	91.67	20	62.5
Total	9	28.13	11	34.38	12	37.5	32	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

Del total de lo(as) usuario(as) participantes del estudio, fue posible extraer el TOP de tratamiento de la base de datos SISTRAT de 12 usuario(as) donde, 7 participantes corresponden al año 2019, 4 al año 2020 y 1 a la población usuaria del año 2021.

Tabla 21:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de egreso, dimensión uso de sustancias.

Top de egreso – Uso de sustancias	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=12)	
	Fi (7)	% (58.33)	Fi (4)	% (33.33)	Fi (1)	% (8.33)	Fi (12)	% (100)
Alcohol promedio tragos al día								
0	6	85.71	3	75	1	100	10	83.33
2	0	0	1	25	0	0	1	8.33
8	1	14.29	0	0	0	0	1	8.33
Alcohol 28 días, total								
0	6	85.71	3	75	1	100	10	83.33
1	1	14.29	0	0	0	0	1	8.33
2	0	0	1	25	0	0	1	8.33
Marihuana promedio pitos al día								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Marihuana 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Pasta base promedio papelillos al día								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Pasta Base 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Cocaína promedio Gramos al día								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Cocaína 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Sedantes o tranquilizantes promedio comprimidos al día								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Otra sustancia promedio medida al día								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Otra sustancia 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la dimensión de uso de sustancias de la población usuaria ingresada el año 2019 (n=7; 58.33% del total), un 85.71% registra que no bebió alcohol y el 100% indica que no ha consumido marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes o alguna otra sustancia.

Del grupo de usuario(as) del año 2020 (n=4; 33.33% del total), un 75% registra que no bebió alcohol y el 100% expresa que no ha consumido marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes o alguna otra sustancia.

Respecto al grupo de usuario(as) del año 2021 (n=1; 8.33% del total), el 100% registra que no ha bebido alcohol, marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes o alguna otra sustancia.

Tabla 22:*Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de egreso, dimensión transgresión a la norma social.*

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=12)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Hurto	(7)	(58.33)	(4)	(33.33)	(1)	(8.33)	(12)	(100)
No	7	100	4	100	1	100	12	100
Robo								
No	7	100	4	100	1	100	12	100
Venta de drogas								
No	7	100	4	100	1	100	12	100
Riña								
No	7	100	4	100	1	100	12	100
Violencia intrafamiliar 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
Otra acción								
No	7	100	4	100	1	100	12	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la dimensión de transgresión a la norma social, del total de la población usuaria ingresada el año 2019 (n=7; 58.33% del total), 2020 (n=4; 33.33% del total), y 2021 (n=1; 8.33% del total), el 100% no registra episodios de hurto, robo, venta de drogas, riña, violencia intrafamiliar u otra acción al momento de egresar del tratamiento.

Tabla 23:

Distribución de lo(as) usuario(as) según TOP de egreso, dimensión salud y funcionamiento social.

	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=12)	
	Fi (7)	% (58.33)	Fi (4)	% (33.33)	Fi (1)	% (8.33)	Fi (12)	% (100)
<i>Estado de salud psicológica</i>								
0	6	85.71	1	25	0	0	7	58.33
10-15	1	14.29	1	25	1	100	3	25
18-20	0	0	2	50	0	0	2	16.67
Días Trabajados 28 días, total								
0	6	85.71	2	50	0	0	8	66.67
16-20	0	0	2	50	0	0	2	16.67
24-28	1	14.29	0	0	1	100	2	16.67
Días de estudios 28 días, total								
0	7	100	4	100	1	100	12	100
<i>Estado de salud física</i>								
0	6	85.71	1	25	0	0	7	58.33
7	1	14.29	0	0	0	0	1	8.33
10	0	0	3	75	0	0	3	25
18	0	0	0	0	1	100	1	8.33
Lugar estable para vivir								
Si	7	100	4	100	1	100	12	100
Vivienda Básica								
Si	7	100	3	75	1	100	11	91.67
No	0	0	1	25	0	0	1	8.33
<i>Calidad de vida</i>								
0	6	85.71	1	25	0	0	7	58.33
12-15	1	14.29	2	50	0	0	3	25
16-20	0	0	1	25	1	100	2	16.67

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la dimensión de salud y funcionamiento social, de la población usuaria ingresada al año 2019 (n=7; 58.33% del total), un 85.71% registra en estado de salud psicología 0, seguido por 14.29% que indica una puntuación de 10 a 15; un 85.71% refiere no haber trabajado; un 100% indica no asistir a una institución de educación; en *estado de salud física* un 85.71% señala una puntuación de 0, seguido por un 14.29% de 7 puntos; el 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y con las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida* un 85.71% indica una puntuación de 0 seguido por un 14.29% que señala de 12 a 15 puntos.

De la población usuaria del año 2020 (n=4; 33.33% del total) en *estado de salud psicológica* un 25% registra una puntuación 0 seguido por un 25% que refiere de 10 a 15 puntos; un 50% refiere no haber trabajado, seguido por un 50% que indica haber trabajado de 16 a 20 días; un 100% indica no asistir a una institución de educación; en *estado de salud física* un 75% indica una puntuación de 10; el 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y el 75% expresa que mantiene las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida* un 50% registra de 12 a 15 puntos.

Respecto a la población usuaria ingresada el año 2021 (n=1; 8.33% del total) en *estado de salud psicológica* el 100% registra una puntuación de 10 a 15, indica que ha trabajado de 24 a 28 días, no ha asistido a una institución de educación; en *estado de salud física* expresa 18 puntos; tiene un lugar estable para vivir y con las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida* registra de 16 a 20 puntos.

Tabla 24:

Distribución de lo(as) usuario(as) según motivo de egreso de tratamiento.

Motivo de egreso de tratamiento	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=24)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Alta terapéutica	8	88.89	5	45.45	2	50	15	62.5
Derivación	0	0	3	27.27	1	25	4	16.67
Abandono	1	11.11	3	27.27	1	25	5	20.83
Total	9	37.5	11	45.83	4	16.67	24	100

Fuente: Ídem Tabla 1.

Del total de lo(as) usuario(as) participantes en el estudio se obtuvo el motivo de egreso de tratamiento de 24 usuario(as) del registro institucional.

En lo relativo al grupo usuario ingresado el año 2019 (n=9; 37.5% del total), un 88.89% fue egresado por alta terapéutica la cual, corresponde a los cumplimientos de los objetivos terapéuticos del plan de tratamiento; seguido por un 11.11% que efectuó abandono donde el(a) usuario(a) permanece ausente a la comunidad terapéutica por un periodo de dos meses, por su propia voluntad, sin haber completado su programa de rehabilitación, después de realizar citación por teléfono, visita domiciliaria por miembro del equipo de la Comunidad Terapéutica y rescate desde los compañeros de tratamiento (Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones "La Casa Chica", 2021, p. 25). De la población usuaria del año 2020 (n=11; 45.83% del total), un 45.45% fue egresado por alta terapéutica, seguido por un 27.27% que fue derivado donde, las derivaciones se efectúan en usuario(as) con diagnóstico de consumo perjudicial de alcohol y/o drogas sin dependencia hacia los centros de salud familiar según corresponda por domicilio del paciente, como también en usuario(as) con diagnóstico de dependencia al alcohol y/o drogas y con antecedentes de tratamiento ambulatorios hacia un programa residencial (Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones "La Casa Chica", 2021, p. 39). Asimismo, un 27.27% fue egresado por abandono.

Para el grupo del año 2021 (n=4; 16.17% del total), un 50% fue egresado mediante alta terapéutica, seguido por un 25% que fue derivado hacia otro centro de salud o programa residencial y un 25% efectuó abandono del tratamiento. Respecto al abandono de tratamientos, los autores López-Goñi et al. (2008) en su estudio evidenciaron como principales motivos los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70.5%), seguido por la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente (49.2%), por el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39.3%) y el consumo o el deseo de consumir drogas (34.4%) (p. 104).

Tabla 25:*Distribución de lo(as) usuario(as) según evaluación al egreso de tratamiento.*

<i>Ev. Proceso terapéutico</i>	Grupo 2019		Grupo 2020		Grupo 2021		Total (n=24)	
	Fi (9)	% (37.5)	Fi (11)	% (45.83)	Fi (4)	% (16.67)	Fi (24)	% (100)
Logro Alto	7	77.78	4	36.36	3	75	14	58.33
Logro Intermedio	2	22.22	6	54.55	0	0	8	33.33
Logro mínimo	0	0	1	9.09	1	25	2	8.33
<i>Ev. Patrón de consumo</i>								
Logro Alto	6	66.67	4	36.36	3	75	13	54.17
Logro Intermedio	3	33.33	5	45.45	0	0	8	33.33
Logro mínimo	0	0	2	18.18	1	25	3	12.5
<i>Ev. Situación familiar</i>								
Logro Alto	6	66.67	4	36.36	2	50	12	50
Logro Intermedio	3	33.33	4	36.36	1	25	8	33.33
Logro mínimo	0	0	3	27.27	1	25	4	16.67
<i>Ev. Relaciones Interpersonales</i>								
Logro Alto	7	77.78	4	36.36	2	50	13	54.17
Logro Intermedio	2	22.22	5	45.45	1	25	8	33.33
Logro mínimo	0	0	2	18.18	1	25	3	12.5
<i>Ev. Situación Ocupacional</i>								
Logro Alto	7	77.78	5	45.45	4	100	16	66.67
Logro Intermedio	2	22.22	4	36.36	0	0	6	25
Logro mínimo	0	0	2	18.18	0	0	2	8.33
<i>Ev. Salud Mental</i>								
Logro Alto	7	77.78	4	36.36	3	75	14	58.33
Logro Intermedio	2	22.22	7	63.64	1	25	10	41.67
Logro mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Ev. Salud Física</i>								
Logro Alto	7	77.78	4	36.36	3	75	14	58.33
Logro Intermedio	2	22.22	7	63.64	0	0	9	37.5
Logro mínimo	0	0	0	0	1	25	1	4.17
<i>Ev. Transgresión a la norma social</i>								
Logro Alto	8	88.89	7	63.64	3	75	18	75
Logro Intermedio	1	11.11	4	36.36	1	25	6	25

Fuente: Ídem Tabla 1.

En cuanto a la evaluación de egreso de tratamiento de lo(as) usuarios(as) participantes, obtenido desde el registro institucional, se desprende lo siguiente:

De la población usuaria ingresada el año 2019 (n=9; 37.5% del total), quienes, mantuvieron un tratamiento presencial: en la categoría de *evaluación de proceso terapéutico* un 77.78% tuvo un logro alto; en *evaluación de patrón de consumo* y de situación familiar un 66.67% obtuvo un logro alto; en evaluación de relación interpersonales, situación ocupacional, salud mental y física un 77.78% arrojó un logro alto y en transgresión a la norma social el 88.89% obtuvo un logro alto.

Respecto a la población usuaria del año 2020 (n=11; 45.83% del total), la cual, realizó su tratamiento en modalidad online: en *evaluación de proceso terapéutico* el 54.55% obtuvo un logro intermedio, en *evaluación de patrón de consumo* un 45.45% alcanzó un logro intermedio; en *evaluación de situación familiar* un 36.36% adquirió un logro alto junto a un 36% que registro un logro intermedio; en *evaluación de relaciones interpersonales* un 45.45% consiguió un logro intermedio; en *evaluación de situación ocupacional* un 45.45% obtuvo un logro alto; en *evaluación de salud mental y salud física*, un 63.64% alcanzó un logro intermedio y en *evaluación a la transgresión a la norma social* un 63.64% adquirió un logro alto.

En cuanto a la población usuaria del año 2021 (n=4; 16.67% del total) en *evaluación de proceso terapéutico* y patrón de consumo un 75% obtuvo un logro alto, en *evaluación de situación familiar* y de relaciones interpersonales el 50% alcanzó un logro alto; en *evaluación de situación ocupacional* el 100% adquirió un logro alto; en evaluación de salud mental, salud física y en transgresión a la norma social el 75% alcanzó un logro alto.

5.2. Sobre la relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable resultado de tratamiento”.

Objetivo Específico 2: Explorar la relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable “Resultado de tratamiento”, en personas usuarias de un centro de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias.

Tabla 26:

Chi cuadrado para identificar relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con “Motivo de egreso de tratamiento”.

	Pearson chi2	p-value
Variables sociodemográficas		
Año de ingreso a tratamiento	4.6838	0.321
Sexo	1.3200	0.517
Edad	36.8533	0.181
Nivel de escolaridad	10.1576	0.602
Condición ocupacional	4.0338	0.401
Variables familiares		
Tipo de familia	6.2133	0.797
Hijo(as)	0.9000	0.638
Variables clínicas		
Diagnóstico de Trast. consumo de sustancias	3.9652	0.138
Patología Dual	2.1726	0.337
Edad de inicio de consumo de sustancias	13.0333	0.790
Consumo de sustancia principal de ingreso	6.2800	0.393
Edad de inicio de consumo de sustancia principal	19.1867	0.742

Fuente: Ídem Tabla 1.

Se utiliza la prueba de Chi cuadrado con la finalidad de indagar existencia de relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable *motivo de egreso de tratamiento*. El motivo de egreso de tratamiento se desglosa en: egreso por alta terapéutica (cumplimiento de los objetivos terapéuticos), egreso por derivación (derivación hacia centros de salud familiar o a un programa residencial) o egreso por abandono (ausencia por un periodo de dos meses posterior a la intervención de rescate.

Se observa en la tabla 26 que para la totalidad de las variables sociodemográfica no se evidencia relación estadísticamente significativa con la variable *motivo de egreso*. Esto, en contraste con lo planteado por López-Goñi et al. (2008, p.109) quienes, en relación sexo refieren que la mayor parte que efectúan abandono del tratamiento son hombres (80.5%). Asimismo, las autoras Jenny García y Méndez (2014, p.17) identifican que a menor edad ≤ 18 años, se presenta una mayor probabilidad de abandono de tratamiento, esto, según las autoras, relacionado con las características propias de la adolescencia y que aún no han presentado consecuencia importantes tras su consumo de sustancias.

De la misma manera, para las variables familiares y clínicas no se observa una relación estadísticamente significativa con la variable *motivo de egreso*. En contraste con lo señalado por los autores Tate et al. (2011, p.1) quienes mencionan “la evidencia sugiere que las tasas de deserción

pueden ser más altas para los pacientes con trastornos de salud mental comórbidos”. De la misma manera, las autoras Jenny García y Méndez (2014, p.172) identifican variables asociadas con el abandono temprano tales como la presencia de patología dual como el trastorno psicótico (OR = 0,32) y el trastorno bipolar (OR = 0,31) (pp. 7-11). De manera análoga según lo planteado por los autores Garmendia et al. (2008) el motivo de egreso por abandono corresponde a un factor de riesgo en la recaída del consumo (OR =2,39) junto con el ingreso a tratamiento por consumo de pasta base de cocaína, que da refleja mayor riesgo respecto a otras drogas (OR =5,44).

Tabla 27:

Chi cuadrado para identificar relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con “Evaluación de proceso terapéutico”.

	Pearson chi2	p-value
Variables sociodemográficas		
Año de ingreso a tratamiento	6.9264	0.140
Sexo	3.4286	0.180
Edad	38.7286	0.132
Nivel escolaridad	10.8571	0.541
Condición ocupacional	1.1121	0.892
Variables familiares		
Tipo de familia	7.1429	0.712
Hijo(as)		
Variables clínicas		
	0.4554	0.796
Diagnóstico de Trast. consumo de sustancias	2.0870	0.352
Patología Dual	3.9699	0.137
Edad de inicio de consumo de sustancias	15.2143	0.647
Consumo de sustancia principal de ingreso	14.2987	0.026*
Edad de inicio de consumo de sustancia principal	15.3429	0.910

* $p < .05$

Fuente: Ídem Tabla 1.

Se utiliza la prueba de Chi cuadrado con la finalidad de indagar existencia de relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con “Evaluación de proceso terapéutico”, realizada por los profesionales del equipo una vez egresado(a) el usuario(a). Esta evaluación contempla la evaluación de: patrón de consumo, situación familiar, relaciones interpersonales, situación ocupacional, salud mental, salud física y transgresión a la norma social y se operacionaliza como: logro alto, logro intermedio y logro mínimo.

Para las variables sociodemográficas y familiares, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas respecto de los logros obtenidos en la evaluación del proceso terapéutico.

De manera análoga, en las variables clínicas, la prueba estadística da cuenta que no existe una relación estadísticamente significativa con la evaluación del proceso terapéutico de lo(as) usuario(as). Sólo se evidencia relación estadísticamente significativa con “consumo de sustancia principal de ingreso” con un p-value= 0.026.

5.3. Resultado de Tratamiento Intragrupo

Objetivo Específico 3: Identificar resultados intragrupo, de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en personas usuarias de un centro de tratamiento para los años 2019, 2020 y 2021.

Tabla 28:

Promedio de resultados de tratamiento al Ingreso, Tratamiento (3 a seis meses) y al Egreso intragrupo entre usuario(as) ingresados los años 2019, 2020 y 2021.

	Grupo 2019			Grupo 2020			Grupo 2021		
	(1)Ing. M	(2)Trat. M	(3)Eg. M	(1)Ing. M	(2)Tra. M	(3)Eg. M	(1)Ing. M	(2)Trat. M	(3)Eg. M
Uso de sustancias									
Alcohol promedio tragos al día	6.77	0	1.14	8.1	3.16	0.5	3.25	0.5	0
Alcohol 28 días, total	7.88	0	0.14	15.7	2.83	0.5	5.58	0.83	0
Marihuana, promedio “pitos” al día	0.11	0	0	1.1	0.17	0	0.16	0.33	0
Marihuana 28 días, total	3.11	0	0	6.1	0.66	0	0.25	1.66	0
Pasta Base, promedio “papelillos” al día	1.88	0	0	6.5	0	0	5.25	0.16	0
Pasta Base 28 días, total	8.77	0	0	6.7	0	0	4.5	0.16	0
Cocaína, promedio “gramos” al día	0.11	0	0	0.4	0	0	0.5	0.16	0
Cocaína 28 días, total	0.11	0	0	0.9	0	0	0.91	0.16	0
Sedantes/tranquilizantes, prom. al día	0	0	0	0	0	0	0.08	0.16	0
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	0	0	0	0	0	0	0.08	0.16	0
Otra sustancia, promedio “medida” al día	0	0	0	0	0	0	0.08	0.16	0
Otra sustancia 28 días, total	0	0	0	0	0	0	0.16	0.5	0
Transgresión a la norma social									
Hurto									
No	9	4	7	10	6	4	12	6	1
Robo									
Si	0	0	0	1	0	0	0	0	0
No	9	4	7	9	6	4	12	6	1
Venta de drogas									
Si	0	1	0	0	0	0	1	0	0
No	9	3	7	10	6	4	11	6	1
Riña									
No	9	4	7	10	6	4	12	6	1
Violencia Intrafamiliar 28 días, total	0.55	0	0	0	0	0	0	0	0
No	9	4	7	10	6	4	12	6	1
Salud y Funcionamiento social									
<i>Estado de salud psicológica</i>	8.77	17.5	1.42	6.6	16	13.25	7.66	15.16	15
Días trabajados 28 días, total	11.88	4	3.42	11.2	4	9	7.16	16.66	28
Días de estudio 28 días, total	0	0	0	0	0	0	2.25	0.33	0
<i>Estado de salud física</i>	9.77	13.25	1	7.7	14.6	7.5	9.16	14.5	18
Lugar estable para vivir									
Si	9	4	7	8	6	4	12	6	1
No	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Vivienda Básica									
Si	9	4	7	8	6	3	12	6	1
No	0	0	0	2	0	1	0	0	0
<i>Calidad de vida</i>	9.88	18	1.71	9.9	15.3	11.5	10.75	13.66	20

(1)Ing.: Ingreso; (2)Trat.: Tratamiento; (3)Eg.: Egreso

Para “Uso sustancias”, se destaca que en el indicador “alcohol - promedio tragos al día”, la población usuaria del 2019 al momento de ingresar a tratamiento bebía diariamente en promedio 6.77 tragos disminuyendo esta cifra a 1.14 para el egreso. En comparación a la población usuaria del 2020 donde, al ingreso registra 8.1 tragos en promedio diario y en su egreso 0.5 tragos. En la población usuaria del año 2021 al ingreso, registra una menor cantidad de 3.25 tragos en promedio diario y registra “sin consumo de alcohol” al momento de egresar del tratamiento.

Para “pasta base, promedio papelillos al día”, se observa que en el 2019 los(as) usuario(as) en su ingreso registran un promedio diario de 1.88 papelillos, en comparación al año 2020 donde, se observa un promedio de 6.5 papelillos y en el año 2021 se indica 5.25; no obstante, los participantes de dichos periodos demuestran que al momento de egresar cesaron su consumo.

En “Transgresión a la norma social”, en el indicador “Robo”, se destaca que en la población usuaria del año 2019 no registra episodio alguno, en comparación al año 2020 el cual, 1 usuario al ingreso indica haber cometido robo, versus el año 2021 que no se registra antecedente delictual asociado.

En “Venta de drogas”, se observa que en el año 2019 un usuario durante su periodo de tratamiento, es decir entre los 3 y 6 meses refiere algún episodio, en contraste al año 2020 donde, no se registran episodios y en el año 2021 un participante menciona haber cometido venta de drogas durante su ingreso a tratamiento.

En “Salud y funcionamiento social”, para "*estado de salud psicológica*", en el año 2019 se observa que, la población usuaria en su ingreso refiere en promedio una calificación de 8.77 y en su egreso a 1.42. En comparación al año 2020 donde, lo(as) usuarios en su ingreso indican una puntuación de 6.6 y en su egreso a 13.25. De la misma manera, en el año 2021 lo(as) participantes en su ingreso señalaron una calificación de 7.66 y en su egreso a 15 puntos.

Tabla 29:

Promedios comparativos obtenidos en la dimensión uso de sustancias entre los periodos: “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para año 2019.

Pomedio de consumo por droga	“Ingreso-Tratamiento” (3-6 meses)	Ingreso-Egreso
	<i>M</i>	<i>M</i>
Alcohol, promedio tragos al día	12.5	7
Alcohol 28 días, total	6.25	9
Marihuana, promedio “pitos” al día	0.25	0.14
Marihuana 28 días, total	7	4
Pasta Base, promedio “papelillos” al día	1	0.85
Pasta Base 28 días, total	2	5
Cocaína promedio, “gramos” al día	0	0.14
Cocaína 28 días, total	0	0.14
Sedantes o tranquilizantes, promedio “comprimidos” al día	0	0
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	0	0
Otra sustancia, promedio “medida” al día	0	0
Otra sustancia 28 días, total	0	0

Fuente: Ídem Tabla 1.

De acuerdo con la Tabla 29, en el año 2019 se destaca para “Alcohol promedio tragos al día”, un promedio de 12.5 en el periodo “Ingreso-Tratamiento”, y en periodo “Ingreso-Egreso” un promedio de 7 tragos. Para consumo de marihuana 28 días, total, se observa un promedio de 7 días en el periodo de “Ingreso-tratamiento” evidenciando una disminución en los días de promedio de consumo entre los periodos de “Ingreso-Egreso”. Por otra parte, se observa para “Pasta Base 28 días, total”, un promedio de 2 días en el periodo de “Ingreso-Tratamiento”, evidenciando un aumento a 5 días en su consumo en el transcurso del periodo “Ingreso-Egreso”.

Tabla 30:

Promedios comparativos obtenidos en la dimensión uso de sustancias entre los periodos: “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para año 2020.

	“Ingreso-Tratamiento” (3-6MS)	Ingreso-Egreso
	<i>M</i>	<i>M</i>
Alcohol, promedio tragos al día	7.5	6.5
Alcohol 28 días, total	9.5	8.5
Marihuana, promedio “pitos” al día	0.83	0
Marihuana 28 días, total	4.83	0
Pasta Base, promedio “papelillos” al día	6.66	7.5
Pasta Base 28 días, total	3	1
Cocaína promedio, “gramos” al día	0.66	0
Cocaína 28 días, total	1.5	0
Sedantes o tranquilizantes, promedio “comprimidos” al día	0	0
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	0	0
Otra sustancia, promedio “medida” al día	0	0
Otra sustancia 28 días, total	0	0

Fuente: Ídem Tabla 1.

En el año 2020, se destaca para “Alcohol, promedio tragos al día” un promedio de 7.5 tragos entre los periodos de “Ingreso-Tratamiento”, exhibiendo una disminución a 6.5 tragos en promedio durante el transcurso del periodo “Ingreso-Egreso”, asimismo para “marihuana 28 días, total” en el periodo “Ingreso-Tratamiento” se observa en promedio 4.83 pitos, para el periodo “Ingreso-Egreso” se refleja una disminución, registrando nula ingesta, misma situación ocurre para “cocaína promedio gramos al día” y cocaína 28 días, que registran una disminución, llegando a cero ingesta para el periodo “Ingreso-Egreso”. Para “pasta base, promedio papelillos al día” se registra un aumento en el periodo “Ingreso-Egreso” comparativamente con el periodo “Ingreso- Tratamiento”, desde 6.66 promedio de consumo papelillos al día a 7.5 promedio de consumo de papelillos al día.

Tabla 31:

Promedios comparativos obtenidos en la dimensión uso de sustancias entre los periodos: “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para año 2021.

	“Ingreso-Tratamiento” (3-6MS)	Ingreso-Egreso
	<i>M</i>	<i>M</i>
Alcohol, promedio tragos al día	2.66	0
Alcohol 28 días, total	0.83	0
Marihuana, promedio “pitos” al día	0	0
Marihuana 28 días, total	-1.16	0
Pasta Base, promedio “papelillos” al día	10.16	0
Pasta Base 28 días, total	6.16	0
Cocaína promedio, “gramos” al día	0.83	0
Cocaína 28 días, total	1.66	0
Sedantes o tranquilizantes, promedio “comprimidos” al día	0	0
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	0	0
Otra sustancia, promedio “medida” al día	0	0
Otra sustancia 28 días, total	0	0

Fuente: Ídem Tabla 1.

En el año 2021, se destaca en la dimensión “Alcohol, promedio tragos al día” un promedio de 2.66 en los periodos de “Ingreso-Tratamiento”, promedio que disminuye en relación al periodo de “Ingreso-Egreso”. De la misma manera, se observa que, en la totalidad de las sustancias, como marihuana, pasta base y cocaína registraron durante los periodos de “Ingreso-Egreso” en promedio un cese en la ingesta.

Tabla 32:

Chi cuadrado para identificar diferencias estadísticamente significativas de uso de sustancias entre los periodos de “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para año 2019.

	Ingreso- Tratamiento (3-6MS)			Ingreso-Egreso		
	Pearson chi2	p-value	Cramér’s V	Pearson chi2	p-value	Cramér’s V
Alcohol promedio tragos al día	13.3333	0.101	0.9129	6.5143	0.481	0.7368
Alcohol 28 días, total	16.0000	0.100	1.0000	5.8286	0.443	0.6969
Marihuana promedio “pitos” al día	3.4286	0.180	0.4629	0.7792	0.377	0.2548
Marihuana 28 días, total	1.6970	0.791	0.3257	0.7792	0.377	0.2548
Pasta Base promedio “papelillos” al día	4.3636	0.498	0.5222	3.7714	0.287	0.5606
Pasta Base 28 días, total	4.3636	0.498	0.5222	3.7714	0.438	0.5606
Cocaína promedio “gramos” al día	1.2308	0.746	0.2774	0.7792	0.377	0.2548
Cocaína 28 días, total	1.7778	0.620	0.3333	0.7792	0.377	0.2548
Sedantes o tranquilizantes, promedio “comprimidos” al día	^o - ¹	-	-	-	-	-
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	-	-	-	-	-	-
Otra sustancia, promedio “medida” al día	-	-	-	-	-	-
Otra sustancia 28 días, total	0.3556	0.551	0.1491	-	-	-

Fuente: Ídem Tabla 1.

Es posible observar que para la población usuaria del año 2019 no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los periodos “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso- Egreso” en la dimensión “Uso de sustancias”.

No obstante, como se aprecia en la tabla 29, en ambos periodos ingreso-tratamiento e ingreso-egreso para “Alcohol, promedio tragos al día”, “Marihuana, promedio “pitos” al día”, “Pasta Base, promedio “papelillos” al día” y “Cocaína promedio “gramos” al día” lo(as) usuarios(as) ingresado(as) en el año 2019 disminuyen su consumo.

Como se ha expuesto con anterioridad al ingreso de la población del año 2019 (n=9; 29.03% del total) para “Alcohol promedio tragos al día” un 77.78% refiere que ha bebido de 1 a 8 tragos al día, en “Alcohol 28, días total” un 66.67% refiere que ha ingerido en total las últimas 4 semanas entre 1

¹ (-) No se obtiene estadísticos significativos por falta de información en los registros.

a 8 tragos, en “Marihuana promedio pitos al día” y “Marihuana 28 días, total” un 88.89% refiere que no ha fumado, para “Pasta Base promedio papelillos al día” un 44.44% señala que no ha consumido seguido por un 44.44% que ha consumido de 1 a 4 papelillo diarios, en “Pasta Base 28 días, total” el 22.22% ha ingerido en total entre 1 a 8 papelillos, para “Cocaína promedio gramos al día” y “Cocaína 28 días, total” el 88.89% indica que no ha consumido (tabla 13). Reflejando una disminución el consumo en el periodo de tratamiento (3-6 meses) puesto que, (n=4; 25% del total), el 100% no ingirió alcohol al igual que marihuana, pasta base y cocaína (tabla 17). En cuanto al periodo egreso para “Alcohol promedio tragos al día” y “Alcohol 28 días, total” (n=7; 58.33% del total) un 85.71% registra que no bebió alcohol y el 100% indica que no ha consumido marihuana, pasta base, cocaína (tabla 21).

Tabla 33:

Chi cuadrado para identificar diferencias estadísticamente significativas de uso de sustancias entre los periodos de “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para año 2020.

	Ingreso- Tratamiento (3-6MS)			Ingreso-Egreso		
	Pearson chi2	P-value	Cramér’s V	Pearson chi2	p-value	Cramér’s V
Alcohol promedio tragos al día	13.8667	0.085	0.9309	6.0000	0.540	0.7071
Alcohol 28 días, total	12.5867	0.248	0.8869	5.2500	0.512	0.6614
Marihuana promedio “pitos” al día	2.2857	0.319	0.3780	0.5455	0.460	-0.2132
Marihuana 28 días, total	3.0061	0.557	0.4334	0.5455	0.460	-0.2132
Pasta Base promedio “papelillos” al día	5.1394	0.399	0.5668	3.5625	0.313	0.5449
Pasta Base 28 días, total	5.1394	0.399	0.5668	3.5625	0.468	0.5449
Cocaína promedio “gramos” al día	4.1846	0.242	0.5114	0.5455	0.460	-0.2132
Cocaína 28 días, total	2.4889	0.477	0.3944	0.5455	0.460	-0.2132
Sedantes/tranquilizantes, promedio al día	- ²	-	-	-	-	-
Sedantes/tranquilizantes 28 días, total	-	-	-	-	-	-
Otra sustancia, promedio “medida” al día	-	-	-	-	-	-
Otra sustancia 28 días, total	0.6400	0.424	0.2000	-	-	-

Fuente: Ídem Tabla 1.

Tal como demuestra la tabla, para “Uso de sustancias” en usuario(as) ingresados(as) el año 2020, no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los periodos “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso”, esto para cada uno de los indicadores analizados

² (-) No se obtiene estadísticos significativos por falta de información en los registros.

Sin embargo, como se aprecia en la tabla 30, en ambos periodos ingreso-tratamiento e ingreso-egreso en “Alcohol, promedio tragos al día”, “Marihuana, promedio “pitos” al día” y “Cocaína promedio “gramos” al día” lo(as) usuarios(as) ingresado(as) en el año 2020 disminuyen su consumo.

Al ingreso de la población del año 2020 (n=10; 32.26% del total) en “Alcohol promedio tragos al día” un 60% indica que ha bebido de 1 a 8 tragos al día, en “Alcohol 28, días total” el 50% ha consumido de 20 a 28 tragos en total al mes; para “Marihuana promedio pitos al día” y “Marihuana 28 días, total” un 70% menciona que no ha fumado; en “Pasta Base promedio papelillos al día” y “Pasta Base 28 días, total” un 60% señala que no ha consumido; para “Cocaína promedio gramos al día” y “Cocaína 28 días, total” un 60% no ha ingerido dicha sustancia (tabla 13). En periodo de tratamiento (n=6; 37.5% del total) el 33.33% indica que no ingirió alcohol, seguido por un 33.33% que bebió de 1 a 3 tragos de alcohol y un 33.33% de 6 a 10 mediadas diarias, un 33.33% expresa que ha consumido de 1 a 5 tragos en total seguido por un 33.33% de 6 a 8 tragos total; un 83.33% no registra consumo de marihuana; el 100% señala que no ingirió pasta base al igual que, cocaína (tabla 17). En cuanto al periodo de egreso (n=4; 33.33% del total) un 75% registra que no bebió alcohol y el 100% expresa que no ha consumido marihuana, pasta base y cocaína (tabla 21).

Tabla 34:

Chi cuadrado para identificar diferencias estadísticamente significativas de uso de sustancias entre los periodos de “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para año 2021.

Uso de sustancias	Ingreso- Tratamiento (3-6MS)			Ingreso-Egreso		
	Pearson chi2	P-value	Cramér’s V	Pearson chi2	P-value	Cramér’s V
Alcohol promedio tragos al día	16.0000	0.042*	1.0000	12.0000	0.101	1.0000
Alcohol 28 días, total	12.5867	0.248	0.8869	12.0000	0.062	1.0000
Marihuana promedio “pitos” al día	1.3714	0.504	0.2928	0.0992	0.753	-0.0909
Marihuana 28 días, total	5.1394	0.273	0.5668	0.0992	0.753	-0.0909
Pasta Base promedio “papelillos” al día	5.1394	0.399	0.5668	0.5455	0.909	0.2132
Pasta Base 28 días, total	5.1394	0.399	0.5668	0.5455	0.969	0.2132
Cocaína promedio “gramos” al día	2.8718	0.412	0.4237	0.0992	0.753	-0.0909
Cocaína 28 días, total	2.4889	0.477	0.3944	0.0992	0.753	-0.0909
Sedantes/tranquilizantes promedios comprimidos” al día.	³	-	-	-	-	-
Sedantes/tranquilizantes 28 días, total	-	-	-	-	-	-
Otra sustancia, promedio “medida” al día	-	-	-	-	-	-
Otra sustancia 28 días, total	1.7778	0.182	-0.3333	-	-	-

* $p < .05$

Fuente: Ídem Tabla 1.

Se presentan diferencias estadísticamente significativas sólo para “alcohol promedio tragos al día”, en el periodo “Ingreso-Tratamiento” observándose un p-value de 0.042. Como se aprecia en Tabla 28, al ingreso bebían en promedio 3.25 tragos al día y en el periodo de tratamiento este promedio disminuyó a 0.5 tragos. En los periodos “Ingreso-Egreso” no se presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de los indicadores de la dimensión “Uso de sustancias”.

Sin perjuicio de lo anterior, como se observa en la tabla 31, en ambos periodos ingreso-tratamiento e ingreso-egreso en “Alcohol 28 días, total”, “pasta base, promedio “papelillos” al día”, “Pasta base 28 días, total”, “Cocaína promedio “gramos” y “Cocaína 28 días, total” lo(as) usuarios(as) ingresado(as) en el año 2021 disminuyen su consumo.

Para el ingreso de la población del año 2021 (n=12; 38.71% del total), para “Alcohol promedio tragos al día” y “Alcohol 28, días total” un 50% indica que no ha bebido alcohol, en “Marihuana promedio pitos al día” y “Marihuana 28 días, total” 83.33% refiere que no ha fumado, para “Pasta Base promedio papelillos al día” y “Pasta Base 28 días, total” el 66.67% no ha consumido pasta base, en “Cocaína promedio gramos al día” y “Cocaína 28 días, total” un 83.33% no ha ingerido gramos de

³ (-) No se obtiene estadísticos significativos por falta de información en los registros.

cocaína y para “Otra sustancia promedio medida al día” y “Otra sustancia 28 días, total” un 91.67% indica que no ha consumido (tabla 13). Respecto al periodo de tratamiento (n=6; 37.5% del total) el 83.33% manifestó que no bebió alcohol; un 66.67% no registra consumo de marihuana; un 83.33% indicado no haber consumido pasta base, cocaína u otra sustancia (tabla 17). En cuanto al periodo del egreso (n=1; 8.33% del total), el 100% registra que no ha bebido alcohol, marihuana, pasta base, cocaína y alguna otra sustancia (tabla 21).

5.4. Resultado de Tratamiento Según modalidad Presencial y Online

Objetivo Específico 4: Comparar resultados de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en personas usuarias de un centro de tratamiento según modalidad presencial (año 2019) y modalidad online (años 2020 y 2021), respecto del “Uso de sustancias”, “Transgresión a la norma social”, “Salud y funcionamiento social y “Registro institucional”.

Tabla 35:

Prueba de U de Mann Whitney para identificar diferencias estadísticamente significativas de resultado de tratamiento al momento del Egreso entre modalidad presencial (2019) y modalidad online (2020 y 2021).

Uso de sustancias	W	V	Z	Prob>z
Alcohol promedio tragos al día	0.62612	4.911	3.264	0.00055***
Alcohol 28 días, total	0.62612	4.911	3.264	0.00055***
Marihuana promedio “pitos” al día	⁴	-	-	-
Marihuana 28 días, total	-	-	-	-
Pasta Base promedio “papelillos” al día	-	-	-	-
Pasta Base 28 días, total	-	-	-	-
Cocaína promedio “gramos” al día	-	-	-	-
Cocaína 28 días, total	-	-	-	-
Sedantes o tranquilizantes promedio “comprimidos” al día	-	-	-	-
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	-	-	-	-
Otra sustancia promedio “medida” al día	-	-	-	-
Otra sustancia 28 días, total	-	-	-	-
Transgresión a la norma social				
Hurto	-	-	-	-
Robo	-	-	-	-
Venta de drogas	-	-	-	-
Riña	-	-	-	-
Violencia Intrafamiliar, 28 días total	-	-	-	-
Otra Acción	-	-	-	-
Salud y Funcionamiento social				
Estado Salud Psicológica	0.62612	4.911	3.264	0.00055***
Días trabajados 28 días, total	0.62612	4.911	3.264	0.00055***
Días de estudio 28 días, total	-	-	-	-

Tabla 35, continúa en página siguiente

⁴ (-) No se obtiene estadísticos por falta de información en los registros.

Tabla 35, continuación de página anterior

Estado Salud física	0.62612	4.911	3.264	0.00055***
Lugar estable para vivir	-	-	-	-
Vivienda Básica	-	-	-	-
<i>Calidad de vida</i>	0.62612	4.911	3.264	0.00055***
Registro institucional				
Motivo de egreso de tratamiento	0.60844	5.753	3.672	0.00012***
Evaluación al egreso de tratamiento				
<i>Evaluación de proceso terapéutico</i>	0.79576	3.001	2.091	0.01827*
Evaluación de patrón de consumo	0.93477	0.958	-0.070	0.52801
<i>Evaluación de situación familiar</i>	0.93477	0.958	-0.070	0.52801
<i>Evaluación de relaciones interpersonales</i>	0.79576	3.001	2.091	0.01827*
<i>Evaluación de situación ocupacional</i>	0.79576	3.001	2.091	0.01827*
<i>Evaluación de salud mental</i>	0.79576	3.001	2.091	0.01827*
<i>Evaluación de salud física</i>	0.79576	3.001	2.091	0.01827*
<i>Evaluación de transgresión a la normal social</i>	0.60844	5.753	3.672	0.00012***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, **** $p < .0001$

Fuente: Ídem Tabla 1.⁵

En la presente tabla se utiliza la Prueba de U de Mann Whitney en base a Test de Shapiro para distribución de la población no normal.

En la dimensión de uso de sustancias, se observa que, para “alcohol, promedio tragos al día” y “alcohol 28 días, total” se presentan diferencias estadísticamente significativas entre la modalidad de tratamiento presencial versus la modalidad online (p -value= 0.00055 para ambos indicadores). Como se observó en la tabla 21, un 85.71% de la población usuaria del 2019 registra en su egreso que no bebió alcohol en comparación a lo(as) participantes del año 2020 donde el 75% refiere no consumir, y el 100% de lo(as) usuario(as) del año 2021 señala que no bebieron durante las últimas 4 semanas previas a la aplicación del TOP de egreso.

En cuanto, a “salud y funcionamiento social”, en el indicador “estado de salud psicológica”, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p -value= 0.00055. Como se observó en la tabla 23 el 85.71% de la población usuaria ingresada el 2019 registra una puntuación 0 es decir, un mal estado de salud psicológica; en comparación al 50% de los participantes del año 2020 que indico de 18 a 20 puntos, considerando los 20 puntos como calificación buena. Asimismo, el 100% de lo(as) usuario(as) del año 2021 señala de 10 a 15 puntos.

De manera análoga, para el indicador “días trabajados, 28 días total” se presentan diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p -value=0.00055. Como se observa en la tabla 23 el 85.71% de usuario(as) ingresados el año 2019

⁵ (-) No se obtiene estadísticos significativos por falta de información en los registros.

registra no haber trabajado junto al 50% del grupo del año 2020 seguido por un 50% que refiere haber trabajado de 16 a 20 días al mes, en comparación al 100% de participantes del año 2021 que indica haber trabajado de 24 a 28 días.

De la misma manera, para *“estado de salud física”* se observan diferencias estadísticamente significativas entre la modalidad de tratamiento presencial y online, con un p-value= 0.00055. Cómo se observa en tabla 23, un 85.71% de lo(as) usuario(as) del año 2019 registran una puntuación 0, un 75% de lo(as) participantes del año 2020 una puntuación de 10 y un 100% en el año 2021 registran 18 puntos. esto representa una mejora significativa en la percepción de salud física.

En la dimensión *“calidad de vida”* se exhibe diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento, presencial y online con un p-value= 0.00055. Cómo se observa en la tabla 23 un 85.71% de lo(as) usuario(as) del año 2019 registra una puntuación 0, el 50% de la población del año 2020 registran entre 12 a 15 puntos y el 100% de lo(as) participantes del año 2021 registra de 16-20 puntos.

Respecto a *“motivo de egreso de tratamiento”* se observa diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p-value=0.00012. Cómo se observa en la tabla 24, un 88.89% de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 egresó mediante alta terapéutica en comparación al 45.45% del año 2020 y el 50% de lo(as) participantes del año 2021.

En cuanto a *“Evaluación de egreso de tratamiento”*, en el indicador *“Evaluación del proceso terapéutico”* se exhibe una diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p-value= 0.01827. Cómo se muestra en la tabla 25, el 77.78% % de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 obtuvo un logro alto, un 54.55% del año 2020 registró un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 obtuvo un logro alto.

Para *“Evaluación de relaciones interpersonales”*, se exhibe una diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p-value=0.01827. Cómo se muestra en la tabla 25, el 77.78% % de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 obtuvo un logro alto, en comparación al 45.45% del año 2020 que registró un logro intermedio y al 50% de lo(as) participantes del año 2021 que obtuvo un logro alto.

De la misma manera, en *“Evaluación de situación ocupacional”*, se muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p-value=0.01827. Cómo se observa en la tabla 25 el 77.78% de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 tuvo un logro alto, en comparación al 45.45% del año 2020 y al 100% de lo(as) participantes del año 2021.

En las dimensiones *“Evaluación de salud mental”* y *“Evaluación de salud física”*, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un p-value= 0.01827 y p-value=0.01827 respectivamente. Cómo muestra la tabla 25 el 77.78% de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 obtuvo un logro alto, un 63.64% del año 2020 registró un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 obtuvo un logro alto.

En la dimensión *“Evaluación de transgresión a la normal social”*, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las modalidades de tratamiento presencial y online, con un $p\text{-value}=0.00012$. Como se observa en la tabla 25 un 88.89% de la población usuaria ingresada el año 2019 obtuvo un logro alto, en comparación al 63.64% del año 2020 y el 75% de lo(as) participantes del año 2021.

Respecto a las variables que presentan celdas vacías no fue factible identificar diferencias estadísticamente significativas de resultado de tratamiento al momento del egreso puesto que se obtuvo el TOP de egreso de tan solo el 77.78% de la población usuaria ingresada el año 2019, el 36.36% del año 2020 y el 8.33% de lo(as) participantes ingresados el año 2021.

5.5. Cambios en el uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social según modalidad Presencial y Online.

Objetivo Específico 5: Describir los cambios en el uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social de acuerdo a la percepción de lo(as) usuario(as) pertenecientes a un centro de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias de la provincia de Concepción, según modalidad presencial (2019) y modalidad online (2020, 2021).

Tabla 36:

Promedio de uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social al Ingreso, Tratamiento (3 a seis meses) y al Egreso, según modalidad de tratamiento presencial (2019) u online (2020 y 2021).

Uso de sustancias	Modalidad Presencial (Grupo 2019)			Modalidad online (Grupo 2020-2021)		
	Ingreso	Tratamiento 3 a 6 meses	Egreso	Ingreso	Tratamiento 3 a 6 meses	Egreso
Alcohol, promedio tragos al día	6.77	0	1.14	5.45	1.83	0.4
Alcohol, 28 días total	7.88	0	0.14	10.18	1.83	0.4
Marihuana, promedio “pitos” al día	0.11	0	0	0.59	0.25	0
Marihuana, 28 días total	3.11	0	0	2.90	1.16	0
Pasta Base, promedio “papelillos” al día	1.88	0	0	5.81	0.08	0
Pasta Base, 28 días total	8.77	0	0	5.5	0.08	0
Cocaína, promedio “gramos” al día	0.11	0	0	0.45	0.08	0
Cocaína, 28 días total	0.11	0	0	0.90	0.08	0
Sedantes o tranquilizantes, promedio “comprimidos” al día	0	0	0	0.04	0.08	0
Sedantes o tranquilizantes, 28 días total	0	0	0	0.04	0.08	0
Otra sustancia, promedio “medida” al día	0	0	0	0.04	0.08	0
Otra sustancia, 28 días total	0	0	0	0.09	0.25	0
Transgresión a la norma social						
Hurto						
No	9	4	7	22	12	5
Robo						
Si	0	0	0	1	0	0
No	9	4	7	21	12	5
Venta de drogas						
Si	0	1	0	1	0	0
No	9	3	7	21	12	5

Tabla 36, continúa en página siguiente

Tabla 36, continuación de página anterior

Riña						
No	9	4	7	22	12	5
Violencia Intrafamiliar 28 días, total	0.55	0	0	0	0	0
Otra Acción						
No	9	4	7	22	12	5
Salud y Funcionamiento social						
<i>Estado de salud psicológica</i>	8.77	17.5	1.42	7.18	15.58	13.6
Días trabajados 28 días, total	11.88	4	3.42	9	10.33	12.8
Días estudiados 28 días total	0	0	0	1.22	0.16	0
<i>Estado de salud física</i>	9.77	13.25	1	8.5	14.58	9.6
Lugar estable para vivir						
Si	9	4	7	20	12	5
No	0	0	0	2	0	0
Vivienda básica						
Si	9	4	7	20	12	4
No	0	0	0	2	0	1
<i>Calidad de vida</i>	9.88	18	1.71	10.36	14.5	13.2

Fuente: Ídem Tabla 1.

Se observa en la tabla 36, en el grupo de usuarios(as) ingresados en el año 2019 en modalidad de tratamiento presencial, para “alcohol promedio tragos al día” en el ingreso registran un promedio de 6.77 tragos y al egreso 1.14 tragos. Para los(as) usuarios(as) ingresados en los periodos 2020 y 2021 (tratamiento en modalidad online), al ingreso informan un promedio de tragos de alcohol diario de 5.45 disminuyen a un promedio de 0.4 al egreso.

Para “marihuana, 28 días total”, se aprecia que en la modalidad de tratamiento presencial lo(as) participantes indicaron en su ingreso un promedio de consumo diario de 3.11 dosis de marihuana. Para esta misma modalidad, durante el periodo de tratamiento y al egreso informan una cifra de 0 para ambos momentos. Para la modalidad online, informan al ingreso un promedio de 2.90 (inferior que para la modalidad presencial), un promedio de 1,16 durante el periodo de tratamiento y 0 al momento del egreso.

En “pasta base promedio papelillos al día”, se observa que, en la modalidad de tratamiento presencial lo(as) usuario(as) ingresaron con un promedio diario de 1.88 papelillos al día. Para la modalidad online se informa para el ingreso un promedio de 5.81 papelillos al día. En ambas modalidades de tratamiento lo(as) usuario(as) al momento de su egreso refieren que cesaron su consumo.

En la dimensión “cocaína promedio gramos al día”, para la modalidad de tratamiento presencial lo(as) participantes en su ingreso indican un promedio diario de 0.11 gramos, en comparación a quienes ingresaron a un tratamiento online informan al ingreso un consumo de 0.45 gramos en promedio. Durante el periodo de tratamiento se refleja un promedio de 0.08 para modalidad online

y abstinencia para modalidad presencial. En el momento del egreso en ambas modalidades de tratamiento lo(as) usuarios informan abstinencia.

Para consumo de “sedantes o tranquilizantes promedio comprimidos al día” y “otra sustancia promedio medida al día”, en la modalidad de tratamiento presencial se aprecia que lo(as) participantes no registraron consumo al ingreso. Para la modalidad de tratamiento online en su ingreso se indica en promedio 0.04 comprimidos/medida al día y en su periodo de tratamiento 0.08 en promedio el cual, posteriormente en la fase de egreso se informa abstinencia.

En relación a lo ya precisado, se puede resumir que, para el consumo de sustancias como pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes y otras sustancias, en contexto de pandemia se evidenció un incremento en el consumo como se observa, en lo(as) usuarios(as) que recibieron una atención en modalidad online. En concordancia con los autores Fabelo et al. (2020) es frecuente el reinicio o incremento del consumo de drogas y trastornos adictivos (p. 1). Asimismo, como menciona Ponciano (2020) es “importante considerar que para las personas con adicciones, la forma de actuar ante el estrés puede ser el consumo” (p. 6).

En lo que respecta a “transgresión a la norma social”, se observa que en los indicadores “hurto”, “riña” y “otra acción”, para ambas modalidades de tratamiento no se registran episodios. En los indicadores “robo” y “venta de drogas” en la modalidad de tratamiento online un usuario señaló haber cometido el hecho al ingreso. En la dimensión “violencia intrafamiliar 28 días, total”, en la modalidad de tratamiento presencial al ingreso se evidencia en promedio 0.55 diario en contraste con la modalidad de tratamiento online.

Para “salud y funcionamiento social”, en el indicador “estado de salud psicológica” para la modalidad presencial, lo(as) usuarios registraron en su ingreso en promedio 8.77 puntos. Para la modalidad online el promedio es de 7.18 puntos, menor calidad de salud psicológica. En concordancia con los autores Ramírez et al. (2020) en dicho contexto socio sanitario podría “aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión ... también interrumpir el sueño” (p. 8).

Para la dimensión “días trabajados 28 días, total”, quienes ingresaron en modalidad presencial indican en promedio 11.88 días de 28 días total, para esta misma modalidad, al momento del tratamiento (entre 3 y 6 meses) informan 4 días trabajados y en el momento del egreso 3.42 días. Para quienes ingresaron en modalidad online informan al ingreso 9 días trabajados. Para el periodo de tratamiento (3 a 6 meses) se observa en este grupo un incremento a 10.33 días y al momento del al egreso 12.8 días.

En la dimensión “días estudiados 28 días, total” se observa que en la modalidad de tratamiento presencial lo(as) participantes no indican haber asistido a un establecimiento educacional en contraste con quienes, tuvieron un tratamiento online donde, a su ingreso señalaron 1.22 días en promedio y durante su tratamiento 0.16 días, sin embargo, al egreso refieren que no asistieron.

En las dimensiones “lugar estable para vivir” y “vivienda básica” lo(as) usuarios en modalidad presencial afirman en su totalidad que sí, sin embargo, dos usuarios(as) en la modalidad de

tratamiento online indican en su ingreso que no poseen un lugar estable para vivir y sin las condiciones básicas.

De acuerdo con, la autora Arena (2014) en el trastorno por consumo de sustancias “el uso y abuso de drogas psicoactivas posee interconexión con varios determinantes sociales” (p. 110), como son la salud, educación, trabajo y vivienda donde, se requieren abordar mediante políticas sociales efectivas en post de esta población de usuario(as) abandonada e ignorada por nuestra sociedad.

Tabla 37:

Diferencia entre el “Ingreso” y el “Egreso” (ingreso-egreso) según modalidad de tratamiento presencial (año 2019) y modalidad online (sólo año 2021) en la dimensión uso de sustancias.

	Diferencia Ingreso – Egreso Modalidad Presencial <i>M</i>	Diferencia Ingreso – Egreso Modalidad Online (2021) <i>M</i>
Uso de sustancias		
Alcohol promedio tragos al día	5.63	3.25
Alcohol 28 días, total	7.74	5.58
Marihuana promedio “pitos” al día	0.11	0.16
Marihuana 28 días, total	3.11	0.25
Pasta Base promedio “papelillos” al día	1.88	5.25
Pasta Base 28 días, total	8.77	4.5
Cocaína promedio “gramos” al día	0.11	0.5
Cocaína 28 días, total	0.11	0.91
Sedantes o tranquilizantes, promedio “comprimidos” al día	0	0.08
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total	0	0.08
Otra sustancia promedio “medida” al día	0	0.08
Otra sustancia 28 días, total	0	0.16

Fuente: Ídem Tabla 1.

En la presente tabla, para “Alcohol promedio tragos al día”, la diferencia de promedio de consumo de tragos al día entre el ingreso y el egreso corresponde a 5.63 para la modalidad presencial (año 2019). Para la modalidad online (año 2021), la diferencia de promedio de consumo de tragos al día entre el ingreso y el egreso corresponde a 3.25. Como se observa en la tabla 28, lo(as) usuario(as) en modalidad presencial en su ingreso indican 6.77 tragos disminuyendo esta cifra a 1.14 para el egreso, versus a la población usuaria en modalidad online (2021), donde al ingreso registra 3.25 tragos en promedio diario y a su egreso 0 tragos.

Para “alcohol 28 días, total”, la diferencia de promedio de consumo de tragos al día entre el ingreso y el egreso corresponde a 7,74 para la modalidad presencial (2019). Para la modalidad online (2021), la diferencia de promedio de consumo de tragos al día entre el ingreso y el egreso corresponde a 5,58. Como se observa en la tabla 28, lo(as) usuario(as) en modalidad presencial en su ingreso indican 7,88 tragos disminuyendo esta cifra a 0,14 para el egreso, versus a la población usuaria en modalidad online (2021), donde al ingreso registra 5,58 tragos en promedio diario y a su egreso 0 tragos.

Para “marihuana, 28 días total”, la diferencia de promedio de consumo de “pitos” entre el ingreso y el egreso, corresponde a 3.11 para la modalidad presencial (2019). Para la modalidad online (2021), la diferencia de promedio de consumo de “pitos entre el ingreso y el egreso, corresponde a 0.25. Como se observa en la tabla 28, lo(as) usuario(as) en modalidad presencial en su ingreso indican 3.11 “pitos” disminuyendo esta cifra a 0 “pitos” para el egreso, versus a la población usuaria en modalidad online (2021), donde al ingreso registra 0,25 “pitos” en promedio diario y a su egreso 0 “pitos”.

Se destaca a su vez, para “pasta base, 28 días, total”, la diferencia de promedio de consumo de “papelillos” entre el ingreso y el egreso, corresponde a 8.77 para la modalidad presencial (2019). Para la modalidad online (2021), la diferencia de promedio de consumo de “papelillos entre el ingreso y el egreso, corresponde a 4.5. Como se observa en la tabla 28, lo(as) usuario(as) en modalidad presencial en su ingreso indican 8.77 “papelillos” disminuyendo esta cifra a 0 “papelillos” para el egreso, versus a la población usuaria en modalidad online (2021), donde al ingreso registra 4,5 “papelillos” en promedio diario y a su egreso 0 “papelillos”.

Tabla 38:

Distribución de lo(as) usuario(as) en las dimensiones uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social al momento del Egreso, según modalidad de tratamiento presencial (2019) y modalidad online (2020-2021).

Uso de sustancias	Modalidad Presencial (Grupo 2019)		Modalidad Online (Grupo 2020-2021)		Total (12)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
	(7)	(58.33)	(5)	(41.67)	(12)	(100)
Alcohol promedio tragos al día						
0	6	85.71	4	80	10	83.33
2	0	0	1	20	1	8.33
8	1	14.29	0	0	1	8.33
Alcohol 28 días, total						
0	6	85.71	4	80	10	83.33
1	1	14.29	0	0	1	8.33
2	0	0	1	20	1	8.33
Marihuana promedio pitos al día						
0	7	100	5	100	12	100
Marihuana 28 días, total						
0	7	100	5	100	12	100
Pasta base promedio papelillos al día						
0	7	100	5	100	12	100
Pasta Base 28 días, total						
0	7	100	5	100	12	100
Cocaína promedio Gramos al día						
0	7	100	5	100	12	100
Cocaína 28 días, Total						
0	7	100	5	100	12	100
Sedantes o tranquilizantes promedio comprimidos al día						
0	7	100	5	100	12	100
Sedantes o tranquilizantes 28 días, total						
0	7	100	5	100	12	100
Otra sustancia promedio medida al día						
0	7	100	5	100	12	100
Otra sustancia 28 días, total						
0	7	100	5	100	12	100

Tabla 38, continúa en página siguiente

Tabla 38, continuación de página anterior

Transgresión a la norma social						
Hurto						
No	7	100	5	100	12	100
Robo						
No	7	100	5	100	12	100
Venta de drogas						
No	7	100	5	100	12	100
Riña						
No	7	100	5	100	12	100
Violencia Intrafamiliar 28 días, total						
0	7	100	5	100	12	100
Otra Acción						
No	7	100	5	100	12	100
Salud y funcionamiento social						
<i>Estado de salud psicológica</i>						
0	6	85.71	1	20	7	58.33
10	1	14.29	0	0	1	8.33
15	0	0	2	40	2	16.67
18	0	0	1	20	1	8.33
20	0	0	1	20	1	8.33
Días trabajados 28 días, total						
0	6	85.71	2	40	8	66.67
16	0	0	1	20	1	8.33
20	0	0	1	20	1	8.33
24	1	14.29	0	0	1	8.33
28	0	0	1	20	1	8.33
Días de estudio 28 días, total						
0	7	100	5	100	12	100
<i>Estado de salud física</i>						
0	6	85.71	1	20	7	58.33
7	1	14.29	0	0	1	8.33
10	0	0	3	60	3	25
18	0	0	1	20	1	8.33
Lugar estable para vivir						
Si	7	100	5	100	12	100
Vivienda básica						
Si	7	100	4	80	11	91.67
No	0	0	1	20	1	8.33
<i>Calidad de vida</i>						
0	6	85.71	1	20	7	58.33
12	1	14.29	0	0	1	8.33
15	0	0	2	40	2	16.67
16	0	0	1	20	1	8.33
20	0	0	1	20	1	8.33

Fuente: Ídem Tabla 1.

Respecto al TOP aplicado al momento del egreso de tratamiento a lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 (n=7; 58.33% del total), en la dimensión uso de sustancias, en “alcohol, promedio tragos al día” un 85.71% indica que no bebió, seguido por el 14.29% que señala ingerir 8 tragos. El 100%

refiere que no ha consumido marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes o alguna otra sustancia.

En cuanto, al grupo de usuario(as) que ingresaron a un tratamiento online durante los años 2020 y 2021 (n=5; 41.67% del total), en la dimensión "alcohol, promedio tragos al día" un 80% refiere que no bebió; participantes que según el modelo transteórico del cambio trascurrieron la etapa de acción "en la que cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas" (Prochaska et al., 1994, p. 5) donde, para ello vivieron un proceso de cambio cognitivo y conductual, acompañado de un balance decisorio analizando los pro y contra del cese del consumo de sustancias como también, el aprendizaje de abordar la tentación en contextos complejos como lo es la presencia del COVID-19 y por último la instauración del concepto de autoeficacia, comprendida como "la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud" (Cabrera, 2000, p. 8). En la etapa del egreso de tratamiento, la población usuaria, se encontrará en la etapa de mantenimiento en la cual, se trabaja para estabilizar el cambio del comportamiento, consolidando los resultados obtenidos en acción, evitando recaídas. (Prochaska et al., 1994, pp. 5-6). Por otra parte, se observa que del grupo usuario en tratamiento en modalidad online en "alcohol, promedio tragos al día" un 20% refiere 2 tragos, consumo que podría estar estrechamente relacionado con el contexto sociosanitario, donde frente al estrés, miedo e incertidumbre que se genera podrían responder mediante el consumo de sustancias.

Respecto a la dimensión transgresión a la normal social, del total de la población ingresada en tratamiento modalidad presencial (n=7; 58.33% del total) y online (n=5; 41.67% del total) no registra en su egreso episodios de hurto, robo, venta de drogas, riña, violencia intrafamiliar u otra acción.

En la dimensión salud y funcionamiento social, en tratamiento en modalidad presencial (2019) el 85.71% indica en "*Estado de salud psicológica*" una puntuación 0, seguido por 14.29% que señala una puntuación de 10; el 85.71% registra no haber trabajado, seguido por un 14.29% que menciona haber trabajado 24 días; un 100% indica no asistir a una institución de educación; en *estado de salud física* un 85.71% señala una puntuación de 0, seguido por un 14.29% de 7 puntos; el 100% indica que tiene un lugar estable para vivir y con las condiciones básicas; en calificación global de *calidad de vida* un 85.71% indica una puntuación de 0 seguido por un 14.29% que señala de 12 puntos.

De la población usuaria en tratamiento en modalidad online (2020-2021) en "*Estado de salud psicológica total*" un 40% registra una puntuación de 15 puntos; el 40% refiere no haber trabajado; el 100% señala no asistir a una institución de educación; en *estado de salud física* un 60% indica una calificación de 10 puntos; el 100% indica que tiene un lugar para vivir, pero, tan solo un 80% refiere que la vivienda mantiene las condiciones básicas; en calificación de *calidad de vida I* un 40% registra 15 puntos.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

La aparición de la pandemia por COVID-19 ha generado una crisis sanitaria con una serie de repercusiones en los servicios de salud mental donde, en la mayoría de los países se ha adoptado la telemedicina a fin de dar continuidad a los tratamientos. En contexto de desastres, se acentúa la necesidad de entregar una adecuada atención hacia la población que presenta alguna enfermedad de salud mental preexistente puesto que, frecuentemente sus consecuencias se subestiman “las cuales no siempre son visibles, agudas o atendidas” (Jarero et al., 2015, p. 76). De acuerdo con Ponciano (2020, p. 6), ante tal contexto se requiere enfatizar en el tratamiento de quienes padecen un trastorno por consumo de sustancias ya que, “para las personas con adicciones, la forma de actuar ante el estrés puede ser el consumo”.

De esta forma, el contexto ha generado un cambio en los modelos terapéuticos de intervención paradigmáticos lo que ha llevado a implementar un modelo online en consecuencia de las medidas de distanciamiento social. De acuerdo con Benyakar (2002) en contexto de desastres “la prestación de servicios ... requiere de conocimiento, paciencia y flexibilidad” (p. 15). Por lo que es necesario, centrarse en uno de los problemas de salud mental que día a día adquieren mayor prevalencia en nuestra sociedad y que dice relación con los trastornos por consumo de sustancias. Asimismo, conocer la relación entre el cambio de modalidad de tratamiento presencial a modalidad online y el resultado de tratamiento.

A propósito de lo anterior se ha llevado a cabo un estudio de tipo cuantitativo con el objetivo de explorar la relación entre la modalidad de tratamiento -presencial u online- con el resultado de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y variables sociodemográficas, familiares y clínicas asociadas en la población adulta de 18 y más años ingresados entre los años 2019 a 2021. Para ello, se llevó a cabo el estudio con una muestra de 32 usuario(as).

Los análisis fueron realizados considerando la siguiente relación de variables según lo proyectado: variable independiente: cambio de modalidad de tratamiento presencial a online, variable dependiente; resultado de tratamiento, variables de control: sociodemográficas, familiares y clínicas.

Producto del análisis estadístico es posible concluir lo siguiente:

1. Sobre descripción de población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas, familiares, clínicas y resultado de tratamiento.

1.1 Variables Sociodemográficas

En relación al total de lo(as) usuario(as) participantes 9 ingresaron a tratamiento el año 2019 en modalidad presencial, 11 ingresaron el 2020 y 12 ingresaron el 2021 en modalidad online. Respecto al tiempo de tratamiento, la mayor parte de ello(as) mantuvo entre 7 (12.5%), 10 (12.5%) y 13 (12.5%) meses de tratamiento. En lo relativo al origen de ingreso el 65.63% de usuario(as) ingresaron mediante consulta espontánea, A su vez, un 37.5% registran haber realizado algún tratamiento anterior donde, la mayoría efectuó al menos uno.

En lo relativo al sexo el 81.25% se identifica del sexo masculino y 18.75% pertenecer al femenino. En cuanto a la edad de lo(as) usuario(as), la mayor frecuencia se ubica entre los 40 y 50 años.

Respecto a su estado civil el 56.25% refiere estar soltero, seguido por un 31.25% casado. En cuanto al nivel de escolaridad, el 40.63% de lo(as) usuario(as) registran haber culminado la enseñanza media y 62.5% señalan que se encuentran trabajando al momento de ingresar al tratamiento donde, la mayor parte ejecuta trabajo no calificado (30%). En relación con la tenencia de la vivienda el 37.5% registra mantener situación de allegados.

1.2 Variables Familiares

Respecto a la distribución de lo(as) usuario(as) según tipo de familia un 37.5% pertenece a familias tipo nuclear, señalando el 65.63% que tiene hijos. En cuanto a la distribución de lo(as) usuario(as) según parentesco con jefe(a) de hogar el 56.25% se identifica como el jefe(a) de hogar.

1.3 Variables clínicas

En lo relativo al diagnóstico por consumo de sustancias, 31 usuario(as) registran un diagnóstico de dependencia a drogas, destacando un 38.71% para la población ingresada el año 2021. Respecto a la presencia de patología dual, un 18.75% de lo(as) usuario(as) registran una patología donde, el 50% presentan trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, sin especificación.

En relación con el consumo de sustancias del total de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019,2020 y 2021 se destaca el consumo de alcohol donde, el 81.25% afirma su ingesta, presentado un mayor porcentaje de un 38.46% para el año 2020. Asimismo, la segunda droga que concentra la mayor frecuencia para toda la población es la pasta base, con un 37.5%, destacando el mayor porcentaje de consumo en el año 2019 con un 41.67%.

En lo relativo al consumo de sustancias de inicio el 59.38% del total de la población indican el alcohol, representando un mayor porcentaje de un 42.11%. para el 2021. En cuanto a las edades de inicio, el 46.88% de la población registra entre los 8 y 15 años.

En cuanto, al consumo de sustancia principal de ingreso, un 50% de la población refieren el alcohol, concentrando un 43.75% para el año 2021, seguido por un 31.25% de usuario(as) del año 2020. Respecto a la edad de inicio del consumo de la sustancia principal, un 43.75% indica las edades entre 17 y 25 años.

1.4 Variable resultado de tratamiento.

En lo relativo al motivo de egreso el 62.5% del total de la población fue egresado mediante alta terapéutica. Para el grupo usuario ingresado el año 2019 (n=9; 37.5% del total), un 88.89% fue egresado por alta terapéutica, para el año 2020 (n=11; 45.83% del total), un 45.45% fue egresado por alta terapéutica y para el año 2021 grupo 2021 (n=4; 16.17% del total), un 50% fue egresado mediante alta terapéutica.

En cuanto a la evaluación de egreso de tratamiento de lo(as) usuarios(as) participantes, obtenido desde el registro institucional en *evaluación de proceso terapéutico* el 58.33% del total de la población registro un logro alto, destacando al grupo del año 2019 (n=9; 37.5% del total) con un 77.78%.

2. Sobre la relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable resultado de tratamiento

Se utiliza la prueba de Chi cuadrado con la finalidad de indagar entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con "Motivo de egreso de tratamiento"; arrojando que no presentan una relación estadísticamente significativa.

Asimismo, se efectúa el análisis de relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con "*Evaluación de proceso terapéutico*" al egreso de tratamiento, obteniendo una relación estadísticamente significativa con la dimensión "consumo de sustancia principal de ingreso" con un p-value= 0.026.

3. Sobre Resultado de tratamiento Intragrupo

En la dimensión "Uso sustancias", se destaca que para "alcohol, promedio tragos al día", la población usuaria del 2019 al momento de ingresar a tratamiento bebía diariamente en promedio 6.77 tragos disminuyendo esta cifra a 1.14 para el egreso. En comparación a la población usuaria del 2020 donde, al ingreso registra 8.1 tragos en promedio diario y en su egreso 0.5 tragos. En la población usuaria del año 2021 al ingreso, registra una menor cantidad de 3.25 tragos en promedio diario y registra "sin consumo de alcohol" al momento de egresar del tratamiento.

En "Transgresión a la norma social", en la dimensión "Venta de drogas", se observa que en el año 2019 un usuario durante su periodo de tratamiento refiere algún episodio, en contraste al año 2020 donde, no se registran episodios y en el año 2021 un participante menciona haber cometido venta de drogas durante su ingreso a tratamiento.

En "Salud y funcionamiento social", en la dimensión "*Estado de salud psicológica*", en el año 2019 la población usuaria en su ingreso refiere en promedio una calificación de 8.77 y en su egreso a 1.42. En comparación al año 2020 donde, lo(as) usuarios en su ingreso indican una puntuación de 6.6 y en su egreso a 13.25. De la misma manera, en el año 2021 lo(as) participantes en su ingreso señalaron una calificación de 7.66 y en su egreso a 15 puntos.

Respecto a los promedios comparativos obtenidos en la dimensión uso de sustancias en el año 2019, se destaca en la dimensión “Alcohol promedio tragos al día”, un promedio de 12.5 en el periodo “Ingreso-Tratamiento”, y en periodo “Ingreso-Egreso” un promedio de 7 tragos. Para el año 2020 en “Alcohol, promedio tragos al día” se obtiene un promedio de 7.5 tragos entre los periodos de “Ingreso-Tratamiento”, exhibiendo una disminución de 6.5 tragos en promedio durante el transcurso del periodo “Ingreso-Egreso”, por último, para el año 2021 en “Alcohol, promedio tragos al día” se arroja un promedio de 2.66 en los periodos de “Ingreso-Tratamiento”, promedio que disminuye a 0 en relación al periodo de “Ingreso-Egreso”.

Se utiliza la prueba de Chi cuadrado para identificar diferencias estadísticamente significativas de uso de sustancias entre los periodos de “Ingreso-Tratamiento” e “Ingreso-Egreso” de lo(as) usuario(as) para los años 2019, 2020 y 2021 donde, para los años 2019 y 2020 no presentan diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos y para el año 2021 sólo presenta diferencias estadísticamente significativas la dimensión “alcohol promedio tragos al día”, observándose un p-value de 0.042. Asimismo, se ha de enfatizar que en algunas dimensiones de “Uso de sustancias” no se obtiene estadísticos significativos por falta de información en los registros.

4. Resultado de Tratamiento Según modalidad Presencial y Online

Se utiliza la Prueba de U de Mann Whitney en base a Test de Shapiro que arroja distribución de la población no normal. En la dimensión de uso de sustancias, se observa que en las dimensiones: “alcohol, promedio tragos al día” y “alcohol 28 días, total” se presenta una diferencia estadísticamente significativa entre la modalidad de tratamiento presencial versus la modalidad online (p-value= 0.00055 para ambas dimensiones) al egreso donde, el 85.71% de los(as) participantes en modalidad presencial (2019) indico que ceso su consumo versus un 80% en modalidad online (2020-2021) que refiere que no ingirió alcohol.

En la dimensión Salud y funcionamiento social en “*Estado Salud Psicológica*”, se exhibe una diferencia estadísticamente significativa con un p-value= 0.00055 donde, el 85.71% de lo(as) usuario(as) en modalidad presencial registra una puntuación 0, en comparación al 40% de participantes en modalidad online que indico 20 puntos. Asimismo, en “días trabajados, 28 días total” se presenta un p-value= 0.00055. En “*Estado Salud física*” se exhibe diferencias estadísticamente significativas con un p-value= 0.00055 donde, un 14.29% de lo(as) usuario(as) en modalidad presencial (2019) refiere 7 puntos en contraste con un 25% de participantes en modalidad online (2020-2021) que indico 10 puntos. En “*Calidad de vida*” se exhibe un p-value= 0.00055, el 14.29% de lo(as) participantes en modalidad online (2019) indican 12 puntos, en comparación al 16.67% en modalidad online (2020-2021) que refiere 15 puntos.

En cuanto a la dimensión “Motivo de egreso de tratamiento” igualmente se observa una diferencia estadísticamente significativa entre modalidades de tratamiento presencial y online con p-value=0.00012 donde, el 88.89% del año 2019 egreso mediante alta terapéutica, en contraste con un 45.45% del año 2020 y 50% del año 2021 Respecto a la dimensión Evaluación al egreso de tratamiento, en las dimensiones “*Evaluación de proceso de tratamiento*” se exhibe una diferencia estadísticamente significativa con un p-value= 0.01827. destacando con un 77.78% de lo(as) participantes del año 2019 quienes registraron un logro alto, en comparación con 63.64% del año 2020 quienes, obtuvieron un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 que registro un logro alto.

De manera análoga en las dimensiones “Evaluación de relaciones interpersonales”, “Evaluación de situación ocupacional”, “Evaluación de salud mental” y “Evaluación de salud física” se obtiene observa una diferencia estadísticamente significativa entre modalidades de tratamiento presencial y online, con un p-value=0.01827. Al igual que para la dimensión “Evaluación de transgresión a la normal social”, con un p-value=0.00012 destacando a la población usuaria en modalidad presencial (2019) donde, el 88.89% obtuvo un logro alto, en contraste con el 63.64% del año 2020 y 75% del año 2021 lo cual; demuestra que mediante una modalidad de tratamiento presencial lo(as) usuario(as) al mantener un contacto físico con el equipo profesional el cual, favorece al vínculo terapéutico presentarían menores índices de actos delictuales y por ende una mejor evaluación en lo que concierne a este ítem

5. Cambios en el uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social según modalidad Presencial y Online.

Respecto al Promedio de uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social al Ingreso, Tratamiento y al Egreso, según modalidad de tratamiento presencial (2019) u online (2020 y 2021), se destaca la dimensión “alcohol promedio tragos al día” donde, el grupo de usuarios(as) ingresados en modalidad presencial (2019) en su ingreso registraron un promedio de 6.77 tragos y al egreso 1.14 tragos; en comparación a los(as) usuarios(as) ingresados en modalidad online (2020 y 2021) quienes, en su ingreso refirió una disminución en el promedio de tragos de alcohol diario de 5.45 y en su egreso 0.4.

En Transgresión a la norma social en las dimensiones “hurto”, “riña” y “otra acción” para ambas modalidades de tratamiento no se registran episodios, sin embargo, en la dimensión robo y venta de drogas en la modalidad de tratamiento online un usuario señaló haber cometido el hecho durante el ingreso.

En Salud y funcionamiento social, en la dimensión “estado de salud psicológica” en la modalidad presencial lo(as) usuarios registraron en su ingreso en promedio 8.77 puntos. Para la modalidad online el promedio es de 7.18 puntos, reflejando una menor calidad de salud psicológica.

Respecto a la diferencia entre valores promedios obtenidos al momento del “Ingreso” y “Egreso” en la dimensión uso de sustancias según modalidad de tratamiento presencial y online, en la dimensión “alcohol promedio tragos al día”, se obtiene 6.25 tragos de consumo de diferencia, para para la “marihuana 28 días, total” se observan 2.33 días de diferencia, y en “pasta base, 28 días, total”, un promedio de 3.25 días de diferencia según modalidad de tratamiento presencial y online.

En lo relativo al egreso de tratamiento, según modalidad de tratamiento presencial (2019) y modalidad online (2020-2021) en la dimensión uso de sustancias “alcohol, promedio tragos al día” de la población usuaria del año 2019 (n=7; 58.33% del total), un 85.71% indica que no bebió, seguido por el 14.29% que señala ingerir 8 tragos. El 100% refiere que no ha consumido marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes o alguna otra sustancia. En cuanto, al grupo de usuario(as) que ingresaron a un tratamiento online durante los años 2020 y 2021 (n=5; 41.67% del total), un 80% refiere que no bebió y el 100% refiere que no ha consumido marihuana, pasta base, cocaína, sedantes o tranquilizantes o alguna otra sustancia. En la transgresión a la normal social el total de la población ingresada en tratamiento modalidad presencial (n=7; 58.33% del total) y online (n=5; 41.67% del total) no registra en su egreso episodios de hurto, robo, venta de drogas, riña, violencia

intrafamiliar u otra acción. En Salud y funcionamiento social en tratamiento en modalidad presencial (2019) en “Calidad *de vida*” un 85.71% indica una puntuación de 0 seguido por un 14.29% que señala de 12 puntos y modalidad online (2020-2021) un 40% registra 15 puntos.

6.2 Discusión

En razón a los objetivos propuestos del estudio, se trabajó con una muestra de 32 usuarios(as) pertenecientes a la comunidad terapéutica de rehabilitación de adicciones “La Casa Chica” ingresados el año 2019 con una modalidad de tratamiento presencial e ingresado el año 2020 y 2021 en modalidad online. quienes, contaban con los criterios de inclusión anteriormente descritos en la investigación.

En cuanto a la etapa que compete el presente estudio, se debe comprender que la adultez “es el momento del curso de vida donde la población mayoritariamente forma familia, se reproduce, crea lazos afectivos, establece convivencia y concentra el mayor peso productivo del país.” (Ministerio de Salud, 2018, p. 22). En el presente estudio, se destaca que el 43.75% total de la población fluctúa entre los 40 y 50 años de edad y el 81.25% de lo(as) usuarios(as) se identifica del sexo masculino, lo que tiene relación con las investigaciones empíricas donde, gran parte de usuario(as) que ingresan a tratamiento por trastorno por consumo de sustancias son hombres.

En cuanto a su situación ocupacional del 62.5% que indica estar trabajando, un 30% ejecuta un trabajo no calificado. Esto se asocia con los determinantes sociales de salud, asumiéndolo como un determinante intermedio que influye en las condiciones de vida de lo(as) usuario(as), definiendo una posición socioeconómica ante el acceso a los recursos. Es por lo anterior, la importancia de promover en lo(as) usuario(as) acciones de integración social y laboral.

El 37.5% de los(as) usuarios(as) pertenece a familias de tipo nuclear en donde ante el consumo de algún miembro de ella, ésta se ve afectada, siendo comprometido su funcionamiento. Rowe (2013) precisa que “los conflictos familiares, el bajo apoyo familiar, el consumo de drogas entre los otros miembros de la familia, y el estrés de los padres, han demostrado contribuir a la recaída después del tratamiento por consumo de drogas” (p.25), se refuerza por tanto la necesidad de integrar el sistema familiar en las estrategias terapéuticas.

El 96.88% de la población presenta un diagnóstico de dependencia a drogas definido por el CIE-10. Esto, es congruente con lo encontrado por Jenny García y Méndez (2014, p.9) que en su estudio reporta que el 98.3% de los sujetos evaluados presentan dependencia de sustancias.

En cuanto a la patología dual, del 18.75% de lo(as) usuario(as) que lo registran, un 50% presenta un trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, sin especificación. Esto es consistente con lo que plantea Torrens (2008, p.316) quien precisa que en los últimos años, se ha evidenciado “la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos ..., situándose entre el 15 y el 80%”.

Asimismo, se identifica la falta de investigaciones de comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en nuestro país donde, en concordancia con Jenny García y Méndez (2014, p.13) la comorbilidad es frecuente y “resalta la importancia de que las instituciones tengan facilidades para que esta población pueda ser atendida con el fin de mejorar el pronóstico”. Torrens (2008, p.315) señala que, pese a la relevancia de efectuar tratamiento en los casos de

patología dual, ha sido uno de los puntos más conflictivos puesto que, conlleva la necesidad de proporcionar terapias efectivas desde abordajes farmacológicos y psicológicos. A la vez, en usuarios(as) con patología dual, presentan una mayor gravedad desde una perspectiva clínica y social (Torrens, 2008, p. 315).

En cuanto a la edad de inicio de consumo de sustancias el 46.88% de la población total de estudio fluctúa entre los 8 a 15 años de edad, donde, el 59.38% inició con el consumo de alcohol.

Respecto a la sustancia principal de ingreso de tratamiento, del total de la población usuaria se destaca el consumo de alcohol con un 50%, concentrando un 43.75% al año 2021. Esto es concordante con el estudio del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021c) en donde un 22.2% de lo(as) encuestados informa haber consumido más alcohol en el año 2021 (p. 5) como resultado de las restricciones del COVID-19, en comparación con antes de la aparición de la pandemia. Asimismo, en segundo lugar, con 34.38% del total de la población se exhibe el consumo de pasta base, destacando con un 45.45% la población ingresada el año 2019, seguido un 9.38% de consumo de cocaína concentrando el 66.67% al año 2021.

De acuerdo con los resultados del estudio del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021c) se informa un 36.5% de personas que indican haber consumido más en el año 2021, como resultado de las restricciones del covid-19 (p. 23).

De acuerdo a los estudios analizados en la presente investigación, es posible mencionar los escasos estudios relacionados al consumo de sustancias en contexto de COVID-19. Especialmente en personas con trastorno por consumo de sustancias. De acuerdo con Valero et al (2020, p. 67) “la manera de responder a la pandemia puede depender de sus antecedentes, el apoyo social de familiares y amigos, su situación financiera, sus antecedentes emocionales y de salud, la comunidad en la que vive y muchos otros factores”. Según Yao et al (2020), el desconocimiento del impacto de la pandemia en esta población aumentará las desigualdades en salud ya existentes (p. 21).

En cuanto al motivo de egreso de tratamiento, para el total de la población, el 62.5% fue egresado por alta terapéutica, un 20.83% realizó abandono de su tratamiento. En el estudio de Garmendia et al. (2008, p.175), el 34% de los sujetos efectuaron abandono voluntario.

Respecto a la evaluación de egreso de tratamiento en “*evaluación de proceso terapéutico*”, referido a patrón de consumo, situación familiar, relaciones interpersonales, situación ocupacional, salud mental, salud física y transgresión a la norma social, el 58.33% del total de la población registró un logro alto. Se destaca al grupo del año 2019 (modalidad presencial), con un 77.78%. Este grupo, de acuerdo con la modalidad presencial mantuvo un contacto directo con el equipo profesional. Este contacto directo favorece el vínculo terapéutico profesional-paciente, acceden a talleres de intervención en grupo junto con sus compañero(as) y referentes familiares. El grupo de modalidad online para el año 2020 el 54.55% registro un logro intermedio y para el año 2021 el 75% de lo(as) participantes obtuvo un logro alto.

En el análisis entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con “Motivo de egreso de tratamiento”, no se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas. Asimismo, las autoras

Jenny García y Méndez (2014) plantean en su estudio que en usuarios en tratamiento ambulatorio no encontraron factores asociados estadísticamente con el abandono temprano, sin embargo, señalan una tendencia entre los usuarios con un diagnóstico de trastorno de la personalidad (OR= 3,82; IC95%).

En cuanto, al instrumento TOP aplicado en los(as) usuario(as) al momento del ingreso, tratamiento (3-6 meses) y egreso en la dimensión "Uso de sustancias" en "alcohol, promedio tragos al día" se extrae que del total de la población usuaria ingresada el 2019 en tratamiento presencial en su ingreso ingería en promedio 6.77 tragos, al día, disminuyendo a 0 en fase tratamiento y registrando al egreso 1.14 tragos. En cuanto, al registro de 1.14 tragos en promedio, se debe considerar que las recaídas se presentan en todo tratamiento y en concordancia con los autores Prochaska et al. (1994) estas acciones "ocurre frecuentemente a medida que los individuos intentan modificar o cesar su comportamiento adictivo" (p. 6). En contraste con el grupo del año 2020 en modalidad online, al ingreso indica un promedio de 8.1 tragos, aumentado en periodo de tratamiento a 3.16, registrando 0.5 al egreso. Para el año 2021 en modalidad online lo(as) usuario(as) al ingreso señalaron en promedio 3.25 tragos, en tratamiento 0.5 y al egreso nulo consumo de alcohol. En relación a las etapas o estadios de cambio del modelo transteórico, y de acuerdo con los autores Prochaska et al. (1994) "la progresión lineal es un fenómeno posible, pero, relativamente raro en los comportamientos adictivos." (p. 6).

En relación con el Modelo Transteórico del Cambio, los(as) usuarios(as) al ingresar a tratamiento transcurren por un proceso de cambio definido como las "actividades y experiencias cubiertas y abiertas con las que los individuos se comprometen cuando intentan modificar los problemas de comportamiento" (Caballero et al., 2015, p. 9). Estos cambios, están acompañados de procesos de cambio cognitivos como el aumento de la concienciación referido al procesamiento de la problemática asociada al consumo; autorrevaluación acerca del reconocimiento de los beneficios al abandonar el consumo, reevaluación ambiental sobre las relaciones interpersonales, alivio dramático y reevaluación social. (Caballero et al., 2015, pp. 248-249) De manera análoga estos cambios, están acompañados de procesos de cambio conductuales como como la autoliberación en relación a la capacidad para decidir orientado por un compromiso personal, manejo de contingencias mediante un hetero refuerzo que incrementa la posibilidad de que una determinada conducta como la abstinencia al consumo ocurra, relaciones de ayuda representadas en la existencia y utilización del apoyo social como facilitadoras del proceso de cambio de la conducta y contra condicionamiento con el objetivo de modificar la respuesta (cognitiva, fisiológica y/o motora) de los estímulos condicionados por el consumo de sustancias (Caballero et al., 2015, pp. 249-250).

Al asociar estas premisas teóricas con los hallazgos encontrados, respecto al ítem del TOP "Salud y funcionamiento social", en la dimensión "*Estado de salud psicológica*" referido a ansiedad, depresión o problemas emocionales, del total de la población usuaria ingresada el año 2019, en su ingreso refiere una calificación de 8.77 en promedio, durante su tratamiento señala un aumento de 17.5 pero, al egreso disminuye en 1.42 puntos, lo que se ha destacar puesto que, en concordancia con los autores Garmendia et al. (2008) una baja percepción del nivel de salud mental exhibe un riesgo del consumo (OR =1,20) (p. 173). En comparación al año 2020 lo(as) usuarios en su ingreso

indican una puntuación de 6.6 promedio, en fase de tratamiento 16 puntos y al egreso 13.25 puntos promedio. Para el año 2021 lo(as) participantes en su ingreso señalaron una calificación de 7.66 promedio, durante el tratamiento 15.16 y en su egreso a 15 puntos.

En cuanto a la comparación entre la modalidad de tratamiento -presencial u online- con el resultado de tratamiento al momento del egreso de lo(as) usuario(as), se destaca que la dimensión de uso de sustancias para “alcohol, promedio tragos al día” y “alcohol 28 días, total” se presentan diferencias estadísticamente significativas según la modalidad de tratamiento con un p-value= 0.00055 para ambos indicadores lo que, guarda relación con lo señalado por los(as) usuario(as) al egreso donde, el 85.71% de los(as) participantes en modalidad presencial (2019) indicó que cesó su consumo, en contraste con el 80% de lo(as) usuario(as) en modalidad online (2020-2021) que refiere que no ingirió alcohol, demostrando a su vez que un 20% de usuarios(as) en “alcohol, promedio tragos al día” indica que continuó su ingesta de 2 tragos en promedio al día una vez, finalizado su tratamiento. En razón a lo anterior, considerando que el consumo de alcohol corresponde a la sustancia principal de ingreso con un 50% del total de la población se podría concluir que mediante una modalidad de tratamiento presencial donde, lo(as) usuario(as) mantiene contacto directo con el equipo profesional y acceden a la totalidad de las prestaciones ofrecidas por la comunidad terapéutica tendrían mayor porcentaje de éxito al mantener su abstinencia de consumo de alcohol, versus en una modalidad online donde, se suspendieron diversos talleres en consecuencia de las medidas de distanciamiento social por el COVID-19.

En concordancia con lo anterior en Evaluación de egreso de tratamiento, en el indicador “*Evaluación del proceso terapéutico*” se muestra una diferencia estadísticamente significativa según la modalidad de tratamiento con un p-value= 0.01827 destacando con un 77.78% de lo(as) usuario(as) ingresados el año 2019 quienes obtuvieron un logro alto, en contraste con un 54.55% del año 2020 que registro un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 que obtuvo un logro alto.

Asimismo, en la dimensión Evaluación al egreso de tratamiento en “*Evaluación de salud mental*”, se presenta una diferencia estadísticamente significativa según modalidad presencial y online con un p-value=0.01827 destacando con un 77.78% de lo(as) participantes del año 2019 quienes registraron un logro alto, en comparación con 63.64% del año 2020 quienes, obtuvieron un logro intermedio y un 75% de lo(as) participantes del año 2021 que registro un logro alto. Lo anterior, particularmente con la población usuaria ingresada el año 2020 podría estar relacionado estrechamente con nuestro actual contexto sociosanitario puesto que, en contexto de desastres, se pueden “desencadenar problemas de salud mental o empeorarlos” (Organización Mundial de la Salud, 2013b, p. 2). Asimismo, según Huarcaya (2020) “se ha demostrado que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general” (p.333). No obstante, en personas con enfermedades de salud mental preexistentes como el trastorno por consumo de sustancias, podrían concurrir en recaídas o empeoramiento de su afección por el estrés en comparación a la población general (Yao et al., 2020, p. 21).

Se ha de señalar la ausencia de investigaciones tanto a nivel nacional como internacional acerca del resultado de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias respecto al cambio de modalidad

de tratamiento presencial a online alterando los modelos terapéuticos paradigmáticos en forma presencial a causa del contexto epidemiológico que ha modificado el normal funcionamiento de los servicios de atención en salud mental.

De acuerdo con Arena (2014) en el Trastorno por consumo de sustancias “el uso y abuso de drogas psicoactivas posee interconexión con varios determinantes sociales y debe ser enfrentado por medio de acciones y políticas que consideren su complejidad y las graves consecuencias que alcanzan en usuarios, familias y sociedad” (Arena, 2014, p. 110). Sin embargo, como sociedad no se ha dado una real importancia al consumo de sustancias y aún más en contexto de pandemia donde, los trastornos mentales causados por el consumo de sustancias se encuentran entre los problemas más desatendidos en el ámbito de la salud pública (p. 2) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013b) y tal como lo indica el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021e) el consumo de sustancias “aumenta la vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades, profundizando las inequidades” (párr. 1).

6.3 Limitaciones y Sugerencias

Una limitación importante fue la dificultad en el trabajo de campo. Este fue desarrollado en pleno periodo de pandemia, esta situación dificultó la obtención de los consentimientos para poder acceder a la información de la población usuaria. De un universo compuesto por 97 usuario(as), cuatro personas señalaron no poder participar por su extenso horario laboral, dos personas se encontraban bajo el consumo de sustancias según lo relatado por sus familiares; siete registraban contactos telefónicos equivocados; siete expresaron su deseo de no participar en el estudio y cuarenta y cinco no contestaban los llamados.

Asimismo, al momento de concretar la videollamada mediante la plataforma google meet junto el(a) ministro(a) de fé y el(a) participante para confirmar su deseo de participar en el estudio, ocurrió con alguno(as) usuario(as) que no se conectaban en el horario previamente acordado, requiriendo programar nuevamente una videollamada según la disponibilidad del(a) usuario(a) y ministro de fé. De la misma manera, en usuario(as) que presentaban alguna dificultad por conectarse vía online se requirió solicitar previamente una oficina a la Comunidad Terapéutica de rehabilitación de adicciones “La Casa Chica”, a fin de concretar la videollamada. De manera análoga, la gran limitación el estudio fue dado por la falta de información de los TOP aplicados en la población del estudio ya sea al momento del ingreso, tratamiento y egreso; como también la falta de información acerca de la evaluación al egreso de tratamiento del registro institucional, requiriendo utilizar pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis de la información.

Como investigadora considero relevante el desarrollo de nuevos estudios en función de la temática tratada a fin de brindar herramientas que contribuyan al tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en contexto de desastres acentuando sus implicancias y desafíos.

Por último, hubiera sido interesante realizar una comparación con otros centros de tratamiento de rehabilitación de adicciones tanto públicos como privados, con el fin de pesquisar similitudes en estos resultados, pudiendo contrastar grupos heterogéneos.

Bibliografía

- Andrades-Tobar, M., García, F., Concha-Ponce, P., Valiente, C., y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 26(1), 13-22.
- Antiporta, D., y Bruni, A. (2020). Desafíos, estrategias y oportunidades emergentes de salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19: perspectivas de los tomadores de decisiones de América del Sur. *Revista panamericana de salud pública* 44, 4. doi:10.26633/RPSP.2020.154
- Arena, C. (2014). Determinantes Sociales de la Salud y el uso de drogas psicoactivas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 10(3), 110.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., y Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *adicciones*, 29(3), 186-194.
- Arias, M. (2000). Consumo de sustancias y depresión. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, 1(4), 22-27.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp. 253-317). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Barchetti, I., Helman, J., Cao, J., Ojeda, D., Maldavsky, D., Arnedo, M., y Ferrara, F. (1988). Estudios sobre drogadicción. *Editorial Malabia: Buenos Aires, Argentina*, 13.
- Becerra, M., y Arteaga, F. J. (2017). Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial.
- Benyakar, M. (2002). Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 35(1), 3-25.
- Beynon, C., McMinn, A., y Marr, A. (2008). Factores que predicen el abandono y la retención en los servicios especializados en tratamiento por drogas: un estudio de casos y controles en el noroeste de Inglaterra. *BMC Public Health*, 8, 11. doi:10.1186/1471-2458-8-149
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. d. C., y Tizón García, J. L. (2020). Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención Primaria*, 52, 93-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
- Caballero, C., González, O., Martínez, I., y de la Torre, G. (2015). Capítulo 11. Efecto de un Programa de intervención psicoeducativa en los procesos y estadios de cambio en pacientes policonsumidores. En *Estudios Actuales En Psicología* (pp. 243- 268).
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista facultad nacional de salud pública*, 18(2).
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: La familia. *Salud y drogas*, 1(1), 45-56.
- Canals, M., Cuadrado, C., Canals, A., Yohannessen, K., Lefio, L., Bertoglia, M., . . . Arteaga, O. (2020). Tendencia de la epidemia, respuesta de salud pública y capacidad del sistema de salud: la experiencia de Chile en cuatro meses de pandemia por COVID-19. *BULL PAN AM HEALTH ORGAN*, 44, 1-8. doi:10.26633/rpsp.2020.99
- Carvalho, D., Landmann, C., Azevedo, M., Saar, C., Eloah, Í., Borges, P., . . . Gracie, R. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Villagrà, P., Hoffman, S., y Reinhard, I. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 135-144.

- Castillo-Carniglia, Á., Marín, J., Soto-Brandt, G., Donoso, M., Piñol, D., San Martín, J., . . . Portilla Huidobro, R. (2015). Adaptación y validación del perfil de resultados del tratamiento del instrumento a la población chilena. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *56*, 39-47. doi:10.1016/j.jsat.2015.03.002
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final. In. Geneva: World Health Organization.
- Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones "La Casa Chica". (2021). Manual de Tratamiento Comunidad Terapéutica "La Casa Chica" Unidad de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Las Higueras. 51.
- Cova, F., y Rincón, P. (2010). El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Terapia psicológica*, *28*(2), 179-185.
- de la Barra, F., y Silva, H. (2010). Desastres y salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *48*(1), 7-10.
- Deza Villanueva, S. (2013). Intervención psicológica con mujeres víctimas de desastres naturales. *Consensus*, *18*(1/2), 9-20. doi:10.33539/consensus.2014.v18n1.950
- Dolengevich, H., Rodríguez, B., Mora, F., y Quintero, J. (2015). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *11*(86), 5137-5143. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.003>
- Fabelo, J., glesias, S. I., y Gómez, A. (2020). Psicología, adicciones y COVID-19: lecciones aprendidas para la recuperación y afrontamiento a otras situaciones críticas. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, *11*(1), 902.
- Farhoudian, A., Baldacchino, A., Clark, N., Gerra, G., Ekhtiari, H., Dom, G., . . . Razaghi, E. M. (2020). COVID-19 y trastornos por uso de sustancias: recomendaciones para una respuesta integral de la atención médica. Documento de posición del grupo de interés sobre prácticas y políticas de la Sociedad Internacional de Medicina de las Adicciones. *Basic and Clinical Neuroscience Journal*, *11*(2), 133-146. doi:10.32598/bcn.11.covid19.1
- Flecher, Y., Rodríguez-Góngora, J., y Rodríguez-Rodríguez, J. (2020). Modelo transteórico de cambio: Propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, *1*(3).
- Flórez, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, *4*, 79-98.
- Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna Sanchez, S. E., Mazo-Zea, R., Ortiz-Torres, B., Penagos-Corzo, J., . . . Morgan Consoli, M. (2020). Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, *8*, 333-352.
- García-Real, J., García-Silgo, M., Conejo-García, M., Samper-Lucena, E., Torrejón-Correa, C., Cerezo-Ureta, J., . . . Ruíz-Espinosa, J. (2020). La psicología militar en la prevención de salud mental durante la pandemia por SARS-Cov-2. *Sanidad Militar*, *76*(2), 118-125. doi:10.4321/S1887-85712020000200012
- García, J., y Méndez, M. (2014). Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *43*(1), 7-17. doi:[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)70037-X](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)70037-X)
- García, J., y Vélez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, *15*, 731-742.
- García, L., de la Fuente, L., Sáiz, P., García, M. P., y Bobes, J. (2020). ¿ Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *adicciones*, *32*(2), 85-89.

- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178.
- Gerrity, E. T., y Flinn, B. W. (2000). Consecuencias de los desastres en la salud mental. En E. K. Noji (Ed.), *IMPACTO DE LOS DESASTRES EN LA SALUD PUBLICA* (pp. 101-111). Bogotá, D.C., Colombia.
- Gómez, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en los síntomas de salud mental y actuaciones de fisioterapia. *Fisioterapia*, 43(1), 4.
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., y Shi, Z.-L. (2021). Características de SARS-CoV-2 y COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 141-154. doi:10.1038/s41579-020-00459-7
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. doi:10.17843/rpmesp.2020.372.5419
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.02.005>
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., y Miranda, A. (2015). Intervenciones Humanitarias para la Recuperación del Trauma con Terapia EMDR en Latinoamérica y el Caribe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), E69-E78.
- Leiva-Gutiérrez, J., y Urzúa, A. (2018). Craving en adicciones conductuales: propuesta de un modelo teórico explicativo en la adicción a Facebook y mensajería instantánea. *Terapia psicológica*, 36(1), 5-12.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104-111. doi:[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74552-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74552-5)
- Mae, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., y Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 213-231.
- Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., . . . Medina-Mora, M. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36(6), 471-479.
- Ministerio de Salud. (2000). Programa de Salud Mental y Psiquiatría. 13.
- Ministerio de Salud. (2018). Enfoque de Curso de Vida y Salud Mental. En *Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud* (pp. 22).
- Ministerio de Salud. (2022). Casos confirmados en Chile COVID-19. Recuperado de <https://www.minsal.cl/covid-19-se-reportan-4-155-casos-nuevos-y-125-de-positividad-a-nivel-nacional/>
- Ministerio de Salud. (2023). Casos confirmados en Chile COVID-19. Recuperado de <https://www.gob.cl/pasoapaso/cifrasoficiales/>
- Ministerio de Salud, y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2012). Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL.
- Minuchin, S., y Fishman, H. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México: Editorial Piados.
- Monreal, C., Macarro, M., y Muñoz, L. (2001). El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Eúphoros*(3), 97-112.

- National Institute on Drug Abuse. (2019). Entendiendo el uso de drogas y la adicción. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>
- Noria, S., Bachini, J., y Ramos, M. (2020). Coronavirus y sistema cardiovascular. [Coronavirus e sistema cardiovascular
Coronavirus and cardiovascular system]. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 35(2), 221-226. doi:10.29277/cardio.35.2.13
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. *Organización Mundial de la Salud*, 99.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004). Clasificación internacional uniforme de ocupaciones. Recuperado de <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/isco88/9.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 54.
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. Recuperado de https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/WHO%20%282013%29%20Building%20Back%20Better-%20executive%20summary_spanish_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Mundial de la Salud. (2020c). Preguntas frecuentes sobre los nuevos coronavirus. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*.
- Ortiz, N., y Silva, M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(SPE), 903-911. doi:10.1590/s0104-11692005000700019
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), 333-334.
- Pierrri, G. (2007). Familia y drogodependencia. *Clínicas Pediátricas del Sur* (1), 70-75.
- Ponciano, M. (2020). Adicciones en la época de la COVID-19. *Salud Pública*, 3, 6-9.
- Portilla, R., Lozier, M., y Oliva, M. (2016). Informe Resultados: Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP). 10.
- Prochaska, J., DiClemente, C., y Norcross, J. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET: revista de toxicomanías*(1), 3-14.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., y Xu, Y. (2020). Una encuesta a nivel nacional sobre la angustia psicológica entre los chinos en la epidemia de COVID-19: implicaciones y recomendaciones de políticas. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- Ramírez-Pereira, M., Pérez Abarca, R., y Machuca-Contreras, F. (2020). Políticas públicas de promoción de salud en el contexto del Covid-19, en Chile, una aproximación desde el análisis situacional. *Global Health Promotion*, 1757975920978311. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1757975920978311>

- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., y Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. 1-21.
- Ribot Reyes, V. d. I. C., Chang Paredes, N., y González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19.
- Ribot, V. d. I. C., Chang, N., y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, 1-11.
- Rowe, C. L. (2013). Terapia familiar por consumo de drogas: revisión y actualizaciones, 2003-2010. *RET: revista de toxicomanías*(70), 24-44.
- Samuel, D., LaPaglia, D., Maccarelli, L., Moore, B., y Ball, S. (2011). Trastornos de la personalidad y retención en una comunidad terapéutica por dependencia de sustancias. *The American Journal on Addictions*, 20(6), 555-562.
- San Juan Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- San Martín, P. (2020). Efectos del aislamiento social y la cuarentena sobre el bienestar subjetivo de los chilenos durante el brote de COVID-19.
- Santos de Pascual, A., Saura-Garre, P., y López-Soler, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3), 443-450.
- Serfaty, E. (2011). Patología dual. Comorbilidad trastorno psiquiátrico y consumo de sustancias psicoactivas. *Psicofarmacología (B. Aires)*, 17-24.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021a). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Para un Chile que Elige Vivir sin Drogas*. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021b). ¿Quiénes somos? Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/send/quienes-somos/>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021c). Segunda encuesta sobre los efectos del covid-19 en el consumo de alcohol y otras drogas en Chile. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/director-nacional-da-a-conocer-resultados-de-segunda-encuesta-sobre-los-efectos-del-covid-19-en-el-consumo-de-alcohol-y-otras-drogas-en-chile/>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021d). Términos N a la S. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/informacion-sobre-drogas/conoce-mas-sobre-las-drogas/glosario/terminos-n-a-la-s/>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021e). Tratamiento ¿Qué es? Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/tratamiento/que-es/>
- Solar, O., y Irwin, A. (2010). Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de debate 2 sobre los determinantes sociales de la salud (Política y práctica). In. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Tate, S., Mrnak-Meyer, J., Shriver, C., Atkinson, J., Robinson, S., y Brown, S. (2011). Predictores de retención de tratamiento para adultos dependientes de sustancias con depresión concurrente. *The American Journal on Addictions*, 20(4), 357-365.
- Tello, Á. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *Liberaddictus*(97), 14-18.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Martín, A. d. I. F., y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277.

- Tenorio, J., y Marcos, J. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del psicólogo*(77), 58-63.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J., y Ventriglio, A. (2020). El brote del coronavirus COVID-19 y su impacto en la salud mental mundial. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764020915212.
- Toro, L., Parra, A., y Alvo, M. (2020). Epidemia de COVID-19 en Chile: impacto en atenciones de Servicios de Urgencia y Patologías Específicas. *Revista médica de Chile*, 148(4), 558-560.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *adicciones*, 20(4), 315-319.
- Valero, N., Vélez, M., Duran, Á., y Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, M., y Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74.
- Villalobos, P., Browne, J., y Madero-Cabib, I. (2020). No es solo mortalidad: un llamado de Chile para respuestas integrales de política COVID-19 entre las personas mayores. . *The Journals of Gerontology: Series B*. doi:10.1093/geronb/gbaa092
- Villaverde, A., Fernández, M., San Narciso, G., y Povedano, E. (2020). Adicciones Durante El Confinamiento Por El Covid-19 En Asturias. *Psicosomática y Psiquiatría*(15), 12.
- Vindegaard, N., y Benros, M. (2020). Consecuencias de la pandemia y la salud mental del COVID-19: revisión sistemática de la evidencia actual. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048
- Wardell, J., Kempe, T., Rapinda, K., Single, A., Bilevicius, E., Frohlich, J., . . . Keough, M. (2020). Beber para sobrellevar la pandemia de COVID-19: el papel de los factores externos e internos en el afrontamiento de las vías motrices del consumo de alcohol, el consumo solitario de alcohol y los problemas con el alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/acer.14425>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- World Health Organization. (2010). Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. In (pp. 76). Geneva: World Health Organization.
- Wu, D., Wu, T., Liu, Q., y Yang, Z. (2020). El brote de SARS-CoV-2: lo que sabemos. *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 44-48.
- Wu, Y.-C., Chen, C.-S., y Chan, Y.-J. (2020). El brote de COVID-19: una descripción general. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA*, 83(3), 217-220. doi:10.1097/JCMA.0000000000000270
- Xiao, C. (2020). Un nuevo enfoque de consulta sobre el nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19): problemas psicológicos y mentales relacionados: terapia de letras estructuradas. *Psychiatry investigation*, 17(2), 175-176. doi:10.30773/pi.2020.0047
- Yao, H., Chen, J., y Xu, Y. (2020). Pacientes con trastornos de salud mental en la epidemia de COVID-19. *Lancet Psychiatry*, 7. doi:10.1016/s2215-0366(20)30090-0.
- Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94.

Anexos

Anexo 1: Matriz de recolección de datos

Pregunta	Variable	Categoría	Subcategoría	Código	Columna	
Identificación	Id			1-32	1-2	
1. Año de ingreso a tratamiento	año	2019		1	3	
		2020		2		
		2021		3		
2. Meses en tratamiento	mes	6 a 28		6- 28	4-5	
		No responde		-9		
3. Origen de ingreso	ori	Consulta espontánea		1	6	
		Estab. de APS		2		
		Otro centro de tratamiento de drogas.		3		
		Otros de la red de salud general público		4		
		Trabajo (empresa o empleador)		5		
		No responde		-9		
4. Tratamientos anteriores	tan	Si		1	7	
		No		2		
		No responde		-9		
	ctan	Cuántos		1	1	8
				2	2	
				3	3	
				4	4	
			No corresponde		-8	
			No responde		-9	
5. Sexo	sex	Femenino		1	9	
		Masculino		2		
		No responde		-9		
6. Edad en años cumplidos	ed	20 a 59		20-59	10-11	
		No responde		-9		
7. Estado Civil	civ	Soltero(a)		1	12	
		Conviviente civil		2		
		Casado(a)		3		
		Divorciado(a)		4		
		Viudo(a)		5		
		No responde		-9		
8. Nivel de escolaridad	esc	Enseñanza básica incompleta		1	13	

		Enseñanza básica completa		2		
		Enseñanza media incompleta		3		
		Enseñanza media completa		4		
		Enseñanza téc. Superior incompleta		5		
		Enseñanza téc. Superior completa		6		
		Enseñanza univ. Incompleta		7		
		Enseñanza univ. Completa		8		
		Sin estudios		9		
		No responde		-9		
9. Condición ocupacional	ocu	Trabaja actualmente		1	14	
		Cesante		2		
		Estudia		3		
		Sin actividad		4		
		No responde		-9		
	rub	Rubro	Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros		1	15
			Ocupación no bien especificada		2	
			Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios		3	
			Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores		4	
			Personal de apoyo administrativo		5	
Profesionales, científicos e intelectuales				6		
Técnicos y				7		

			profesionales de nivel medio		
			Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado	8	
			Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales)	9	
			No corresponde	-8	
			No responde	-9	
10. Tenencia de la vivienda	tvi	Propia		1	.16
		Paga dividendo		2	
		Arrenda		3	
		Allegado(a)		4	
		Otro		5	
		No responde		-9	
11.Composición familiar	com	Solo(a)		1	17
		Únicamente con pareja		2	
		Únicamente con hijos		3	
		Únicamente con padres o familia de origen		4	
		Únicamente con la pareja e hijos		5	
		Únicamente con la pareja y padres o familia de origen		6	
		Únicamente con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen		7	
		Otros		8	
		No responde		-9	
12.Tipo Familia	tif	Familia unipersonal		1	18
		Familia Pax de deux		2	
		Familia monoparental		3	
		Familia nuclear		4	
		Familia extensa		5	
		Unidad doméstica		6	
		No responde		-9	
		13. Tiene hijo(as)	hij	Si	
No				2	

		No responde		-9	
	chij	Cuántos	1	1	20
			2	2	
			3	3	
			4	4	
			No responde	-8	
			No responde	-9	
14. Parentesco con jefe(a) de hogar	pjh	Jefe(a) de hogar		1	21
		Espos(a) o cónyuge		2	
		Hijo(a) solo del(a) jefe(a) de hogar		3	
		Hijo(a) de ambos		4	
		Cuñado(a)		5	
		Padre o madre		6	
		Yerno o nuera		7	
		Otro Pariente		8	
		No responde		-9	
15. Diagnóstico de Trast. Consumo de sustancias	tcs	Consumo Perjudicial		1	22
		Dependencia		2	
		No responde		-9	
16. Patología Dual	pad	Si		1	23
		No		2	
		No responde		-9	
	cpad	Cuál	Trast. de la personalidad y del comportamiento en adultos – Trast. mixtos y otros de la personalidad	1	24
			Trast. de la personalidad y del comportamiento en adultos – sin especificación	2	
			Trast. de la personalidad y del comportamiento en adultos – Trast. de los hábitos y de los impulsos	3	
			Trast. del humor	4	

			(afectivos) – Trast. afectivo bipolar		
			No responde	-9	
17. Consumo de sustancias	cs1	Alcohol	Si	1	25
			No	2	
			No responde	-9	
	cs2	Marihuana	Si	1	26
			No	2	
			No responde	-9	
	cs3	Pasta Base	Si	1	27
			No	2	
			No responde	-9	
	cs4	Cocaína	Si	1	28
			No	2	
			No responde	-9	
	cs5	Sedantes o tranquilizantes	Si	1	29
			No	2	
			No responde	-9	
	cs6	Otra sustancia	Si	1	30
			No	2	
			No responde	-9	
18. Consumo de sustancia de inicio	csi	Alcohol		1	31
		Marihuana		2	
		Pasta Base		3	
		Cocaína		4	
		Sedantes o tranquilizantes		5	
		Otra sustancia		6	
		No responde		-9	
19. Edad de inicio de consumo de sustancias	ecs	8 a 33		8-33	32-33
		No responde		-9	
20. Consumo de sustancia principal	sup	Alcohol		1	34
		Marihuana		2	
		Pasta Base		3	
		Cocaína		4	
		Sedantes o tranquilizantes		5	
		Otra sustancia		6	
		No responde		-9	
21. Edad de inicio de consumo de sustancia principal	esp	8 a 45		8-45	35
		No responde		-9	
22. TOP Ingreso Uso de	itop	TOP de ingreso	Si	1	36

sustancias			No	2	
			No responde	-9	
	iohp	Alcohol promedio tragos al día	Promedio	0 – 7	37
			No responde	-9	
	ioht	Alcohol total	Total	0 – 28	38-39
			No responde	-9	
	ithcp	Marihuana promedio pitos al día	Promedio	0-7	40
			No responde	-9	
	ithct	Marihuana total	Total	0 – 28	41-42
			No responde	-9	
	ipbcp	Pasta base promedio papelillos al día	Promedio	0-7	43
			No responde	-9	
	ipbct	Pasta Base total	Total	0 – 28	44-45
			No responde	-9	
	icocp	Cocaína promedio Gramos al día	Promedio	0 – 7	46
			No responde	-9	
	icoct	Cocaína Total	Total	0 – 28	47-48
			No responde	-9	
ibzdp	Sedantes o tranquilizantes promedio comprimidos al día	Promedio	0 – 7	49	
		No responde	-9		
ibzdt	Sedantes o tranquilizantes total	Total	0 – 28	50-51	
		No responde	-9		
iotrp	Otra sustancia promedio medida al día	Promedio	0 – 7	53	
		No responde	-9		
iotrt	Otra sustancia total	Total	0 – 28	54-55	
		No responde	-9		
23.Transgresión a la norma social	inor1	Hurto	Si	1	56
			No	2	
			No responde	-9	
	inor2	Robo	Si	1	57
			No	2	
			No responde	-9	
	inor3	venta de drogas	Si	1	58
			No	2	
			No responde	-9	
	inor4	Riña	Si	1	59
			No	2	
			No responde	-9	
	inor5t	Violencia intrafamiliar	Total	0-28	60-61

			No responde	-9	
	inor6	Otra acción	Si	1	62
			No	2	
			No responde	-9	
24.Salud y funcionamiento social	isalf1	<i>Estado de Salud psicológica</i>	Total	0 -20	63-64
			No responde	-9	
	isalf2	Días trabajados	Total	0 – 28	65-66
			No responde	-9	
	isalf3	Días estudios	Total	0-28	67-68
			No responde	-9	
	isalf4	<i>Estado de Salud Física</i>	Total	0 – 20	69-70
			No responde	-9	
	isalf5	Lugar para vivir	Si	1	71
			No	2	
			No responde	-9	
	isalf6	Vivienda básica	Si	1	72
			No	2	
			No responde	-9	
isalf7	<i>Calidad de vida</i>	Total	0 – 20	73-74	
		No responde	-9		
25. TOP Tratamiento 3 a 6meses Uso de sustancias	ttop	TOP de tratamiento	Si	1	75
			No	2	
			No responde	-9	
	tohp	Alcohol promedio tragos al día	Promedio	0 – 7	76
			No responde	-9	
	toht	Alcohol total	Total	0 – 28	77-78
			No responde	-9	
	tthcp	Marihuana promedio pitos al día	Promedio	0 – 7	79
			No responde	-9	
	tthct	Marihuana total	Total	0 – 28	80-81
			No responde	-9	
	tpbcp	Pasta base promedio papelillos al día	Promedio	0 – 7	82
			No responde	-9	
	tpbct	Pasta Base total	Total	0 – 28	83-84
			No responde	-9	
	tcocp	Cocaína promedio Gramos al día	Promedio	0 – 7	85
			No responde	-9	
	tcoct	Cocaína Total	Total	0 – 28	86-87
			No responde	-9	
	tbzdp	Sedantes o tranquilizantes	Promedio	0 – 7	88
No responde			-9		

		promedio comprimidos al día			
	tbzdt	Sedantes o tranquilizantes total	Total	0 – 28	89-90
			No responde	-9	
	totrp	Otra sustancia promedio medida al día	Promedio	0 – 7	91
			No responde	-9	
	totrt	Otra sustancia total	Total	0 – 28	92-93
			No responde	-9	
26. Transgresión a la norma social	tnor1	Hurto	Si	1	94
			No	2	
			No responde	-9	
	tnor2	Robo	Si	1	95
			No	2	
			No responde	-9	
	tnor3	venta de drogas	Si	1	96
			No	2	
			No responde	-9	
	tnor4	Riña	Si	1	97
			No	2	
			No responde	-9	
	tnor5t	Violencia intrafamiliar	Total	0-28	98-99
			No responde	-9	
	tnor6	Otra acción	Si	1	100
No			2		
No responde			-9		
27. Salud y funcionamiento social	tsalf1	Estado de Salud psicológica	Total	0 -20	101-102
			No responde	-9	
	tsalf2	Días trabajados	Total	0 – 28	103-104
			No responde	-9	
	tsalf3	Días estudios	Total	0-28	105-106
			No responde	-9	
	tsalf4	Estado de Salud Física	Total	0 – 20	107-108
			No responde	-9	
	tsalf5	Lugar para vivir	Si	1	109
			No	2	
			No responde	-9	
	tsalf6	Vivienda básica	Si	1	110
			No	2	
			No responde	-9	
tsalf7	Calidad de vida	Total	0 – 20	111-112	
		No responde	-9		
28. TOP Egreso	etop	TOP de egreso	Si	1	113

Uso de sustancias			No	2	
			No responde	-9	
	eo hp	Alcohol promedio tragos al día	Promedio	0 – 7	114
			No responde	-9	
	eo ht	Alcohol total	Total	0 – 2	115-116
			No responde	-9	
	eth cp	Marihuana promedio pitos al día	Promedio	0 – 7	117
			No responde	-9	
	eth ct	Marihuana total	Total	0 – 2	118-119
			No responde	-9	
	ep bc p	Pasta base promedio papelillos al día	Promedio	0 – 7	120
			No responde	-9	
	ep bc t	Pasta Base total	Total	0 – 2	121-122
			No responde	-9	
	ec oc p	Cocaína promedio Gramos al día	Promedio	0 – 7	123
			No responde	-9	
	ec oc t	Cocaína Total	Total	0 – 2	124-125
			No responde	-9	
eb zd p	Sedantes o tranquilizantes promedio comprimidos al día	Promedio	0 – 7	126	
		No responde	-9		
eb zd t	Sedantes o tranquilizantes total	Total	0 – 2	127-128	
		No responde	-9		
eo tr p	Otra sustancia promedio medida al día	Promedio	0 – 7	129	
		No responde	-9		
eo tr t	Otra sustancia total	Total	0 – 2	130-131	
		No responde	-9		
29. Transgresión a la norma social	enor1	Hurto	Si	1	132
			No	2	
			No responde	-9	
	enor2	Robo	Si	1	133
			No	2	
			No responde	-9	
	enor3	venta de drogas	Si	1	134
			No	2	
			No responde	-9	
	enor4	Riña	Si	1	135
			No	2	
			No responde	-9	

	enor5t	Violencia intrafamiliar	Total	0-28	136-137
			No responde	-9	
	enor6	Otra acción	Si	1	138
No			2		
No responde			-9		
30. Salud y funcionamiento social	esalf1	Estado de Salud psicológica	Total	0-20	139-140
			No responde	-9	
	esalf2	Días trabajados	Total	0-2	141-142
			No responde	-9	
	esalf3	Días estudios	Total	0-28	143-144
			No responde	-9	
	esalf4	Estado de Salud Física	Total	0-20	145-146
			No responde	-9	
	esalf5	Lugar para vivir	Si	1	147
			No	2	
			No responde	-9	
	esalf6	Vivienda básica	Si	1	148
			No	2	
			No responde	-9	
esalf7	Calidad de vida	Total	0-20	149-150	
		No responde	-9		
31. Motivo de egreso de tratamiento	met	Alta terapéutica		1	151
		Derivación		2	
		Abandono		3	
		No responde		-9	
32. Evaluación al egreso de tratamiento	ept	<i>Evaluación de Proceso terapéutico</i>	Logro Alto	1	152
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
	epc	<i>Evaluación de Patrón de Consumo</i>	Logro Alto	1	153
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
	esfam	<i>Evaluación de situación familiar</i>	Logro Alto	1	154
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
eri	<i>Evaluación de Relaciones Interpersonales</i>	Logro Alto	1	155	
		Logro Intermedio	2		

			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
	eso	<i>Evaluación de Situación Ocupacional</i>	Logro Alto	1	156
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
	esm	<i>Evaluación de Salud Mental</i>	Logro Alto	1	157
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
	esf	<i>Evaluación de Salud Física</i>	Logro Alto	1	158
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	
	etn	<i>Evaluación de Transgresión a la norma social</i>	Logro Alto	1	159
			Logro Intermedio	2	
			Logro mínimo	3	
			No responde	-9	

Anexo 2: Acta de Aprobación de Estudio, Comité Ético Científico de Servicio Salud Talcahuano



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO SST
www.sstaltcahuano.cl/comite_etica

ACTA N° _____46_____ /

30 MAY 2022

ACTA DE EVALUACION PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, conformado por:

- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- **D. Luis Mauricio Bravo Espinoza**, Abogado, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidente Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dr. Reinaldo Neira Charlín**, Médico Psiquiatra, Hospital Penco-Lirquén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Liliana Lamperti Fernández**, Bioquímico, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **D. Adriana Ribeiro Alves**, Abogada, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- **Dra. María Belén Ortega Senet**, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- **D. Mariana Flores Mora**, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- **D. Olivia Bahamondes Pedreros**, Trabajadora Social, secretaria ejecutiva Comité Ético Científico SST.

En sesión ordinaria de fecha 27 de Mayo del 2022, el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Rex N° 1149 y Posterior Modificación Rex N°1602 ha analizado su carta recepcionada con fecha 17 de Mayo de 2022, en respuesta a las observaciones efectuadas en Acta N°36 de fecha 03 de Mayo de 2022 y solicitud de evaluación de enmienda. Este Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, declara que cumple con lo observado.

Por lo anteriormente señalado y **por la mayoría absoluta de sus miembros se Aprueba por 364 días** lo siguiente:

- Enmienda (cambio en la modalidad de firma del consentimiento informado, de presencial a online y procedimiento para la firma del consentimiento informado)
- y el trabajo de investigación, denominado: *"Resultado de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en población adulta perteneciente a un programa ambulatorio de la provincia de Concepción"*, cuya investigadora Principal es TS. Scarlett Foreman.

Se deja estipulado que ningún integrante se declaró en conflicto de interés en este estudio.

Además, el comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con **la fecha de aprobación, firma y timbre, en original del CEC**, en los pacientes que serán enrolados en su institución.

D6SF 72622

CEC Servicio Salud Talcahuano Re- Acreditado por Res Ex N° 2379 del 07.08.2020 Seremi Salud Biobío

2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se genere.



Dra. Marcela Cortés Jofré
Presidenta Comité Ético Científico SST.

C/C.

- Investigador Principal. ✓
- Directora Hospital Las Higueras
- Archivo Comité Ético Científico SST

Anexo 3: Acta de autorización de estudio de Dirección del Hospital Las Higueras



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Talcahuano
Hospital Las Higueras
Unidad de Apoyo a la Investigación Biomédica
PSK/CAI/IPI

ORD. N° 3576-10.06.2022,
ANT: Acta N°46 del 27.05.2022 del CECSST
MAT: AUTORIZA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE : DRA. PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE
DIRECTORA HOSPITAL LAS HIGUERAS
A : TS. SCARLETT FOREMAN HIGUERA
INVESTIGADORA RESPONSABLE

Estimada Investigadora:

Junto con saludarle es grato dirigirme a Ud., para informarle que habiendo completado los requisitos administrativos y la revisión ética del estudio, según Acta N°47 de la sesión ordinaria del día 27.05.2022 del Comité Ético Científico del Servicio Salud Talcahuano, que aprueba el Trabajo de Investigación: **“Resultado de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en población adulta perteneciente a un programa ambulatorio de la provincia de Concepción”**, esta Directora:

1. Autoriza el inicio de las actividades contempladas, en su Investigación, a partir de esta fecha.
2. Solicita realice el procedimiento de consentimiento informado de forma *on line* de acuerdo a lo informado en sus actividades aprobado por el CECSST y utilice solamente los documentos de consentimiento informado aprobados en esta instancia.
3. Recuerda a Ud., que según RES. EXE. N°5056 del 21.10.2021, he delegado la función de Ministro de Fe, para la firma de Consentimientos Informados en los siguientes funcionarios:
 - Dr. Reinaldo Deij Bulnes RUT: 9.871.986-5
 - Dr. Cristóbal Alvarado Livacic, PhD RUT: 18.911.105-3
 - D. Lorena Pérez Lermenda RUT: 15.671.479-8
 - D. Karin Collao Gutiérrez RUT: 13.994.930-7

Por lo anterior, le solicito no olvidar que una vez calendarice sus actividades y cada vez que consienta un sujeto de investigación deberá contactarse con la Unidad de Apoyo a la Investigación Biomédica del Hospital al teléfono 412687331 ó 412687335 o a los mails karin.collao@redsalud.gov.cl o lorena.perezl@redsalud.gov.cl, para coordinar la asistencia del Ministro de Fe correspondiente al proceso de consentimiento y firma de documento, en cumplimiento a la ley N°20.120 Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana.

4. Solicita a UD., mantener informada a esta Dirección del avance de la investigación que dirige, especialmente, en casos de eventos adversos o desviaciones de Protocolo. Además de hacer llegar a esta Dirección una copia del Informe Final de su trabajo.

Sin otro particular y deseándole éxito en la investigación que dirigirá, le saluda muy cordialmente,

DRA. PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE
DIRECTORA
HOSPITAL LAS HIGUERAS

Distribución:

- La indicada
- Director Comunidad Terapéutica "Casa Chica", Sr. Oscar Sánchez
- Jefe Unidad Salud Mental
- Comité Ético Científico del Servicio Salud Talcahuano
- Unidad de Apoyo a la Investigación
- Oficina de Partes

DOFH 6742

HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO ALTO HORNO 777 FONO 2687331

Anexo 4: Consentimiento informado



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales



27 MAY 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Estimado(a) participante:

Junto con saludar, mediante el presente documento se invita a usted ha participar en el estudio titulado **Resultado de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en población adulta perteneciente a un programa ambulatorio de la provincia de Concepción.**

Mi nombre es SCARLETT NINOSKA FOREMAN HIGUERA, soy Trabajadora Social. Candidata a Grado del Programa de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de la Universidad de Concepción, Rut: 19.594.593-4, me encuentro investigando acerca de resultados de tratamiento en drogodependencias.

A continuación, le voy a proporcionar información para invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación.

Presentación:

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación.

Antes de tomar una decisión para definir su participación, es importante que usted entienda en qué consistirá el estudio, por qué es importante que éste se realice y que implicará su participación.

Este estudio constituye una Tesis de postgrado para optar al Grado de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de la Universidad de Concepción y fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano.

V3.0_04.05.2022



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales



[Handwritten signature]
27 MAY 2022

Si en este formulario de consentimiento informado Ud. encuentra algunas palabras que no entienda, por favor pida explicación a quien se lo entregó para proporcionarle toda la información y clarificar sus dudas.

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador.

Objetivo del estudio

El propósito de esta investigación es explorar la relación entre la modalidad de tratamiento presencial a online con resultados de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias en población adulta de 18 y más años, pertenecientes a un programa de tratamiento ambulatorio en la provincia de Concepción.

Forma de selección de la persona participante en el estudio e importancia de su participación

Estamos invitando a participar de este estudio a todas las personas que hayan iniciado tratamiento por trastornos por consumo de sustancias en la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones “Casa Chica” perteneciente a la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras, Talcahuano, en los años 2019, 2020 y 2021. Por lo anterior, Usted está siendo invitado a participar.

Su participación en este estudio es de gran importancia, ya que los resultados serán más válidos y confiables si todas las personas a las que invitamos a participar deciden tomar parte en el estudio. Por ello esperamos y le pedimos que usted lo haga. El concretar la realización de este estudio permitirá contar con resultados que contribuyan a evaluar modalidades de tratamiento para personas con trastornos por consumo de sustancias que sean más efectivas.

Depende de usted decidir si toma parte o no. Este estudio se realiza con la participación voluntaria de los entrevistados.

V3.0_04.05.2022



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales



De igual modo, Ud. en cualquier momento puede decidir dejar de participar en este estudio, sin tener que dar explicaciones de ningún tipo.

Detalle de su participación en el estudio:

Su participación en el estudio consiste en autorizar el acceso a la información que se le consulta a Ud. al momento de ingresar a tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones “La Casa Chica”. Esto se refiere a su información que se encuentra en el sistema de registro de atenciones (SISTRAT), como también aquella información que se encuentra registrada en su ficha clínica de la misma Comunidad Terapéutica. Esta información está referida estrictamente a: datos sociodemográficos como, sexo, edad, estado civil, nivel académico, situación laboral y académica, participación en agrupaciones y composición de su grupo familiar. Asimismo, su diagnóstico de salud mental, droga de consumo al ingreso a tratamiento y los datos que arroja la aplicación del TOP, instrumento de seguimiento de resultados terapéuticos.

Confidencialidad del estudio

Toda la información que usted facilite es totalmente confidencial. Los resultados del estudio se presentarán de manera que no revelarán la identidad de las personas participantes. Los datos de identificación obtenidos, serán inmediatamente codificados con números. Por tanto, se garantiza que toda la información recogida será considerada totalmente confidencial. Los datos serán usados sólo para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el Investigador Responsable del estudio, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

Riesgo y efectos adversos que pueden estar asociados a la investigación:

- Es importante indicar a Ud. que su participación en este estudio NO presenta riesgo a su salud o de otro tipo.

V3.0_04.05.2022



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales



27 MAY 2022

Beneficios para usted/sociedad:

Usted no recibirá ningún tipo de incentivo por participar en este estudio. Usted estará haciendo una libre y voluntaria contribución a la investigación que podrá ser beneficiosa tanto para Ud., como para futuras personas que requieran un tratamiento por consumo de sustancias.

Los investigadores de este estudio de la Universidad de Concepción lo consideran a usted como un importante colaborador en obtener mejores estrategias de intervención para personas que presentan trastornos por consumo de sustancias.

Otras consideraciones importantes

Este proyecto de investigación no está destinado a proveer diagnóstico ni tratamiento. Su participación en este estudio no altera en nada las atenciones que Ud. regularmente debe continuar recibiendo en la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Adicciones “La Casa Chica”.

Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación, que pueda cambiar su decisión de continuar en este estudio.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre este estudio, o si experimenta cualquier problema, puede contactar al investigador responsable Scarlett Ninoska Foreman Higuera, al fono 965035157, o al mail: scarlett.fore@gmail.com, o al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Dra. Marcela Cortés, al fono 0412682167.

V3.0_04.05.2022



Universidad de Concepción
 Facultad de Ciencias Sociales
 Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales



Formulario de Consentimiento Informado

Por favor marque con una cruz en la casilla si está de acuerdo con cada afirmación:

1. Confirmo que he entendido que he sido invitado a participar en la investigación que desea explorar la relación entre la modalidad de tratamiento presencial a online con resultados de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias en población adulta de 18 y más años, pertenecientes a un programa de tratamiento ambulatorio en la provincia de Concepción.	<input type="checkbox"/>
2. Confirmo que he entendido el propósito del estudio y he tenido la oportunidad de realizar preguntas	<input type="checkbox"/>
3. Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento, sin dar ninguna razón y sin que mis derechos como paciente de atención médica se vean afectados.	<input type="checkbox"/>
4. Confirmo que he entendido que no recibiré incentivo de ningún tipo por participar en este estudio.	<input type="checkbox"/>
5. Estoy de acuerdo en que se consulte mi historia clínica de salud, mientras participe en el estudio.	<input type="checkbox"/>
6. Confirmo que se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que me ha dado de esa persona.	<input type="checkbox"/>
7. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.	<input type="checkbox"/>

Nombre del Participante:.....

Firma del Participante:

Fecha:

Confirmo que ha sido proporcionado al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

Firma y nombre de la investigadora:

Firma y nombre de Ministro de Fe:



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Programa Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales



Número de Identificación de la persona participante en el estudio:

--	--	--	--	--	--

Acta de Consentimiento Informado

- He leído este formulario de aprobación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Entiendo que me darán copia de este documento.
- Consiento en participar en esta investigación

Nombre del participante: _____
RUT: _____
FIRMA: _____
FECHA: _____

Nombre del Investigador Responsable: _____
RUT: _____
FIRMA: _____
FECHA: _____

Ministro de Fe: _____
RUT: _____
FIRMA: _____
FECHA: _____

Anexo 5: Declaración de Cumplimiento de Buenas Prácticas Clínicas

Talcahuano, 31 Enero de 2022.

Declaración de Cumplimiento de Buenas Prácticas Clínicas

El Investigador Principal que suscribe, declara regirse de acuerdo a las normas de las **Buenas Prácticas Clínicas** (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO, 1996), a la **ICH** Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), con la **Declaración de Helsinki** (1964 y sus modificaciones de 1975, 1983, 1996, 2000 y 2008), por las regulaciones Nacionales **Norma Técnica N° 57** del 04 de Junio del 2001 del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile "Regulación de la Ejecución de Ensayos Clínicos que utilizan productos Farmacéuticos en Seres Humanos", adherencia a la **Ley 20.120/2006** "Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana Art. 10 y Art. 11", a **Reglamento a Ley 20.120/2011**, a **Circular ISP N° 4/2009** que "Aclara y actualiza los requisitos y condiciones de autorizaciones de uso de productos farmacéuticos sin registro sanitario para fines de investigación científica y sus modificaciones", a **Resolución N° 334/2011** que "Crea el departamento Agencia Nacional de Medicamentos, determina su estructura interna y delega facultades y establece orden de subrogación que indica", a **Resolución N° 0441/2012** que "Establece y actualiza el proceso de notificación de eventos adversos ocurridos en ensayos clínicos que se desarrollan en Chile" y a **Resolución exenta N° 1847** del 23 de Julio del 2012 "Aprueba Guía de Inspección de Estudios Clínicos Farmacológicos elaborada por el Departamento Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED) del Instituto de Salud Pública de Chile. **Ley 20.584** que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.



Scarlett Foreman Higuera
Hospital Las Higueras

Anexo 6: Operacionalización de variables

Objetivo General	Explorar la relación entre la modalidad de tratamiento -presencial u online- con el resultado de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y variables sociodemográficas, familiares y clínicas asociadas en la población adulta de 18 y más años ingresados entre los años 2019 a 2021.	
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas, familiares, clínicas y de resultado de tratamiento. 2. Explorar la relación entre variables sociodemográficas, familiares y clínicas con variable <i>“Resultado de tratamiento”</i>, en personas usuarias de un centro de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias. 3. Identificar resultados intragrupo, de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en personas usuarias de un centro de tratamiento para los años 2019, 2020 y 2021. 4. Comparar resultados de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en personas usuarias de un centro de tratamiento según modalidad presencial (año 2019) y modalidad online (años 2020 y 2021), respecto del <i>“Uso de sustancias”, “Transgresión a la norma social”, “Salud y funcionamiento social y “Registro institucional”</i>. 5. Describir los cambios en el <i>uso de sustancias, transgresión a la norma social, salud y funcionamiento social</i> de acuerdo a la percepción de lo(as) usuario(as) pertenecientes a un centro de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias de la provincia de Concepción, según modalidad presencial (2019) y modalidad online (2020, 2021). 	
Variable Sociodemográfica	Definición nominal: indicadores considerados con el fin de caracterizar a la población como año de ingreso a tratamiento, meses en tratamiento, origen de ingreso, tratamientos anteriores, sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, condición ocupacional y tenencia de la vivienda.	
Dimensión	Indicador	Pregunta
Año de ingreso a tratamiento	2019 2020 2021	Año de ingreso a tratamiento: a) 2019 b) 2020 c) 2021
Meses en tratamiento	6 a 28	Meses en tratamiento: _____
Origen de ingreso	Consulta espontánea Estab. de APS Otro centro de tratamiento de drogas.	Origen de ingreso: a) Consulta espontánea b) Estab. de APS c) Otro centro de tratamiento de drogas.

	Otros de la red de salud general público. Trabajo (empresa o empleador).	d) Otros de la red de salud general público. e) Trabajo (empresa o empleador).
Tratamientos anteriores	Si No	Tratamientos anteriores: a) Si b) No
Cuántos Tratamientos anteriores	1 2 3 4	¿Cuántos Tratamientos anteriores? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Sexo	Femenino Masculino	Sexo: a) Femenino b) Masculino
Edad (en años cumplidos)	20 a 59	Edad (en años cumplidos): _____
Estado Civil	Soltero(a) Conviviente civil Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)	Estado civil: a) Soltero(a) b) Conviviente civil c) Casado(a) d) Divorciado(a) e) Viudo(a)
Nivel de escolaridad	Enseñanza básica Incompleta. Enseñanza básica Completa. Enseñanza media Incompleta. Enseñanza media Completa. Enseñanza téc. superior incompleta. Enseñanza téc. superior completa. Enseñanza univ. Incompleta. Enseñanza univ. Completa. Sin estudios.	Nivel de escolaridad: a) Enseñanza básica incompleta. b) Enseñanza básica completa. c) Enseñanza media incompleta. d) Enseñanza media completa. e) Enseñanza téc. superior incompleta. f) Enseñanza téc. superior completa. g) Enseñanza univ. incompleta. h) Enseñanza univ. completa. i) Sin estudios.
Condición ocupacional	Trabaja actualmente Cesante Estudia Sin actividad	Condición ocupacional: a) Trabaja actualmente b) Cesante c) Estudia d) Sin actividad
Rubro en que se desempeña	Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros.	Rubro en que se desempeña:

	Ocupación no bien especificada. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios. Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores. Personal de apoyo administrativo. Profesionales, científicos e intelectuales. Técnicos y profesionales de nivel medio. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado. Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales).	<ul style="list-style-type: none"> a) Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros. b) Ocupación no bien especificada. c) Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios. d) Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores. e) Personal de apoyo administrativo. f) Profesionales, científicos e intelectuales. g) Técnicos y profesionales de nivel medio. h) Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado. i) Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales).
Tenencia de la vivienda	Propia Paga dividendo Arrienda Allegado(a) Otro	Tenencia de la vivienda: <ul style="list-style-type: none"> a) Propia b) Paga dividendo c) Arrienda d) Allegado(a) e) Otro

Variable familiar	Definición nominal: Corresponde a los rasgos propios de la familia, sean estos como su composición familiar, tipo de familia, cantidad de hijos y relación de parentesco con jefe(a) de hogar.	
Dimensión	Indicador	Pregunta
Composición Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Solo(a) Únicamente con pareja. Únicamente con hijos. Únicamente con padres o familia de origen. Únicamente con la pareja e hijos. Únicamente con la pareja y padres o familia de origen. Únicamente con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen. Otros. 	Composición Familiar: <ul style="list-style-type: none"> a) Solo(a) b) Únicamente con pareja. c) Únicamente con hijos. d) Únicamente con padres o familia de origen. e) Únicamente con la pareja e hijos. f) Únicamente con la pareja y padres o familia de origen. g) Únicamente con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen. h) Otros.
Tipo Familia	Familia unipersonal Familia Pax de deux	Tipo Familia: <ul style="list-style-type: none"> a) Familia unipersonal

	Familia monoparental Familia nuclear Familia extensa Unidad doméstica	b) Familia Pax de deux c) Familia monoparental d) Familia nuclear e) Familia extensa f) Unidad doméstica
Tiene hijo(as)	Si No	¿Tiene hijo(as)?: a) Si b) No
Cuántos hijo(as) tiene	1 2 3 4	¿Cuántos hijo(as) tiene?: a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Parentesco con jefe(a) de hogar	Jefe(a) de hogar Esposo(a) o cónyuge Hijo(a) solo del(a) jefe(a) de hogar Hijo(a) de ambos Cuñado(a) Padre o madre Yerno o nuera Otro Pariente	Parentesco con jefe(a) de hogar: a) Jefe(a) de hogar b) Esposo(a) o cónyuge c) Hijo(a) solo del(a) jefe(a) de hogar d) Hijo(a) de ambos e) Cuñado(a) f) Padre o madre g) Yerno o nuera h) Otro Pariente

Variable Clínica	Definición nominal: Se incorporan en esta variable el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias según el Cie-10, la presencia de patología dual y variables descriptivas asociadas al consumo.	
Dimensión	Indicador	Pregunta
Diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias	Consumo Perjudicial: Según World Health Organization (2000) refiere a la forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol) (p. 60). Dependencia: Según World Health Organization (2000) corresponde a un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir	¿Cuál es su diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias? a) Consumo Perjudicial b) Dependencia

	la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física (p. 60).																						
Patología dual: Refiere la patología en la que se observa “la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (Torrens, 2008, p. 315).	Si No	¿Presenta una patología dual? a) Si ¿Cuál? _____ b) No																					
Consumo de sustancias	Alcohol Marihuana Pasta Base Cocaína Sedantes o tranquilizantes Otra sustancia	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Consumo de sustancias</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alcohol</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marihuana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pasta Base</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cocaína</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sedantes o tranquilizantes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra sustancia</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Consumo de sustancias	Si	No	Alcohol			Marihuana			Pasta Base			Cocaína			Sedantes o tranquilizantes			Otra sustancia		
Consumo de sustancias	Si	No																					
Alcohol																							
Marihuana																							
Pasta Base																							
Cocaína																							
Sedantes o tranquilizantes																							
Otra sustancia																							
Consumo de sustancia de inicio	Alcohol Marihuana Pasta Base Cocaína Sedantes o tranquilizantes Otra sustancia	Consumo de sustancia de inicio: a) Alcohol b) Marihuana c) Pasta Base d) Cocaína e) Sedantes o tranquilizantes f) Otra sustancia																					
Edad de inicio de consumo de sustancias	8 a 33	Edad de inicio de consumo de sustancias: _____																					
Consumo de sustancia principal	Alcohol Marihuana Pasta Base Cocaína	Consumo de sustancia principal: a) Alcohol b) Marihuana c) Pasta Base																					

	Sedantes o tranquilizantes Otra sustancia	d) Cocaína e) Sedantes o tranquilizantes f) Otra sustancia
Edad de Inicio de consumo de sustancia principal	8 a 45	Edad de Inicio de consumo de sustancia principal: _____

Variable resultado de tratamiento	Definición nominal: Se comprende por la “efectividad de la atención y por ende en la calidad de los servicios otorgados.” (Portilla et al., 2016, p. 1) Esta variable incluirá el registro de la información consignada en el Treatment Outcomes Profile (TOP), el registro institucional y otras variables como el motivo de egreso de tratamiento y evaluación al egreso de tratamiento del proceso terapéutico, patrón de consumo, situación familiar, relaciones interpersonales, situación ocupacional, salud mental, salud física y de transgresión a la norma social.		
Dimensión	Indicador	Subindicador	Pregunta
Uso de Sustancias	a) Alcohol b) Marihuana c) Pasta Base d) cocaína e) Sedantes o Tranquilizantes f) Otra sustancia problema	Promedio Total, de días	Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas
Transgresión a la Normal Social	a) Hurto b) Robo c) Venta de drogas d) Riña e) Violencia intrafamiliar f) Otra acción	Si/ No Si/ No Si/ No Si/ No Total, de días. Si/ No	Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.
Salud y Funcionamiento Social	a) Calificar el <i>estado de salud psicológica</i> b) Días de trabajo remunerado	Mala 0-20 Buena Total, de días. Total, de días.	Calificar el <i>estado de salud psicológica</i> de la persona usuaria (ansiedad, depresión o problemas emocionales). Registrar los días trabajados y asistidos a institución de educación (colegio, instituto, universidad, centro de capacitación, etc.)

	<p>c) Días asistidos al colegio o instituto o universidad o centro de capacitación, etc.</p> <p>d) Calificación del <i>estado de salud física</i></p> <p>e) Tiene un lugar estable para vivir</p> <p>f) Habita en una vivienda que cumple condiciones básicas</p> <p>g) Calificación global de <i>calidad de vida</i></p>	<p>Mala 0-20 Buena</p> <p>Si/ No</p> <p>Si/ No</p> <p>Mala 0-20 Buena</p>	<p>Calificación del <i>estado de salud física</i> de la persona usuaria (grado de síntomas físicos u molestias por enfermedad)</p> <p>Registrar condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas</p> <p>Clasificación global de <i>calidad de vida</i> de la persona usuaria (ej. es capaz de disfrutar la vida, consigue estar bien con su familia y el entorno)</p>
Motivo de egreso de tratamiento	Alta terapéutica Derivación Abandono		Motivo de egreso de tratamiento: a) Alta terapéutica b) Derivación c) Abandono
Evaluación de Proceso terapéutico	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Proceso terapéutico: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo
Evaluación de Patrón de Consumo	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Patrón de Consumo: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo
<i>Evaluación de situación familiar</i>	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		<i>Evaluación de situación familiar:</i> a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo

Evaluación de Relaciones Interpersonales	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Relaciones Interpersonales: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo
Evaluación de Situación Ocupacional	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Situación Ocupacional: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo
Evaluación de Salud Mental	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Salud Mental: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo
Evaluación de Salud Física	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Salud Física: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo
Evaluación de Transgresión a la norma social	Logro Alto Logro Intermedio Logro mínimo		Evaluación de Transgresión a la norma social: a) Logro Alto b) Logro Intermedio c) Logro mínimo