

Universidad Católica del Uruguay
Facultad de Psicología

**Estudio Sociodemográfico y de Afrontamiento al Estrés en
población uruguaya rehabilitándose a la adicción
a Pasta Base de Cocaína.**

Memoria de grado presentada para obtener el grado de Licenciado en
Psicología por:

María del Carmen Gamazo Rusnac

Tutor: Prof. Dra. Coral García

Asesor: Prof.Lic. Claudio Danza

25 de Setiembre 2008

Montevideo, Uruguay

RESUMEN:

Estudiamos en nuestra investigación: el perfil sociodemográfico y las Estrategias de Afrontamiento al estrés de 97 usuarios en rehabilitación a la adicción de Pasta Base de Cocaína, de ambos sexos, que realizaban su tratamiento en 5 instituciones públicas y privadas de Montevideo.

Los instrumentos de recolección de información fueron: la Ficha de Notificación Individual del Observatorio Uruguayo de Drogas de Suárez Héctor et al (2006), abreviada para recabar datos sociodemográficos y la Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Erica Frydenberg y Ramón Lewis en su adaptación uruguaya (García Pérez, 2008).

El resultado del perfil sociodemográfico obtenidos en nuestra investigación: la población de usuarios mayoritariamente son: hombres 86.6%, de la franja etárea de 15 a 29 años 70.1%, solteros 69.1%, y con nivel de estudios: UTU o secundaria incompleta 51.6%, desocupados 50.5%, residen en Montevideo 87.6%, conviven con uno o ambos padres 59.9%, la sustancia principal en un 71.1% es PBC, y se observa en un 53.6% policonsumo de 5 sustancias: Tabaco 94.8%, Alcohol 92.8%, PBC 82.5%, Marihuana 80.4% y Cocaína 70.1%.

Del análisis de la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento se hallaron frecuencias muy similares con estudios precedentes de poblaciones no clínicas. Las más utilizadas fueron: Búsqueda de ayuda profesional, Autoinculparse, Fijarse en lo positivo, Preocuparse, Concentrarse en resolver el problema y Esforzarse y tener éxito. Las de menor frecuencia fueron: Falta de afrontamiento, Reducción de tensión, Ignorar el problema y Buscar apoyo espiritual. Las mujeres emplean con mayor frecuencia: Búsqueda de Apoyo Social, Falta de afrontamiento, Reducción de Tensión y Hacerse ilusiones.

Al inicio y al final del tratamiento solo encontramos diferencias en: Búsqueda de apoyo espiritual que se emplea más al final del tratamiento. Según el tiempo de abstinencia, encontramos diferencias en: Ignorar el problema el grupo de 3 a 6 meses resultados superiores que el de 0 a 3 meses y la estrategia Reservarlo para si, el grupo que logra sostener la abstinencia por más tiempo es el que menos la emplea.

DEDICATORIA:

En memoria de Alejandro, por que aunque te toco una vuelta corta por la vida al partir a los 26, en el corazón de todos los que te conocimos nos dejaste un importante legado y compartiste tu alegría por eso tu sonrisa resplandecerá por siempre.

AGRADECIMIENTOS:

A mis tutores y profesores Doctora Coral García y Licenciado Claudio Danza, por su gran dedicación, su cariño, estímulo permanente, por todo lo que me han enseñado, la generosidad de compartir su tiempo en un enorme apoyo de un esfuerzo sostenido de más de dos años.

Al Doctor y profesor Fredy Da Silva por su gran colaboración, en todo este proceso.

A las instituciones, que tan generosamente se comprometieron con la investigación brindaron su espacio y su apoyo.

A todas las personas que estaban transitando la rehabilitación y quisieron comprometerse en compartir su experiencia, con la único interés de que pudiera ser útil para otras personas.

A los jóvenes que contribuyeron en el estudio piloto.

A Laura Ceria y Valeria Andrich dos grandes amigas con quienes compartir la carrera fue una gran alegría y compartir su amistad un regalo de la vida.

A mis amigos María Noel, Gabriel, Patricia, Fabián, Jorge, Diego, Giovanna, Silvia, Cecilia y Verónica por todo el apoyo y cariño de siempre.

A los compañeros de “Mi cerro sin Drogas” por enseñarme tanto en el trabajo cotidiano.

A Miriam Marcona, Antonio Ocaña, Heber Acosta, María Luisa Blanco y Mercedes Couzo personas que me han apoyado y enseñado tanto que la frase “hacer una gran diferencia en la vida de alguien” creo que se queda corta.

A mi familia y mi pareja, por todo su amor, por enseñarme a seguir adelante siempre, darme el valor de luchar por mis sueños y su apoyo incondicional para que sean posibles.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país existe una gran necesidad de profundizar el análisis de los usuarios de Pasta Base en rehabilitación, se han realizado muy pocas investigaciones, por ser un fenómeno reciente (su consumo instaurado desde 2002) nos encontramos en una fase preliminar de conocimiento. Una dificultad para la rehabilitación desde la aparición de la Pasta Base de Cocaína, son las creencias erróneas que se han generado en la sociedad donde se asocia al usuario de drogas con los hechos delictivos, que profundizó la estigmatización y la expulsión familiar.

Por eso mediante datos empíricos, el objetivo de esta investigación es profundizar en como estas personas construyen sus trayectorias de recuperación, para incluir en la escena de la adicción a la Pasta Base también las posibilidades de afrontarla y las estrategia que le han resultado eficaces para su rehabilitación. Nos planteamos analizar los aspectos sociales y demográficos de las personas, para poder incluir en el análisis el contexto de la compleja interacción: persona, sustancia, relaciones y situación, que resultaron en el desarrollo de la adicción que vuelven a configurarse construyendo ahora trayectorias de rehabilitación.

Los objetivos establecidos fueron realizar el perfil sociodemográfico, y evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés mediante los instrumentos: la Ficha de Notificación Individual del Observatorio Uruguayo de Drogas de Suárez Héctor et al (2006) y la Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Erica Frydenberg y Ramón Lewis en su adaptación uruguaya (García Pérez, 2008).

Nuestro estudio es una investigación descriptiva y transversal que ha abarcado una población de 97 usuarios en rehabilitación de ambos sexos de 5 Centros públicos y privados de Tratamiento de adicciones en Montevideo, planteamos las conclusiones acotadas a nuestra población estudiada, consideramos que los resultados podrían extenderse al constituir una muestra representativa de los usuarios de Montevideo.

Estudiamos el afrontamiento al estrés en el período de rehabilitación, entendiendo el estrés como la relación que establece una persona con su entorno cuando un suceso impide, amenaza o desafía una meta importante altamente valorada para la persona. En nuestra investigación la meta analizada es la rehabilitación de la adicción a Pasta Base de Cocaína y se estudian las estrategias de afrontamiento que es lo que hacemos

y pensamos para enfrentar la situación de estrés tanto la regulación emocional como los planes orientados a la acción (Lazarus y Lazarus, 2000).

Los principales aportes de dicho estudio son el análisis del perfil sociodemográfico de los usuarios: conductual sobre el consumo de sustancias, y actitudinal sobre la motivación para el tratamiento. También el análisis de las estrategias de afrontamiento: frecuencias, empleo según sexo, en las distintas etapas del tratamiento y según tiempo de abstinencia.

Aproximarnos a las estrategias que implementan cuando afrontan la rehabilitación nos habilitara a conocer fortalezas, recursos y necesidades en las cuales deberíamos trabajar en los tratamientos.

En la primera parte de nuestro estudio aborda en su primer capítulo los aspectos centrales del estrés, y el afrontamiento, en su segundo capítulo perspectivas sobre adicción, el proceso de rehabilitación y la Pasta Base de Cocaína, en el tercer capítulo las investigaciones recientes sobre afrontamiento, consumo de sustancias y rehabilitación finalmente en la Segunda parte se desarrolla nuestra investigación.

INDICE

RESUMEN.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
INDICE.....	8

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Afrontamiento al estrés.....	11
1.1 Estrés: Origen y definiciones.....	11
1.2 Teoría Cognitivo Transaccional del estrés.....	12
1.3 Afrontamiento: Origen del término definiciones.....	15
1.4 Diferenciación entre estilos y estrategias de afrontamiento.....	15
1.5 Funciones del Afrontamiento y modalidades.....	16
1.6 La eficacia del Afrontamiento.....	17
1.7 Clasificación de los estilos de Afrontamiento y estrategias de Afrontamiento.	17
2. Perspectiva de la Adicción y Pasta Base de Cocaína.....	19
2.1 Definición y aspectos centrales de la Adicción.....	19
2.2 El consumo de Coca y sus derivados.....	20
2.3 Pasta Base de Cocaína.....	20
2.4 El Set y el Setting en el consumo de PBC y sus efectos sociales.....	21
2.5 Efectos biológicos y psicológicos del consumo de PBC en sus diferentes fases.....	22
2.6 PBC y Policonsumo.....	24
2.7 Teoría General de los Sistemas en la Adicción y la Rehabilitación.....	25
2.8 El Proceso de Rehabilitación a la Adicción.....	25
2.9 Niveles de integración biopsicosocial en la rehabilitación.....	26
2.10 Las recaídas en el proceso de Rehabilitación.....	28
3. Investigaciones: Afrontamiento y consumo de sustancias psicoactivas.....	30
3.1 Relación entre Afrontamiento y consumo de sustancias adictivas.....	30
3.2 Investigaciones sobre Afrontamiento y Adicciones.....	30
3.3 Investigaciones sobre frecuencia de empleo de estrategias de Afrontamiento.....	31
3.4 Investigaciones sobre tiempo de abstinencia y estrategias de Afrontamiento.....	34
3.5 Investigaciones sobre Afrontamiento en la etapa final de la rehabilitación.....	35
3.6 Investigaciones recientes sobre consumo de sustancias en Uruguay.....	37
3.7 Investigaciones sociodemográficas con población clínica de usuarios de drogas en Uruguay.....	38

SEGUNDA PARTE. INVESTIGACIÓN

4. INTRODUCCIÓN.....	42
4.1 Objetivos de la investigación.....	42
4.1 Objetivos generales.....	42
4.1.2 Objetivos específicos.....	43

5. METODOLOGÍA	43
5.1 Muestra.....	43
5.2 Diseño.....	43
5.3 Instrumentos.....	44
5.4 Procedimientos.....	46
5.5 Aspectos éticos de la investigación.....	47
6.RESULTADOS	48
6.1 Resultados dimensión Perfil de la población variables Sociodemográficas.....	48
6.2 Resultados dimensión Conductual variable Consumo de sustancias.....	49
6.3 Resultados dimensión Conductual variable Dinámica de consumo.....	49
6.4 Resultados dimensión Actitudinal variable Motivación a la rehabilitación.....	50
6.5 Resultados Afrontamiento.....	51
7-DISCUSIÓN	54
7.1 Discusión perfil sociodemográfico.....	54
7.2 Discusión Estrategias de Afrontamiento.....	58
7.2.1 Frecuencia de utilización de las Estrategias de afrontamiento al estrés.....	58
7.2.2 Estrategias de Afrontamiento al inicio y al final del tratamiento.....	62
7.2.3 Afrontamiento y tiempo de abstinencia.....	62
8-CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	69
APÉNDICES	73
Apéndice 1. Tablas de resultados del perfil sociodemográfico, conductual y Actitudinal del consumo de sustancias.....	74
Apéndice 2. Gráficas de resultados del perfil sociodemográfico, conductual y Actitudinal del consumo de sustancias.....	80
Apéndice 3. Discusión de Tipificación de resultados de Afrontamiento diferenciado por sexo.....	82
Apéndice 4. Discusión de Afrontamiento según sexo.....	83
Apéndice 5. Síntesis de Perfil Sociodemográfico general de población usuaria de drogas consultante en Uruguay.....	86
Apéndice 6. Procedimiento de abreviación de la Ficha de Notificación Individual.....	87
Apéndice 7. Ficha de Notificación Individual abreviada.....	89
Apéndice 8. Dimensiones de Ficha de la notificación individual abreviada.....	82
Apéndice 9. Consentimiento informado.....	92
Apéndice 10. Carta de invitación a los centros.....	94
ANEXOS	96
Anexo 1. Ficha de Notificación Individual Original.....	97
Anexo 2. Dimensiones de la Ficha de Notificación Original.....	99
Anexo 3. Ketamina.....	100

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Afrontamiento al Estrés.

1.1 Estrés: Origen y definiciones

Uno de los pioneros en el empleo del término fue el físico Robert Hooke en el siglo XVII quien concebía al estrés como la carga externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por el mismo, la resultante será en función de las propiedades estructurales del objeto y las características de la fuerza externa (Sierra et al, 2003); esta definición tuvo gran impacto en la forma de conceptualizar el estrés como tensión en fisiología, psicología y sociología (Lazarus. y Lazarus, 2000).

En 1936 Hans Seyle introdujo el empleo del término estrés en la medicina considerando el estrés como el conjunto de respuestas fisiológicas de carácter hormonal resultado de la activación del sistema nervioso en reacción a estímulos inespecíficos. Considerando posteriormente el estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante las demandas que se le imponen, pudiendo desencadenarse una respuesta fisiológica como psicológica (Sierra et al, 2003).

Seyle desarrolla el concepto de Síndrome General de Adaptación en referencia a los cambios que se producen en el organismo como consecuencia de la presencia más o menos sostenida de un estresor, distinguiendo tres fases: fase de alarma cuando el individuo se prepara para hacer frente a una amenaza, fase de resistencia cuando el organismo se esfuerza por contrarrestar la presión y adaptarse al estresor y fase de agotamiento cuando se falla en contrarrestar la presión y se produce un debilitamiento progresivo en el organismo aumentando la vulnerabilidad (Salotti 2006).

Existen dos enfoques tradicionales de definir el estrés psicológico: la primer definición está enfocada en el estímulo o suceso provocador o estresor y la segunda definición se centra en la respuesta o reacción mental y orgánica provocada por el estímulo estresor, ambas definiciones han resultado incompletas para la comprensión del fenómeno del estrés. Dado que para definir estrés se requiere tanto de la condición de estímulo estresante y una persona vulnerable para provocarse la reacción de estrés (Lazarus, 2000).

Por lo tanto se plantea un tercer enfoque donde el estrés se define como una relación que establece una persona con su entorno, se produce estrés cuando la persona percibe que las demandas ambientales son

una amenaza para su bienestar generando un desequilibrio subjetivo entre las demandas que percibe la persona y los recursos que cuenta para enfrentarla, valorando como estrés si las demandas exceden o igualan sus recursos, donde se producirá mayor o menor estrés en función al grado de desequilibrio experimentado (Lazarus y Lazarus, 2000).

El término estrés ha sido definido y estudiado a la luz de múltiples teorías en la literatura científica, en este trabajo nos guiaremos por la Teoría de Richard Lazarus denominado cognitivo transaccional (Lazarus, 2000).

“Una persona se halla estresada sólo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o viola expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está, en parte, vinculado con el grado de intensidad de este compromiso y, parcialmente, con las creencias y las expectativas de que dichas metas pueden ser realizadas o violadas. Un enfoque relacional contempla las características ambientales, personales, y su importancia relativa; el significado relacional nos aporta la otra parte necesaria del proceso del estrés, basado en las valoraciones subjetivas de la importancia personal de lo que está sucediendo” Lazarus (2000, p.72).

Una persona experimenta estrés cuando un suceso impide o amenaza una meta importante, donde existen intenciones situacionales dado que la persona está comprometida con la meta y peligran expectativas altamente valoradas. El grado de estrés se relaciona al grado de compromiso con la meta y a las expectativas y creencias de que dicha meta pueda ser realizada o violada. Desde esta teoría se contempla la relación de las características personales y ambientales y el significado de esta relación en el proceso de estrés, donde las valoraciones subjetivas determinan la importancia personal de lo que está sucediendo (Lazarus, 2000).

1.2 Teoría Cognitivo Transaccional del estrés:

Lazarus plantea una definición cognitiva respecto al concepto de estrés psicológico, donde considera que el estrés implica procesos sucesivos: la evaluación primaria donde se percibe la cual es la transacción estresante, la evaluación secundaria donde se determina que se debe hacer para enfrentar dicha transacción

en todo este proceso de evaluación esta implicado el afrontamiento que es el esfuerzo por elegir la mejor forma de manejar la transacción estresante (Carver y Scheier, 1997).

“El afrontamiento da forma a nuestras emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. El afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no” (Lazarus y Lazarus 2000, p.197).

El concepto de de estrés esta basado en el de evaluación, donde se evalúan los resultados y los significados, los procesos de evaluación implican la representación interna que el sujeto posee de la realidad (Carver y Scheier, 1997).

Lazarus y Folkman elaboran la teoría transaccional para el estudio del estrés desde una perspectiva interaccionista, donde se consideran los aspectos contextuales y la valoración que realiza el individuo de los mismos. La valoración a la luz de dicha teoría se comprende como un proceso de evaluación donde un individuo determina las consecuencias que puede generar un acontecimiento o situación. Este proceso posee distintas fases: Evaluación primaria, Evaluación secundaria, donde esta implicado el Afrontamiento (Reynoso, 2002).

Evaluación primaria:

El acto primario de valorar refiere si el suceso es relevante para los propios valores, compromisos, creencias sobre el sobre sí mismo, el mundo e intenciones situacionales del individuo (Lazarus R., 2000). La evaluación primaria es como interpreta el individuo la situación que se le presenta pudiendo dar tres resultados: irrelevante, positiva y estresante (Reynoso, 2002).

Si la evaluación es irrelevante: no representa un problema, dado que no genera interés o preocupación pues sus consecuencias no implican ni una ganancia ni una pérdida para el individuo. Cuando la evaluación es positiva: implica que las consecuencias de una situación se consideran favorables y generan emociones

placenteras. En cambio cuando la evaluación es estresante: las consecuencias de la situación se consideran capaces de dañar, amenazar o desafiar aspectos significativos para el individuo (Reynoso, 2002).

En el daño hay un perjuicio que ya se ha producido, la amenaza es la posibilidad de que un perjuicio ocurra en el futuro en el desafío existe la posibilidad del logro de un objetivo por lo tanto la persona se siente enfrentada a luchar contra los obstáculos, los desafíos generan efectos de expansión y liberadores, mientras que las amenazas generan efectos limitadores (Lazarus, 2000).

Evaluación Secundaria:

La valoración secundaria es el proceso cognitivo evaluador centrado en que puede hacer la persona sobre la relación estresante persona medio, cuando se ha dado una valoración primaria de amenaza, daño o desafío. La valoración secundaria es la evaluación de las opciones de manejo, no es el manejo en si sino el sustrato cognitivo del mismo (Lazarus, 2000).

La evaluación secundaria es una evaluación orientada a determinar que puede hacerse con las situaciones estresantes, los resultados dependen de lo que efectivamente se realice, de que exista algo que pueda realizarse y de lo que este en juego en esta situación. Trasciende el mero reconocimiento de recursos para una situación determinada sino que es un proceso evaluativo de las estrategias que otorgue más seguridad con el cumplimiento de la expectativa deseada, pudiendo ser una estrategia o un grupo de ellas. Se evalúa la o las estrategias y las consecuencias de utilizar dicha estrategia para una situación particular donde se consideran las demandas internas e externas (Reynoso, 2002).

Manejo o Afrontamiento:

El manejo se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones de vida estresantes, el manejo es un proceso porque el estrés es una condición vital insatisfactoria que la persona desea modificar para ser eficaz debe ser sensible a las demandas relacionales cambiantes (Lazarus, 2000).

El afrontamiento en la teoría transaccional esta ubicado a lo largo de todo el proceso de valoración, se define el afrontamiento como:

“Los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de la persona. El afrontamiento es el esfuerzo por resolver el estrés psicológico” (Lazarus 2000 p.122).

Este modelo de concebir el estrés es llamado transaccional dado que el estrés no está determinado ni en el estímulo estresor, ni en las características de la persona que lo enfrenta sino en la interacción o transacción entre la valoración del estímulo que hace la persona y las demandas que estímulo ejercen sobre dicha persona (Salotti 2006).

El afrontamiento es una transacción es la tendencia del individuo a reestablecer el equilibrio y la adaptación situado en el contexto donde ocurren las acciones de afrontamiento, entre la persona y el ambiente hay una continua relación dinámica mutuamente influyente, por eso el afrontamiento es proceso de transacción (Lazarus y Folkman 1987 en García Pérez, 2008).

1.3 Afrontamiento Orígenes y definiciones:

El termino afrontar “to cope with” es un dicho coloquial británico. Literalmente significa enfrentarse a un adversario o a un obstáculo de frente, o luchar contra un enemigo victoriosamente, en un plano de igualdad (Caballo, 1998).

Afrontar significa también ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza (Webster’s 1979 en Caballo, 1998).

El afrontamiento en una definición más global ha sido definido como los esfuerzos psíquicos y orientados a la acción tanto cognitivos como afectivo para el manejo de las demandas internas y ambientales que desafían o exceden los recursos de la persona, donde se ha valorado la demanda excesiva en relación con los recursos que dispone o cree disponer el individuo (Lazarus y Lurnier 1978, en Díaz, 2005).

1.4 Diferenciación entre estilos y estrategias de Afrontamiento

Existen algunas discrepancias teóricas respecto a considerar al afrontamiento como un aspecto estable o como un proceso cambiante. Una propuesta es diferenciar estilos de afrontamiento y estrategias de

afrontamiento, planteando a las primeras como variables disposicionales que influyen en la elección de las estrategias de afrontamiento, definiendo a las estrategias de afrontamiento como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación (Arjona, 2004).

No se concibe al afrontamiento como algo invariable sino como un proceso que permite libertad de cambiar las respuestas según las circunstancias, sin embargo afirman que en los individuos existen preferencias por estrategias determinadas a lo largo el tiempo (Lazarus y Folkman 1987 en Díaz, 2005).

Se ha desarrollado un esquema de clasificación más amplio donde aborda tres aspectos del afrontamiento: Los recursos de afrontamiento, las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento (Menagan 1983 en Caballo, 1998).

Los recursos de afrontamiento: lo constituyen las ventajas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación; Las estrategias de afrontamiento: refieren a las actuaciones y planes directos utilizados para disminuir o eliminar el stress; Finalmente los estilos de afrontamiento son el conjunto de estrategias más habituales con las que las personas suelen enfrenar una crisis (Menagan 1983 en Caballo, 1998).

Recursos de Afrontamiento atributos y apoyos

El afrontamiento eficaz depende de poseer determinados recursos plausibles de ser empleados para retroalimentar el esfuerzo. Dentro de los rasgos personales los fundamentales consisten en: auto eficacia, optimismo, percepción de control y autoestima. Los recursos sociales primordiales son la familia, amigos, el trabajo y los sistemas oficiales de ayuda. Los recursos físicos prioritarios incluyen buena salud, energía física adecuada, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera (Menagan 1983 en Caballo, 1998).

1.5 Funciones del Afrontamiento y modalidades

Existen dos principales funciones en el afrontamiento: regulación de la emoción de bienestar y la posibilidad de acción, distinguiendo dos modalidades: el afrontamiento centrado en el problema para las situaciones donde es posible realizar cambios son los procesos tendientes a resolver el problema, y el afrontamiento centrado en la emoción para situaciones que son inmodificables y los que se realizan son los

procesos de cambios del significado que tienen para la persona (Lazarus y Folman 1987 en García Pérez, 2008).

Estas dos modalidades son interdependientes dado que al afrontar cambios y emociones en la relación de la persona ambiente ambas estrategias actúan de forma complementaria.

1.6 La Eficacia del Afrontamiento

La eficacia del afrontamiento no depende únicamente del afrontamiento en si, sino que depende de la persona, el contexto, el significado y el conocimiento de lo que se está afrontando, por lo tanto no existe un afrontamiento eficaz y otro ineficaz dado que la eficacia consiste en el empleo de la transacción que mejor se adapte, donde es necesario un amplio repertorio de formas de afrontar y la flexibilidad de poder utilizar la más adecuada (Lazarus 2006 en García Pérez, 2008).

1.7 Clasificación de los estilos y estrategias de Afrontamiento

La clasificación de los estilos y estrategias de afrontamiento varían según los autores y sus teorías se tomará la clasificación de Frydemberg y Lewis. Respecto a las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en 18 estrategias: Búsqueda de apoyo social, Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Preocuparse, Invertir en amigos íntimos, Buscar pertenencia, Hacerse ilusiones, Falta de afrontamiento, Reducción de tensión, Acción social, Ignorar el problema, Autoinculparse, Reservarlo para si, Buscar apoyo espiritual, Fijarse en lo positivo, Buscar ayuda profesional, Buscar diversiones relajantes y Distracción física.

Respecto a los estilos del afrontamiento al estrés se clasifican en: Afrontamiento Productivo, Afrontamiento no productivo y Afrontamiento en relación a los demás. (Frydemberg y Lewis., 1997) Dichos autores han diseñado un Instrumento para su evaluación: la escala de afrontamiento para adolescentes que será empleado en esta memoria de grado.

En nuestro país mediante la baremación del instrumento pudieron encontrarse los siguientes estilos de afrontamiento: No Afrontamiento compuesto las estrategias: No afrontar, Reducir tensión, Ignorar el problema,

Autoinculparse, Hacerse ilusiones y Reservarlo para si, Evitación compuesto por las estrategias: Invertir en amigos íntimos, Buscar pertenencia, Fijarse en lo positivo, Hacerse ilusiones, Diversiones relajantes y Distracción física, Buscar Apoyo Social compuesto por: Buscar apoyo social, Espiritual y Profesional finalmente estilo Productivo constituido por: Concentrarse y Resolver el problema, Esforzarse y tener éxito y Preocuparse. (García Pérez, 2008).

2. Perspectivas de la Adicción y la Pasta Base de Cocaína

2.1 Definición y aspectos centrales de la Adicción

Una adicción podría definirse mediante la manifestación de: dependencia, pérdida de control, tolerancia y síndrome de abstinencia. Las adicciones actuales pueden incluir o no la presencia de sustancias psicoactivas pero comparten las características antes mencionadas (Becoña E., 2004).

Se define la dependencia a sustancias psicoactivas como:

“un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos los cuales indican el consumo ininterrumpido de sustancias a pesar de los problemas significativos a consecuencia de ello. La dependencia se caracteriza por cuatro aspectos centrales un patrón de repetida autoadministración de la sustancia, ingestión compulsiva de la misma con el consecuente desarrollo tolerancia y abstinencia ante la ausencia de la sustancia” (DSM-IV American Psychiatric Association 1994, p.181-184).

“La dependencia es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias donde se evidencia un deterioro o malestar clínico significativo, evidenciado por la presencia de tres o más de los siguientes síntomas por un período continuado de 12 meses:

- 1) La presencia de tolerancia: comprendida como la necesidad de cantidades superiores de sustancia psicoactiva para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, donde el efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye con su consumo continuado.
- 2) El desarrollo del síndrome de abstinencia: siendo característico para cada sustancia o una similar expresados en diversos efectos de malestar físico o psicológico, ante el la ausencia de la sustancia psicoactiva.
- 3) La sustancia es consumida tanto en frecuencia o cantidad superiores, o en un periodo mas prolongado al que inicialmente se esperaba.
- 4) La presencia de un deseo persistente con deseos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

- 5) El empleo de gran cantidad de tiempo para la obtención, consumo y recuperación de los efectos de la sustancia psicoactiva.
- 6) La reducción significativa de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias.
- 7) Se continúa el consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos, físicos causados o exacerbados por el consumo.” (DSM-IV, American Psychiatric Association 1994, p.185-186).

La Organización Mundial de la Salud define la dependencia como: “una pauta de comportamiento donde el uso de la sustancia psicoactiva se convierte en la conducta central en torno a la cual el sujeto organiza su vida. Dedicando la mayor parte de su tiempo a obtenerla, consumirla, o recuperarse de sus efectos”. En la dependencia al suprimir el consumo de la sustancia se manifiesta el síndrome de abstinencia (Junta Nacional de Drogas 2007, p.19).

2.2 El consumo de Coca y sus derivados

La coca es consumida desde hace siglos en países donde se cultiva siendo su modalidad tradicional es mascado de la hoja. El empleo de la coca en las culturas indígenas pertenecía al uso ritual y cotidiano, su propiedad estimulante permitía realizar fuertes trabajos físicos disminuyendo la sensación de cansancio y suprimiendo el apetito. Las consecuencias adversas del mascado de hojas de coca son mínimas frente a las consecuencias generadas por los actuales modos de consumo de los derivados de la coca (Junta Nacional de Drogas, 2006).

Las hojas de coca son tratadas químicamente en diversos procesos de elaboración produciendo diferentes derivados: Pasta Base de Cocaína en adelante PBC, Clorhidrato de Cocaína, Crack y Base libre de Cocaína (Junta Nacional de Drogas, 2006).

2.3 Pasta Base de Cocaína

La PBC se obtiene procesando químicamente las hojas secas de coca, primero son maceradas en agua, posteriormente se le agrega pergamano de potasio y gasoil u otros productos, desechándose las hojas

y obteniendo la pasta base cruda la cual es extraída en un procesamiento donde se emplea kerosén.

Finalmente se le trata mediante el agregado de diversas sustancias alcalinas como ácido sulfúrico, amoníaco resultando como producto final PBC, su apariencia es un polvo blancuzco, amarillento o amarronado variando el color por las diversas sustancias con las que puede ser elaborada, su consistencia es pastosa y su olor penetrante. Respecto a su pureza o adulteraciones puede variar desde un 40 a 90 por ciento de cocaína y el resto consistir en diferentes aditivos ((Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública, Intendencia Municipal de Montevideo, Instituto de Investigación y Desarrollo Social, 2006 en adelante: JND, MSP, IMM, IDES, 2006).

Su punto de volatilización es bajo y por eso es posible fumarla, a diferencia del clorhidrato de cocaína. Para fumarla debe ser mezclada con tabaco que posibilita encender y mantener el calor para la combustión de la PBC, muchos usuarios utilizan también marihuana en lugar de tabaco.

2.4 El Set y el Setting en el consumo de PBC y sus efectos sociales

Los efectos provocados por la PBC son diversos, varían según la preparación, la dosis, pureza o adulteraciones y también los motivos subjetivos para su consumo: experimentación, placer, estimulación, antidepresivo o distracción (Junta Nacional de Drogas, 2006).

Existen efectos típicos que son provocados por el consumo de determinadas sustancias lo que muchas veces se denomina efecto principal de la droga, que es que busca reproducir su consumidor, sin embargo un factor determinante que puede desencadenar una modificación diferente del estado de conciencia es: el estado psicológico del sujeto, y en la situación contextual en la que se encuentra (Oughourlian, 1977).

Los efectos de las drogas son enormemente influenciados por la psicología del sujeto y el medio en cual se encuentra inmerso. La personalidad del sujeto, su estado psicológico, la experiencia previa con la droga, las expectativas que tiene de sus efectos, los motivos por los cuales la consume, al igual que el ambiente que rodea al individuo en el momento en que consume pueden llegar a alterar la reacción farmacológica psíquica y fisiológica típica de la droga.

El conjunto de disposiciones mentales propias del individuo son denominadas “Set” y el ambiente que rodea al individuo se denomina “setting”. En determinados individuos la interacción con la droga se producen comportamientos más atribuibles al set y al setting del individuo y en menor medida a la composición química del producto (Oughourlian, 1977).

¿Que sucede con la PBC que se presenta como sustancia con un efecto intenso, sumamente adictiva, vinculada a hechos delictivos y violencia extrema?. Una mirada a los contextos de consumo permiten inferir cual es el setting, que retroalimenta esta percepción social. Sería un enfoque reduccionista plantear que el consumo de PBC esta vinculado a la delincuencia, dado que no ocurre en todos los usuarios, ni es una consecuencia atribuible a la sustancia.

Pero en grados muy altos de adicción, se cambia el proyecto de vida por el consumo de PBC, donde el individuo centra todos sus recursos, dando lugar a rupturas y distanciamiento de la familia, cambio del grupo de pares de referencia por grupos de consumo, perdida de contextos de socialización como el trabajo o centros de estudios por ser incompatibles con un consumo excesivo. Siendo cada vez más profunda la exclusión y marginalidad, también se instauran relaciones más intensas con los traficantes, quienes en muchos casos aceptan objetos personales a cambio de PBC favoreciendo la actividad delictiva. La soledad, el rechazo, la exclusión, la marginalidad, el contacto con otros consumidores que solventan su adicción mediante la actividad delictiva, se transforman en el setting del consumidor de PBC, aspectos que explican en parte los devastadores efectos sociales relacionados al consumo.

2.5 Efectos biológicos y psicológicos del consumo de PBC en sus diferentes fases:

La PBC al ser fumada alcanza altas concentraciones en el sistema nervioso central a los 10 segundos provocando un rápido efecto psicoestimulante, que se desvanece en pocos minutos, llevando a un estado psicológico de intensa disforia post consumo. Debido al rápido ciclo euforia-disforia, para evitar este ciclo se dan intensos deseo de consumir provocando patrones de consumo ininterrumpidos, donde se genera consumos excesivos que suelen prolongarse por varias horas o días, donde pueden generarse intoxicaciones (Haydeé Gallego, 1998).

Sus principales efectos fisiológicos y psicológicos pueden ser descritos en cuatro fases: fase de euforia, fase de disforia, fase de consumo ininterrumpido y fase de psicosis y alucinaciones:

Fase de Euforia: a los 10 segundos producido el consumo de PBC se ingresa en esta fase, a nivel psicológico se generan los siguientes efectos: una intensa sensación de euforia, disminución de inhibiciones, hiperexcitabilidad, sensación de placer, cambios en el nivel de atención, hipervigilancia y aceleración de los procesos de pensamiento. A nivel fisiológico se genera aumento de la presión arterial, incremento en la frecuencia cardiaca, también se eleva la temperatura corporal, aceleración de frecuencia respiratoria, disminución de: el sueño, el apetito y la fatiga (Junta Nacional de Drogas, 2006).

Fase de Disforia: los efectos psicológicos estimulantes desaparecen en pocos minutos y en su lugar se instaura una intensa sensación de disforia, con los siguientes síntomas: angustia, ansiedad, deseo incontrolable por seguir consumiendo, inseguridad, depresión, apatía, e indiferencia sexual, irritabilidad, culpa (JND, MSP, IMM, IDES, 2006). También se presentan otros síntomas psicológicos de mayor entidad clínica: ideación suicida y en algunos casos intentos suicidas. Desde lo fisiológico se observa: boca seca, insomnio, anorexia y cefalea (Pérez, 2003).

Fase de Consumo Ininterrumpido: esta fase corresponde a un patrón de consumo, guarda una enorme relación con la duración del efecto de la sustancia. La PBC provoca un efecto de euforia muy intenso y breve, que es seguido por la disforia, entonces los usuarios para evitar el efecto de “caída” vuelven a consumir nuevamente. (Junta Nacional de Drogas 2006)

El consumo continuo puede perdurar horas, días o inclusive semanas, se destaca en esta fase la apetencia compulsiva por la sustancia. Los usuarios describen un intenso síndrome disfórico pre y post consumo donde se vivencia una fuerte crepusculización de la conciencia y solo se desea consumir la droga acompañado con síntomas como dolor abdominal, urgencia rectal, irritabilidad e inquietud psicomotora. Esta intensa disforia cesa únicamente cuando se termina de aspirar el humo de PBC. Al termina la primera dosis se genera en el usuario un estado de intranquilidad psíquica que se acrecienta, hasta que se consume la segunda y así sucesivamente, finalizada el consumo cuando se agotan todas las posibilidades de conseguir más (Perez, Juan 2003).

Fase de Intoxicación Aguda- Psicosis y alucinaciones: ante el consumo intenso, ininterrumpido de grandes dosis en breve período se genera un estado de intoxicación aguda con síntomas de Psicosis y Alucinaciones. (Junta Nacional de Drogas 2006)

La intoxicación aguda provoca síntomas neuromusculares: temblor en las extremidades, agitación, estereotipias motoras como: paseo constante sin finalidad, abrir y cerrar cajones, puertas, emisión de gemidos y frases sin sentido. A nivel psicológico puede observarse agresividad y fenómenos paranoides como sentirse vigilados por traficantes, compañeros de consumo y la familia. La intoxicación aguda también provoca alucinaciones a nivel sensorial y perceptivo tanto visuales, auditivas como cenestésicas (Perez, Juan 2003).

A nivel fisiológicos la intoxicación o el consumo crónico de PBC puede generar los siguientes síntomas: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, convulsiones, riesgos de infartos, hemorragias cerebrales, accidentes derivados de la psicosis inducida por PBC, pérdida de peso, palidez, prurito, insomnio.

También por la modalidad de consumo al compartir los dispositivos de consumo en general pipas manufacturadas con elementos plásticos y latas se provocan quemaduras y lastimaduras en los labios existiendo riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas como: VIH, Hepatitis B y C (Junta Nacional de Drogas 2006).

El consumo reiterado a altas dosis puede desencadenar la muerte por paro cardiorrespiratorio o convulsiones generalizadas, los cuadros psicóticos y las alucinaciones no se cronifican más allá de la intoxicación (Haydeé Gallego, 1998).

La PBC genera una dependencia psíquica muy intensa, al suprimir o disminuir drásticamente el consumo puede generar un síndrome de abstinencia caracterizado por una profunda depresión con letargia, irritabilidad e ideación suicida (Junta Nacional de Drogas 2006).

2.6 PBC y Policonsumo

El patrón más típico de consumo de sustancias psicoactivas es la asociación de varias drogas denominado policonsumo, donde no se da la adicción a una sola sustancia ni se busca un efecto estereotipado, por el contrario se procura la búsqueda de sensaciones nuevas y efectos diferentes,

realizándose distintas asociaciones y combinaciones. Los resultados dependen de las drogas empleadas que pueden simplemente sumar sus efectos, potenciarse o por el contrario ser antagónicas. (Oughourlian Jean-Michael, 1977)

La PBC se inscribe en un contexto de policonsumo, dado que el tabaco suministra las cenizas para la combustión de la PBC haciendo posible que esta sea fumada, muy frecuentemente se combina con Alcohol y o Marihuana que operan como depresores del sistema nervioso central, que permiten contrarrestar, los efectos excitantes, la tensión motriz, y permiten sobrellevar la disforia intensa post consumo. Los consumidores plantean que empleo de marihuana permite controlar el consumo compulsivo reduciendo su deseo (JND, MSP, IMM, IDES, 2006).

2.7 Teoría General de los Sistemas en la Adicción y la Rehabilitación

La teoría del sistema postula que para comprender la adicción debemos analizar la relación que se establece entre la persona, la droga y el medio circundante. En la interacción de estos tres vértices que podríamos representarnos como un triángulo se construye el fenómeno de las adicciones. También es posible un modelo de comprensión de las adicciones desde la Teoría General de los Sistemas con un modelo de círculos concéntricos donde: la persona, la familia, la escuela, el grupo de pertenencia, la comunidad, los aspectos culturales, sociales, geopolíticos y la droga consumida constituyen un sistema de interacción que hacen que el todo sea más que la suma de sus partes (Da Silva, 2003).

Por lo tanto la rehabilitación en la adicción trasciende al individuo y la sustancia, se centra en restablecer el equilibrio entre todos los elementos interrelacionados e interactivos de este complejo sistema global.

2.8 El Proceso de Rehabilitación

Rehabilitarse a la adicción implica más que el logro de la abstinencia, significa comprometerse con un cambio en el estilo de vida y de relación con el entorno. Luego de establecer dicho cambio poder sostenerlo y con nuevas formas de adaptación a la existencia, desarrollando la madurez emocional y la fortaleza interna.

Este proceso se denomina desarrollo de la sobriedad y trasciende el concepto de abstinencia (Ramírez en Mejía, 2006).

La agudización de una conducta adictiva se da como un proceso donde la persona establece un compromiso progresivo cada vez más profundo con su adicción, la rehabilitación también debe ser entendida como procesos, donde se habilite a la persona a establecer pasos sucesivos y compromisos de importancia crecientes para su recuperación (Yaría, 1993).

La rehabilitación es un proceso implica la comprensión de camino mediante el cual se desarrolla una adicción y transitar la misma trayectoria pero en sentido inverso. La persona con una adicción desarrolla una relación con la droga, que inicialmente le lleva a cambiar las ideas que fundamentan su existencia, al evolucionar la adicción se genera un distanciamiento progresivo de: la sociedad, el trabajo, la familia, amigos y finalmente se aleja de si mismo. El proceso para superar las adicciones implica: primero romper la relación de la persona con la sustancia adictiva, posteriormente centrarse en restablecer los vínculos: consigo mismo, con sus seres significativos, con sus actividades, con la sociedad y con las ideas que fundamentan su existencia (Ramírez en Mejía 2006).

Para rehabilitar hay que habilitar a la persona a construir una vida trascendente donde la felicidad no requiera ser alucinada.

2.9 Niveles de integración Biopsicosocial en la Rehabilitación:

Se deben considerar para el afrontamiento de las adicciones la integración de los niveles biopsicosociales en la rehabilitación del la drogodependencia. Se postula la existencia de 4 niveles de rehabilitación: Pseudo-rehabilitación, Rehabilitación I, Rehabilitación II, Rehabilitación III (Navarro, 2005).

Pseudo-rehabilitación: en este nivel aun no se han establecido los cambios en el comportamiento adictivo, pueden presentar abstinencia si reciben a cambio un refuerzo intenso. Biológicamente no se ha establecido cambios frente a los estímulos condicionados de la adicción, se establece el reemplazo de la droga por otros estímulos gratificantes los cuales requieren ser experimentados de forma inmediata.

Psicológicamente no se manifiestan cambios, los circuitos del placer necesitan una estimulación

compulsiva de los estímulos que operan como reemplazantes de las drogas. Socialmente no se advierten cambios continúa la manipulación social, persiste la ausencia de valores, se observa el empleo de drogas sustitutas o el pasaje a adicciones sin sustancia como juegos de azar, riesgo y compulsión sexual (Navarro, 2005).

Rehabilitación I: en este nivel logran mantener la abstinencia y modifican su comportamiento adictivo y en el control de los mecanismos que refuerzan la adicción cumpliendo las indicaciones terapéuticas, utilizan como sostén a la institución donde realizaron el tratamiento requieren este contacto para sostener los logros.

Biológicamente se establece un restablecimiento parcial de los circuitos de placer respecto a los estímulos naturales y asociados a los lugares y personas que operan como protección frente a la adicción, sin embargo se mantienen activos los condicionamientos de la adicción en lugares o situaciones fuera de los lugares o personas de protección. Psicológicamente se manifiesta un reestablecimiento parcial del proceso psicológico de adaptación con actitudes de compañerismo y ayuda, junto a la vivencia de una gran necesidad de protección. Socialmente se da un relativo desarrollo de comportamientos sociales de adaptación, también frente a situaciones sociales cotidianas o competitivas la vivencia de inadecuación y fragilidad. Continúa el riesgo de compulsión sexual (Navarro, 2005).

Rehabilitación II: en esta fase se ha abandonado el consumo, hay readaptación al ambiente natural con estrategias de mantenimiento, se fortalece el afrontamiento al estrés mejorar su adaptación y tolerar la frustración, consolidación de comportamientos incompatibles con el consumo de sustancias aun en presencia de dificultades de la vida. Requieren aun un grupo de soporte especial permanente de sostén como podría ser el modelo de alcohólicos o narcóticos anónimos o grupos de autoayuda. Biológicamente se restablece el equilibrio natural de la función sináptica, donde los circuitos del placer responden ya ante los estímulos naturales. Psicológicamente se reestructuran los proceso adaptativos reincorporando hábitos de trabajo, estudio y valores como: honestidad, respeto a si mismo y a los otros. Socialmente se incorporan los comportamientos de adaptación, se presenta la necesidad de un grupo de soporte permanente que opere como sostén social en relación a las adicciones que funcione como reforzamiento, este grupo funciona

ayudando a responder a las demandas de entorno, a superar la soledad, frustración e inadecuación frente a la inserción en las redes sociales generales (Navarro, 2005).

Rehabilitación III: Esta es el nivel óptimo de rehabilitación, la persona logra incorporar nuevas actividades que le brindan satisfacción y mejoran su calidad de vida, ya no requiere de un grupo de soporte sino que es capaz de encontrar en su vida y en la sociedad la adaptación en las redes sociales generales. Biológicamente se han restablecido el equilibrio neuronal natural, los circuitos del placer responden ante una gran variedad de estímulos naturales. Psicológicamente se reestructuran los procesos adaptativos comportamientos diferenciados en valores cambio de estilo de vida que asegura la abstinencia, niveles importante de auto eficacia y logro de metas, incorporando estilos apropiados de afrontamiento al estrés.

Socialmente se desarrollan comportamientos sociales adaptados, de ayuda mutua y asertivos, logran insertarse a las redes sociales generales pudiendo encontrar soporte en estas, logrando la integración social e indiferencia ante los estímulos asociados con las sustancias adictivas (Navarro, 2005).

2.10 Las Recaídas en el proceso de Rehabilitación

La recaída se enmarca en el proceso de la superación de una adicción cuando un individuo ha transitado por un proceso de rehabilitación, donde uno de los objetivos y metas es establecer el compromiso con el logro de la abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas. La recaída debe ser diferenciada del consumo aislado que puede ser comprendido como una caída o desliz. “La recaída se define como: el retorno a patrones de consumo compulsivos que implican deterioro físico, psíquico y social equiparables a los presentados en la etapa previa al tratamiento.” (Korovsky et al , 2003, p.160)

Las recaídas además del sustrato neurobiológico que las fundamenta, son estudiadas desde sus determinantes ambientales, cognitivos y emocionales, especialmente en el análisis de los factores de riesgo y de protección. Respecto a las recaídas es esencial determinar el rol de las habilidades de afrontamiento y las expectativas de auto eficacia que el individuo posee sobre dichas habilidades de afrontamiento cuando se enfrenta a una situación de riesgo. Si ante una situación de riesgo de consumo el individuo no cuenta con habilidades de afrontamiento adecuadas, o las expectativas que tiene sobre su autoeficacia en la aplicación de

las mismas, sus mecanismos de control se debilitarán y se harán más preponderantes las expectativas positivas sobre los efectos gratificantes del consumo produciendo así una caída o desliz. Ante este episodio el individuo comprometido con la abstinencia reacciona con percepciones de culpabilidad y de incapacidad de control que es llamado el efecto de la violación de la abstinencia en conjunción con estas percepciones aumenta las probabilidades de recaída (Marlatt y Gordon 1985 en Luengo et al 2000)

Se han encontrado diversas tipologías de recaídas que no se presentan aisladas sino muchas veces combinadas:

Consumos reincidentes al inicio de los tratamientos: aparecen como consumos y no como recaídas al inicio el tratamiento, se relacionan a la adaptación del paciente al tratamiento, son una puesta a prueba del tratamiento, requieren intervención y ajuste de las pautas del tratamiento. (Abeijón y Urbano, 1999).

Consumos ligados a la significación de la adicción en la historia del individuo: el consumo aquí busca justificarse en un contexto y la recaída son los bloqueos existente en el sujeto o la familia para modificar el comportamiento debe utilizarse esta información y destrabarse el proceso e cambio. (Abeijón y Urbano, 1999).

Consumo cortocircuito: son los procesos de respuesta a los estímulos condicionados, se debe trabajar identificando esos estímulos y preparando a los sujetos para poder responder con control y no ser tomados desprevenidos. (Abeijón y Urbano, 1999).

Consumos como forma de automedicación: el individuo ante estados emocionales inestables como ansiedad, angustia, depresión busca reducirlos mediante los consumos, es fundamental apoyar al control y cambio emocional mediante otros recursos (Abeijón y Urbano, 1999).

Las recaídas deben enmarcarse en la rehabilitación como un proceso y significarse constructivamente, para que el usuario pueda interpretarla como experiencia de aprendizaje, y pueda cuestionarse respecto a que le era necesario elaborar para continuar y mejorar su rehabilitación.

3. Investigaciones sobre Afrontamiento y consumo de sustancias psicoactivas

3.1 Relación entre Afrontamiento y consumo de sustancias adictivas

El afrontamiento también ha sido definiendo como: "Cualquier esfuerzo saludable o mal sano, conciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial" (Matheney et al., 1986 en Caballo, 1998 p. 509).

Un aspecto relevante de esta definición, es que los esfuerzos de afrontamiento no son siempre saludables y constructivos, en ocasiones se adoptan estrategias de afrontamiento que generan mayores problemáticas empeorando la situación del individuo. Es característico de las sustancias adictivas reducir el número de los mecanismos de afrontamiento a la realidad, los no dependientes poseen variados recursos para enfrentar el estrés, pero el dependiente recurre a la sustancia en primer lugar. Acostumbrándose a este funcionamiento dejando en desuso sus otros mecanismos de afrontamiento. Cuando no se desarrollan mecanismos alternativos de afrontamiento la situación puede ser tolerada por un tiempo pero su desborde es un terreno fértil para la vuelta a la adicción. Es imprescindible indagar los mecanismos de afrontamiento que los pacientes desarrollan pueden reportar beneficios a corto plazo y pero ser intrínsecamente perjudiciales (Calderón, 2004).

3.2 Investigaciones sobre Afrontamiento y Adicciones

Se realizó una investigación en una muestra española de 314 personas donde 291 eran universitarios y 23 no universitarios, con edades de 18 a 30 años, se realizó un muestreo incidental en el Campus Universitario, un 55.4% eran consumidores habituales, se administró un cuestionario anónimo, el objetivo de la investigación fue evaluar: habilidades sociales, habilidades propias y estrategias de afrontamiento para evitar el consumo. Considerando las estrategias de afrontamiento como habilidades específicas puestas en práctica para evitar el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Las estrategias de afrontamiento se clasificaron en: 1- Decir que no quiero cuando me ofrecen, 2-Evitar lugares y personas relacionados con drogas, 3-Pensar en las consecuencias negativas que acarrea el consumo, 4-Simplemente no llevar dinero. Los resultados fueron que

las personas que evitan lugares y personas relacionadas al consumo como estrategia de afrontamiento para las bebidas fermentadas: consumen un 46% menos de unidades de bebida que los que no la usan; Los que utilizan la estrategia no llevar dinero multiplican por 6 el consumo de esta sustancias en comparación con los que no usan esta estrategia; Los que piensan en las consecuencias negativas disminuyen un 24% su consumo respecto a los que no la utilizan. Para el tabaco la estrategia no llevar dinero multiplica por 2 la frecuencia del consumo. Para el cannabis la estrategia pensar en las consecuencias negativas del consumo reduce en un 40% la frecuencia del consumo. Para las bebidas destiladas la estrategia cognitiva pensar en las consecuencias negativas disminuye el consumo. La estrategia de afrontamiento control de estímulos como no llevar dinero no es efectiva para las bebidas ni el tabaco, probablemente por los costos bajos de los mismos (Lorrens, et al, 2004).

En una muestra Española de 569 sujetos con abuso de heroína, cocaína, alcohol, benzodiazepinas y ludopatía, comparándose con una muestra de 197 personas de población general, se diseño y valido un cuestionario de variables de interacción social en individuos tratados por abuso o dependencias de sustancias estudiando las variables autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento, para evaluar esta ultima variable se adapto el CISS Coping inventory for stressful situations. Dicho cuestionario discrimina tres estilos de afrontamiento: tarea, emoción y apoyo social; Los hallazgos respecto al afrontamiento fueron que las mujeres puntúan más alto en el afrontamiento centrado en la Emoción y la Búsqueda de apoyo social. También se observo que la edad correlaciona negativamente con el afrontamiento de Búsqueda de apoyo social (Pedrero et al, 2005).

3.3 Investigaciones sobre frecuencia de empleo de estrategias de Afrontamiento:

Una investigación que analiza estrategias y su relación con el consumo de drogas se realizo en una muestra española de 371 estudiantes en primer ciclo de secundaria donde se aplico la Escala de Afrontamiento ACS. Se realizó un análisis entre estrategias de afrontamiento y consumo de drogas. Los resultados indicaron que las estrategias mas empleadas fueron: Distracción física (81.54), Búsqueda de diversiones relajantes (77.74), Invertir en amigos íntimos (76.48), Preocuparse (76.46), Buscar

pertenencia(74.77), Esforzarse y tener éxito(74.10). Las estrategias menos utilizadas fueron: Reducción de tensión (36.41), No afrontamiento (42.16) e Ignorar el problema (43.24), Búsqueda de apoyo espiritual (45.63) y Reservarlo para si (51.59). La muestra se subdividió en tres grupos: no consumo, consumo ocasional, consumo mensual y tipo de sustancia, analizándose los estilos de afrontamiento. Consumo de tabaco: el grupo no consumo emplea mayoritariamente el estilo de afrontamiento productivo, orientado a otros y con menor frecuencia el afrontamiento no productivo. Las estrategias de afrontamiento del grupo no consumo de tabaco más usadas fueron: Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Fijarse en lo positivo, Buscar ayuda profesional. Las menos utilizadas fueron: No afrontamiento, Reducción de tensión, Ignorar el problema, Reservarlo para sí. Para el consumo de alcohol se encontraron diferencias significativas en dos estrategias de afrontamiento: en el grupo de no consumidores de alcohol Esforzarse y tener éxito (77.07) tiene la frecuencia de empleo más alta y el grupo de consumidores habituales la frecuencia más baja (64.29); la estrategia Distracción física los no consumidores de alcohol (84.86) y consumidores habituales tienen resultados similares (89.25) y los consumidores ocasionales (78.46) obtienen la frecuencia de empleo más bajas. En el consumo de cannabis: el grupo de no consumo obtuvo puntuaciones más altas que el grupo que experimentó, en el empleo de las siguientes estrategias: Esforzarse y tener éxito (74.44) (66.00) y Autoinculparse (54.22) (45.00), viéndose la misma relación en el empleo del estilo de afrontamiento orientado a otros (57.97) y (48.85) respectivamente. Se analizó la relación entre determinadas estrategias de afrontamiento que parecerían operar como factores protectores para el inicio del consumo de drogas, como resultado se plantea que el estilo de afrontamiento productivo y las estrategias de afrontamiento como Esforzarse y tener éxito, Concentrarse en resolver el problema, Fijarse en lo positivo parecería tener efectos protectores para el riesgo del consumo de drogas. También algunas estrategias de afrontamiento podrían funcionar como factores de riesgo del consumo de drogas: el estilo no productivo de afrontamiento, en el empleo de las estrategias de No afrontamiento y Reducción de tensión viéndose menor empleo por parte de los no consumidores de tabaco no siendo igual para las otras sustancias (Gómez et al., 2006).

En la ciudad de Puerto alegre en Brasil se realizó una investigación con una muestra aleatoria de 389 alumnos de ambos sexos con edad promedio de 17.35 años, de 14 centros de enseñanza media, el objetivo

fue el análisis del comportamiento de riesgo en jóvenes donde una de las variables estudiadas fue el afrontamiento y el consumo de drogas legales e ilegales en jóvenes empleándose la Escala de afrontamiento al estrés ACS. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: Esforzarse y tener éxito ($x = 70.63$), preocuparse ($x = 78.20$), Fijarse en lo positivo ($x = 71.46$), Procurar diversiones relajantes ($x = 76.18$) y Distracción física ($x = 70.63$). Las menos utilizadas corresponden a: el No afrontamiento ($x = 42.29$), Reducción de tensión ($x = 43.56$), Acción social ($x = 40.40$), Ignorar el problema ($x = 35.14$). Observándose menor utilización de estrategias de evitación cognitivas y una disminuida Búsqueda de apoyo social. Se concluyó que: las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las estrategias cognitivas tanto activas como pasivas, y las menos utilizadas son las de evitación. Pudiendo verse una actitud predominantemente activa ante los problemas. Respecto al consumo de alcohol: 53 % en ocasiones especiales, 18.8% fines de semana, 2.1% diariamente y 31.9 % no consume, el 70.4% consume en grupo. Consumo de sustancias ilegales de consumo: se clasificaron en tres categorías: grupo A (morfina, heroína, LSD, cocaína y sus derivados) se observó solo consumo de una o más veces por año 6.2%, sin casos de consumo diario; grupo B (marihuana, codeína y Anfetamina) uso diario en un 0.3%, semanal 0.5%, mensual 4.6% y anual 19%. La más utilizada fue marihuana; grupo C (tranquilizantes y somníferos) consumo anual 2.3% y diario 0.3%. Se plantea que el consumo de sustancias especialmente alcohol se emplea para evitar emociones desagradables y aumentar el humor positivamente, que podría instaurarse como una estrategia de afrontamiento comportamental de evitación, como estilo específico de enfrentar situaciones estresantes (Gonçalvez, 2004).

Otro estudio sobre afrontamiento fue realizado con una muestra de la ciudad de México de 116 abusadores de sustancia, 102 dependientes de drogas solicitantes de tratamiento y 679 no usuarios de drogas como grupo control, de edades de 10 a 18 años. Una de las variables estudiadas fueron exposición a factores estresantes, estrategias afrontamiento, consumo, síntomas de ansiedad y depresión clasificando la muestra como: dependientes, abusadores de sustancias y no consumidores. Se empleó la escala para el Afrontamiento del Estrés de Lazarus y Folkman. Los resultados indicaron que el uso de estrategias de Solución de problemas disminuyó ligeramente cuando se agravaba el uso de drogas y no se presentaron diferencias en los otros estilos de afrontamiento. Además, cuando aumenta la exposición a factores estresantes aumenta el uso de

sustancias. Pudo establecerse que cuando existía prevalencia de síntomas depresivos aumentaban de forma directa el consumo, llegándose a la conclusión de que el consumo de drogas ilícitas es una forma inadaptada de afrontamiento de la ansiedad y la depresión (Arellanes et al., 2004).

3.4 Investigaciones sobre tiempo de abstinencia y estrategias de Afrontamiento:

Una investigación realizada en España sobre afrontamiento con la adaptación Española del Coping Behavior Inventory de Litman et al., se trabajó con una muestra de 17 ex usuarios del alcohol y 12 ex usuarios de drogas ilegales, grupo que se rehabilitó del consumo sin realizar tratamiento. Media de años en abstinencia 6.82 años para el grupo de alcohol y 5.50 años para el grupo de drogas ilegales. El cuestionario utilizado agrupa las estrategias en 4: Pensamiento positivo, Pensamiento negativo, Distracción y Evitación. Solo se encontraron diferencias significativas en Pensamiento negativo y Evitación entre la comparación de ambos grupos siendo superiores el uso de estas estrategias en los ex usuarios de drogas ilegales. La Evitación como estrategia es más difícil usarla por los ex usuarios del alcohol, pues el alcohol esta presente en muchos lugares y situaciones por lo tanto se debe recurrir a otras estrategias, sin embargo la Evitación es más eficaz para el consumo de sustancias ilegales dado que se reduce a situaciones y contextos más particulares (Carballo et al, 2007).

En Madrid se realizó otro estudio en muestra de pacientes dependientes de alcohol de 151 sujetos en rehabilitación, con el Inventario de Habilidades de Afrontamiento CBI, se encontró mayor empleo de las estrategias de afrontamiento cognitivo compuesto Pensamiento positivo en primer lugar donde se corresponde a pensar en las consecuencias positivas de mantenerse abstinentes y Pensamiento negativo en segundo lugar que se refiere a pensar en las consecuencias negativas físicas sociales y laborales del consumo; el tercer lugar corresponde a la Distracción y la menos utilizada ha sido la Evitación de estímulos y lugares relacionados con el consumo. No se ha encontrado el empleo de la Búsqueda de apoyo social, se considera que la estigmatización y aislamiento del entorno social genera dificultades a la hora de solicitar ayuda. Se observó un desarrollo progresivo de las habilidades de afrontamiento en las personas que han podido sostener la abstinencia por más tiempo. Mediante el CBI comprobaron que al principio de la recuperación cuando logran la

abstinencia utilizan la estrategia de Evitación conductual para afrontar las situaciones de riesgo, y en caso de no poder evitarlas emplean como estrategia el Apoyo social. Pero a mayor tiempo de abstinencia se modifica en el afrontamiento: disminuye el empleo de estrategias conductuales e incrementándose el afrontamiento cognitivo, mayoritariamente pensando en las consecuencias negativas del consumo en el pasado y pensando en los beneficios de la abstinencia (García y Alonzo, 2002).

Los individuos que cuentan con un mayor número de estrategias de afrontamiento y la flexibilidad para poder usarlas tienen más probabilidad de no recaer en el consumo. Sin embargo disponer de un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento no garantiza que sean utilizadas; dado que la eficacia percibida por el sujeto para las estrategias de afrontamiento son más importantes para la recuperación que las estrategias de afrontamiento en si mismas (Litman et al. en García y Alonzo, 2002).

3.5 Investigaciones sobre Afrontamiento en la etapa final de la Rehabilitación:

En la etapa final de la rehabilitación los individuos se enfrentan a un gran número de eventos que pueden percibir como estresantes, circunstancias comunes del proceso terapéutico: se debe ir abandonando un ambiente de apoyo emocional aportado por compañeros y profesionales, enfrentar la búsqueda de trabajo, asumir responsabilidades familiares, organizar el tiempo libre sin consumo de drogas, asumir una progresiva responsabilidad económica, insertarse en una red social normalizada. Se realizó una investigación en una muestra española de 24 personas en tratamiento en la fase de reinserción social y 24 personas de grupo control con edades medias de 29.50 y 30.58 años respectivamente de ambos sexos. Se analizaron los estilos de afrontamiento mediante el instrumento EEC-R. Los resultados fueron que solo se encontraron diferencias significativas en la Búsqueda de apoyo profesional el grupo en rehabilitación que presentaba mayor frecuencia de uso que el grupo control. Las estrategias de afrontamiento al estrés mediante la Religión y Evitación son las menos utilizadas por parte del grupo en rehabilitación. Esta investigación también se comparó dos perfiles de usuarios en rehabilitación de 21 a 24 años y de 28 a 36 años, observándose que los de mayor edad superan a los menores en el uso de la Expresión emocional abierta como estrategia de afrontamiento y los más jóvenes

emplean más la Evitación, Focalizar en la situación o problema y la Búsqueda de apoyo social (Mochaes y Guitierrez, 2000).

En un análisis de las publicaciones sobre prevención de recaídas de los últimos 20 años, al estudiar los determinantes de las recaídas plantean la vigencia del Modelo de afrontamiento del estrés, dicho modelo plantea que poder utilizar las estrategias de afrontamiento cuando se está en una situación de alto riesgo hace que las posibilidades de que se produzca una recaída disminuyan; las estrategias cognitivas como Pensar en las consecuencias positivas del no consumo o las Consecuencias negativas del mismo y las estrategias conductuales como Retrazar el momento, Escapar de la situación o emplear la Relajación han mostrado ser efectivas. Aunque mayoritariamente cuando se supera la situación de riesgo se observó mayor empleo de estrategias cognitivas. Las situaciones estresantes pueden ser precipitantes de las recaídas, si se produce un desliz bajo situaciones estresantes es más probable que evolucione a una recaída, la posibilidad de continuar el tratamiento en contacto con grupos de apoyo aumenta el mantenimiento de la abstinencia. Las estrategias de afrontamiento más efectivas son: las orientadas a que la persona pueda identificar sus situaciones de riesgo y cuente con un repertorio de repuestas asertivas para poder afrontarlas, mejorar habilidades sociales, y modificar las expectativas positivas respecto al consumo. También atender los estados de ánimo negativos precipitantes de recaídas y aprender a controlar los cambios emocionales para que no disminuya la capacidad de mantener la abstinencia (Marlatt y Gordon 1980 en Quesada et al, 2002).

Además que el individuo tenga un afrontamiento adecuado no implica que no pueda recaer dado que no depende solo del tipo de estrategia si no de la rapidez y convicción de la persona en la eficacia de dicha estrategia (Bear et al. 1989 en Quesada et al, 2002).

Se realizó un estudio con una muestra española de 145 personas posteriormente al alta terapéutica de tratamiento por dependencia a la heroína en un 89.6% y a la cocaína en un 11.7% el objetivo fue examinar los factores asociados a las recaídas. Uno de los factores estudiados fue el afrontamiento mediante Coping Behavior Inventory de Litman. Resultados se observó diferencias significativas en la forma de afrontar las situaciones de riesgo, el grupo que presentaba recaídas utilizaba menos el afrontamiento denominado Pensamiento positivo ante las situaciones de riesgo. Otro hallazgo fue que la razón del primer consumo en la

recaída es enfrentar estados de ánimo negativos siendo central el afrontamiento de los aspectos emocionales en el proceso de recaída (Luengo et al, 2001).

3.6 Investigaciones recientes sobre consumos de sustancias en Uruguay

En nuestro país se están efectuando estudios bi- anuales en población de jóvenes escolarizados, para diagnosticar el uso de drogas y observar cambios en los patrones de consumo, en 2005 realizó la Segunda Encuesta Nacional y Tercera en Montevideo donde se indagan las variaciones de consumo de drogas registradas entre 2003 y 2005 en estudiantes de enseñanza media. La muestra fue de 8033 de estudiantes de ambos sexos, de edad de 13 a 17 años.

Respecto al consumo de PBC en el sector de jóvenes escolarizados, su consumo presenta porcentajes bajos en experimentación y en consumo actual, los resultados indican que un 1.2% a consumido alguna vez en su vida, 0.6% a consumido en el último año, 0.2% consumió en ultimo mes, un 0.5% iniciaron el consumo este año y la edad de inicio registrada para el consumo de esta sustancias es en promedio 14.81 años. La población escolarizada es un segmento que se estima representa el 60 % de los jóvenes, para el 40% restante de los jóvenes no es posible extrapolar los resultados de dicho estudio, dado que se considera que presentan pautas de consumo diferentes. El consumo de PBC ha tenido un gran impacto en nuestro país a partir del año 2003 pero se presenta fundamentalmente en sectores no escolarizados. (Suárez et al, 2006)

Otra investigación sobre consumo de drogas en nuestro país se realizo en noviembre y diciembre de 2006, con una población de 12 a 65 años residentes en ciudades de 10.000 habitantes y más, con una muestra de 7000 encuestados, donde el instrumento fue la encuesta cara a cara. Respecto a la PBC un 0.8 % la ha experimentado y un 0.3% presenta consumo reciente; el 57% de los consumidores resientes presenta signos de dependencia, con mayor proporción masculina donde 3 de cada 4 consumidores son hombres y la edad promedio para el inicio es de 20 años. Respecto a la incidencia es decir el porcentaje de los nuevos consumidores de sustancia por año encontraron un 0.1% para PBC. Los datos muestran que el consumo de esta sustancia es de baja magnitud pero de alto impacto y visibilidad dado que se concentra en los sectores de alta vulnerabilidad social.(Observatorio Uruguayo de Drogas, 2006)

Observando la Prevalencia de consumo de PBC en población escolarizada y general con una porcentaje de experimentación de 1.2 % y 0.85 % respectivamente estaríamos motivados a decir que el impacto de esta sustancia en nuestra población es de baja magnitud, sin embargo para el 40% restante de la población en especial donde la vulnerabilidad social ha contribuido a potenciar las dificultades de la situación, nos encontramos como contrapartida con que esta sustancia ha sido definida como la droga problema para la mayoría de los usuarios de droga en tratamiento.

3.7 Investigaciones sociodemográficas con población clínica de usuarios de drogas en Uruguay

Una investigación sobre el perfil de los usuarios fue realizada en 2004 con los usuarios consultantes al Hospital Maciel con 95 personas. La distribución según el sexo es predominantemente masculina siendo un 80% hombres y un 20% mujeres. La distribución según rango etáreo es la siguiente: de 10 a 19 años 14.7%, de 20 a 29 años 52.6%, de 30 a 39 años 24.2%, de 40 a 49 años 3.2%, de 50 a 59 años 4.2% y d mayores de 60 representan a 1.1%.(Larrobla y Pouy 2004 en JND, MSP, IMM, IDES 2006).

La distribución según el nivel de estudio se encontró que el 9.5% estaban estudiando actualmente y se analizó el nivel alcanzado por el grupo que no eran estudiantes que representan el 81.1% encontrando los siguientes resultados: el 8.4% habían accedido a educación primaria, el 60% estudios secundarios, y el 7.4% estudios terciarios y UTU de un 5.3% no se poseen registros. Respecto a la convivencia se observaron los siguientes resultados: 17.9% vivían solos, 12.6% madre, padre y hermanos, 10.5% únicamente la madre, 6.3% con pareja e hijos, 4.2% en pareja, 2.1% hermanos, 2.1% otros familiares y finalmente 1.1% con hijos. Respecto a los antecedentes de internaciones psiquiátricas el 25.3% las había tenido y el 70.5% no, los motivos de internación en su mayoría fueron: intoxicación por drogas o ingesta de alcohol (Larrobla y Pouy 2004 en JND, MSP, IMM, IDES 2006).

Otra investigación del perfil de los consumidores se realizó a través del análisis de las consultas recibidas en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina en el departamento de Toxicología en el año 2005, se atendieron en este año 192 nuevos usuarios. Se encontró una amplia predominancia masculina siendo un porcentaje de 84.8% y las mujeres representan el 15.2% de los consultantes. La distribución etárea

fue de un 53.6% en el rango de 14 a 25 años, de un 37.3% en el rango de 26 a 35 años y de un 9% en el rango de mayores de 35 años. La distribución según departamento de procedencia fue la siguiente: Montevideo 85.6%, Canelones 4.8%, Soriano 1.1% y finalmente un 0.5% para cada uno de los siguientes departamentos Paysandú, Colonia, Rocha, Treinta y Tres, Artigas y Florida. El nivel de ocupación en el momento de la consulta era el siguiente: desocupados 32%, trabajo estable 31%, Changas 18%, trabajadores independientes 11%, estudiantes 4%, profesionales 1.4% y patronos 1.4%. El nivel educativo tuvo la siguiente distribución: primaria completa y primer ciclo de secundaria incompleta 40%, secundaria primer ciclo completo y segundo ciclo incompleto 29.2%, primaria incompleta 9%, Estudios terciarios o universitarios completos o incompletos 3.6%. Respecto a la respuesta al tratamiento un 40% de los pacientes que consultan por PBC logran la abstinencia que la mantienen por al menos 2 meses, un 30% responde al programa de reducción de daños pasando al consumo de marihuana y abandonando la pasta base de cocaína, finalmente entre un 30% y 40% abandonan el tratamiento y muchas veces reconsultan 4 o 5 meses después. Respecto a la sustancia principal que motiva la consulta es mayoritariamente PBC, seguida por alcohol (Facultad de Medicina-Departamento de Toxicología 2005 en JND, MSP, IMM, IDES 2006).

Otra investigación sobre el perfil de usuarios de drogas en Uruguay se realizó con una muestra de 95 pacientes atendidos del mes 4 a 7 del 2006 en el Portal Amarillo, mediante el Registro de atención y tratamiento de drogas, informe N° 1: Portal amarillo. En esta investigación se emplea la ficha de notificación individual el mismo instrumento que se aplicó en nuestra investigación. (Informe N° 1: Portal amarillo en JND, MSP, IMM, IDES 2006).

Dicha investigación mostró los siguientes resultados: información Sociodemográfica la distribución por género se observó predominancia masculina 86.7% hombres y 13.3% mujeres. Respecto al nivel de educación la distribución fue: secundaria incompleta 42%, primaria completa 28.7%, primaria incompleta 12.8%, secundaria completa 4.3%, UTU incompleta 3.2%, educación terciaria incompleta 3.2%, otros estudios 2.1%, analfabetismo 2.1% y finalmente UTU completa 1.1%. La distribución según los rangos etáreos de los usuarios indica los siguientes porcentajes: hasta 17 años 20.5%, de 18 a 24 años 35.6%, de 25 a 29 años 34.2%, de 30 a 34 años 8.2% y finalmente mayores de 35 años 1.4%. En tanto al estado civil son en su

mayoría solteros 74.7%, concubinos 14.7%, separados 6.3%, divorciados 3.2%, otra situación 1.1%. La distribución según la ocupación revela que la mayoría son desocupados 54.3%, trabajo estable 17%, changas 12.8%, estudiantes 6.4%, otros 5.4%, mendicidad 3.2%, perciben pensión 1.1%. Respecto a las características del consumo de sustancias se encontraron los siguientes resultados la droga consumida por la mayoría es PBC 89.5%, Marihuana 84.2 %, Tabaco 73.3%, Alcohol 68.4 %, Cocaína 66.3%, solventes 23.3%, Alucinógenos 18.9%, Crack 13.7%, Éxtasis 7.4 % y otras sustancias 6.3 %. La droga problema es decir por la cual solicitan atención es para la mayoría la PBC 96.6%, Cocaína 2.2% y Marihuana 1.1%. Se observa en la mayoría el policonsumo, donde en las mayores tasas de consumo corresponden a consumo diario de PBC 79.6%, Marihuana 78.6% y Tabaco 84.6%, y en menor medida consumo diario de Cocaína, 44.4% y Alcohol 25%. La cantidad de sustancias experimentadas es en promedio cinco incluyendo la drogas legales mostrando los siguientes porcentajes: 5 sustancias: 24.7%, 6 sustancias: 19.1%, 4 sustancias: 14.6%, 2 sustancias: 11.2%, 7 sustancias: 10.1%, 3 sustancias: 10.1%, 8 sustancias: 7.9% y 1 sustancia: 2.2%. El cambio en el patrón de consumo de la experimentación al uso regular se da en su mayoría en un breve período de tiempo, acentuándose más con PBC mostrando los siguientes índices: PBC: menos de 2 meses, Cocaína: 4 meses, Marihuana: 6 meses, Alcohol: 1 año y cuatro meses, Tabaco: un año y 4 meses. El consumo de drogas legales como alcohol y tabaco han precedido en todos los casos los consumos de otras drogas ilegales. En la demanda de atención y tratamiento se observa que en su mayoría concurren por forma voluntaria 60%, presionados por la familia 15.5%, indicación médica 11.3%, derivados 6.2%, indicación judicial 4.1% y sin datos 2.1%. Se señala un alto índice de reincidencias donde los tratamiento previos en los últimos 12 meses muestran la siguiente distribución: ninguna vez 43.6%, una vez 42.3%, dos veces 10.3 %, tres veces 3.8%. (Informe N° 1: Portal amarillo en JND, MSP, IMM, IDES 2006).

SEGUNDA PARTE. INVESTIGACIÓN

4-INTRODUCCIÓN

La razón de realizar este nuestro estudio surge en contexto de que en Uruguay se han realizado muy pocas investigaciones sobre los usuarios de Pasta Base de Cocaína en rehabilitación, la difusión de esta sustancia es un hecho social reciente emergente desde el 2002, generando en la sociedad un estado de alarma y en lugar de aportar soluciones viables ha profundizado la estigmatización sobre los usuarios de drogas. Nos encontramos en una fase preliminar de conocimiento, frente a esta necesidad mediante datos empíricos, el objetivo de esta investigación es analizar como estas personas construyen sus trayectorias de recuperación, para incluir en la escena de la adicción a la Pasta Base también las posibilidades de afrontarla y las estrategias que han resultado eficaces para la rehabilitación.

Aproximarse a los aspectos sociales de las personas, nos permitirá poder tener una visión global desde donde contextualizar el consumo, desde la compleja interacción persona, sustancia y situación, aspectos que anteriormente resultaron en el desarrollo de la adicción vuelven a configurarse construyendo ahora trayectorias de rehabilitación. Conocer los aspectos sociales y las estrategias que implementan cuando afrontan rehabilitarse de su adicción nos aportará información sobre sus fortalezas desde donde establecen su camino de recuperación y también aproximarnos a las necesidades en las cuales deberíamos trabajar en los tratamientos.

4.1 Objetivos de la investigación

4.1.1 Objetivos generales:

Con la realización de esta memoria nos interesaría evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés en los usuarios en rehabilitación a la adicción de pasta base de cocaína y conocer los aspectos centrales de cómo es su situación sociodemográfica y aspectos relacionados al consumo de sustancias.

4.1.2 Objetivos específicos:

- 1) Realizar una aproximación descriptiva al perfil sociodemográfico y patrones anteriores de consumo de personas en rehabilitación.
- 2) Analizar las estrategias de afrontamiento.
- 3) Analizar estrategias de afrontamiento en etapas iniciales y la etapa final del tratamiento.
- 4) Comparar tiempo de abstinencia y estrategias de afrontamiento.

5. METODOLOGÍA

5.1 Muestra:

La muestra de este estudio consistió en 97 usuarios 84 hombres y 13 mujeres que estaban participando en el tratamiento de la adicción de Pasta Base de Cocaína. Los mismos estaban en rehabilitación en 5 instituciones de las 22 instituciones que atienden a usuarios en Montevideo. El período de recolección de datos fue realizado entre setiembre de 2007 a marzo de 2008. Las instituciones fueron seleccionadas de forma incidental de acuerdo a la accesibilidad de las mismas, en la muestra general se analizó el perfil sociodemográfico y patrones de consumo.

Submuestra:

En el análisis de las estrategias de afrontamiento se empleó un segmento de la muestra de acuerdo a los objetivos, con los usuarios que indicaron como sustancia principal de consumo PBC y menores de 30 años, la sub muestra está comprendida por 61 usuarios.

5.2 Diseño:

El Diseño fue un estudio exploratorio, descriptivo y transversal.

5.3 Instrumentos:

1-Los datos sociodemográficos y los patrones anteriores de consumo de sustancias se evaluaron mediante la Ficha de Notificación Individual del Observatorio Uruguayo de Drogas de Suárez Héctor et al (2006)¹, abreviada en función de los objetivos de este estudio.²

La ficha de notificación individual es formulario pre-codificado utilizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas para la descripción y monitorio sobre la demanda de drogas con indicadores homogéneos diseñada para la notificación de los usuarios consultantes en los Centros de la Red del Observatorio Nacional de de Drogas. El formulario consta con 29 preguntas cerradas, que se analiza cinco indicadores: 1: Perfil sociodemográfico e historia de tratamiento de la población objetivo, 2: Droga que motiva el tratamiento, 3: Policonsumo y patrón de consumo, 4: Aparición de nuevas sustancias o patrones de consumo, 5: Historia médica del consultante. Suárez et al (2006)

Dos indicadores de dichas dimensiones requieren una definición, en consumo de sustancias: prevalencia de vida variable que mide el consumo de sustancias alguna vez en la vida por los usuarios y prevalencia de año variable que mide el consumo reciente por sustancia en el año previo al tratamiento.

Los 23 ítems del formularios son: 1-Fecha, 2-Centro notificador, 3-Sexo, 4-Identificación, 5-Fecha de nacimiento, 6-Lugar de nacimiento, 7-Departamento o Barrio, 8-Estado civil, 9-Situación laboral, 10-Estudios cursados, 11-Como acudió al tratamiento, 12-Convivencia los últimos 30 días antes del tratamiento, 13-Tratamientos previos por problemas de consumo de drogas durante los últimos 12 meses, 14-Tipo del último tratamiento previo por problemas de drogas, 15-Razones de abandono de último tratamiento previo, 16-Sustancia psicoactiva por la que es admitido en tratamiento, 17-Descripción de las sustancias que consume, 18-Edad de inicio del consumo, 19-Edad de inicio del consumo regular, 20- consumo en los últimos 12 meses, 21-Frecuencia con la que uso estas drogas, 22-Si recibió tratamiento por el consumo de esta droga, 23-Trastornos mentales, 24-Tipo de trastorno, 25-Recibió tratamiento, 26-Problemas legales, 27-Detenido, 28-Problemas médicos, 29-Tipo de tratamiento a realizar.

¹ Ficha de Notificación Individual Original (Anexo 1) y las dimensiones de la Ficha de notificación individual original se encuentran en (Anexo 2)

² Procedimiento de abreviación de la ficha de notificación individual en (Apéndice 6), Dimensiones de la ficha de notificación individual adaptada (Apéndice 7) y Ficha de notificación individual abreviada (Apéndice 8)

2.-Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) en su versión específica, Erica Frydenberg y Ramón Lewis en su adaptación uruguaya (García Pérez, 2008).

El ACS: es un instrumento de autoinforme de investigación, terapia y orientación que permite examinar las formas o modos de afrontar los problemas o preocupaciones en forma individual y colectiva. Consta de 2 formas, una forma general y otra específica, cuyas preguntas son iguales y sólo se diferencian por la consigna.

En este caso se administró la Escala Específica la cual admite que el investigador o administrador pueda especificar un problema. En esta investigación el problema que se presentó fue: ***“En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente suele encarar sus problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para superar la adicción”***. El instrumento es de autoinforme consta con 80 preguntas, 79 cerradas y una pregunta abierta, que evalúan dieciocho estrategias de afrontamiento. Las 18 estrategias de afrontamiento contienen entre 3 y 5 ítems: desde la estrategia 1 a la número 9 incluye 5 ítems, de la estrategia número 10 a la 16 el factor está conformado por 4 ítems y las últimas dos estrategias (17 y 18) incluyen solamente tres ítems cada una, evaluadas mediante una escala Likert de 1 a 5. Las estrategias de afrontamiento son según Frydenberg y Lewis en Pereña y Seisdedos (1996): 1.-As: Buscar apoyo social: Inclinación a compartir los problemas con los demás y conseguir ayuda y apoyo para afrontarlos (1, 19, 37, 55, 71). Rp: Concentrarse en resolver el problema: Abordar el problema sistemáticamente, pensando en él y teniendo en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución (2, 20, 38, 56, 72). 3.-Es: Esforzarse y tener éxito: Se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal (3, 21, 39, 57, 73). 4.-Pr: Preocuparse: Temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura (4, 22, 40, 58, 74). 5.-Ai: Invertir en amigos íntimos: Esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades (5, 23, 41, 59, 75). 6.-Pe: Buscar pertenencia: Preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más específicamente, por lo que otros piensan de uno (6, 24, 42, 60, 76). 7.-Hi: Hacerse ilusiones: Esperar que se arreglen las cosas, confiar en la esperanza y en la expectativa de que todo

tendrá un final feliz (7, 25, 43, 61, 77). 8.-Na: Falta de afrontamiento o no afrontamiento: No hacer nada, incapacidad para resolver el problema, sentirse enfermo (8, 26, 44, 62, 78). 9.-Rt: Reducción de la tensión: Sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión, reducir la presión, llorar, gritar, evadirse, tomar alcohol o droga (9, 27, 45, 63, 79).. 10.-So: Acción social: Dar a conocer a los demás cuál es la preocupación y buscar ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos (10, 28, 46, 64). 11.-Ip: Ignorar el problema: Esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él (11, 29, 47, 65). 12.-Cu: Autoinculparse: Verse como culpable o responsable del problema o dificultad (12, 30, 48, 66). 13.-Re: Reservarlo para sí: Tendencia a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones (13, 31, 49, 67). 14.-Ae: Buscar apoyo espiritual: Tendencia a rezar y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual (14, 32, 50, 68). 15.-Po: Fijarse en lo positivo: tratar de tener una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado (15, 33, 51, 69).. 16.-Ap: Buscar ayuda profesional: Tendencia a recurrir al uso de consejeros profesionales, como un maestro o un psicólogo (16, 34, 52, 70). 17.-Dr: Buscar diversiones relajantes: Buscar situaciones de ocio y relajantes tales como la lectura, la pintura, divertirse, etc. (17, 35, 53).. 18.-Fi: Distracción física: Dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma (18, 36, 54).

La evaluación de las estrategias es mediante respuestas graduadas de frecuencia de utilización en una escala del 1 al 5 donde las puntuaciones corresponden a: 1- no me ocurre nunca o no lo hago, 2-me ocurre o lo hago raras veces, 3-me ocurre o lo hago algunas veces, 4-me ocurre o lo hago a menudo y 5-me ocurre o lo hago con mucha frecuencias. Población objetivo: “el instrumento ha sido pensado para su uso con jóvenes entre 12 y 18 años. La experiencia ha demostrado, no obstante, que puede ser utilizado con personas mayores de esa edad” (Pereña y Seisdedos, 2000, p.9).

5.4 Procedimiento:

Las evaluaciones se realizaron en los centros de tratamiento dentro de los horarios de atención, coordinando su realización en los horarios de actividad libre para los pacientes en modalidad residencial, e inmediatamente después de finalizar las actividades establecidas para los pacientes ambulatorios. La

recolección de datos fue realizada por la investigadora realizándose aplicaciones colectivas o individuales de acuerdo a las características de la institución. Las administraciones individuales se realizaron de acuerdo a las características del paciente. Siete de ellos presentaron dificultades al leer las preguntas. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima contándose con el consentimiento informado escrito de cada participante y garantizándose la confidencialidad de las respuestas.

5.5 Aspecto Éticos de la investigación:

Los aspectos éticos se plantearon de acuerdo a las especificaciones de Franca-Tarrangó (1999) considerando los lineamientos del Comité de Ética de Investigación de la UCU. Los participantes e instituciones fueron informados sobre el objetivo, finalidad y contexto de la investigación, la participación fue voluntaria, se contó con el consentimiento informado escrito de los participantes. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de los resultados a los participantes y los centros, los instrumentos de registros contemplaban estos aspectos no registrando el nombre sino un auto generado de codificación en los protocolos.³

³Consentimiento informado (Apéndice 9) y la Carta de invitación a los centros (Apéndice 10)

6. RESULTADOS

Para los datos del Perfil Sociodemográfico (Ficha de notificación individual) se realizó el análisis de frecuencia para cada una de las variables, porcentajes, media aritmética y desviación estándar, mediante el Paquete estadístico SPSS, versión 1.5. En base a las siguientes dimensiones: 1.- Perfil de la población: sociodemográfico. 2.- Conductual: Consumo de sustancias y Dinámica de consumo. 3.- Actitudinal: motivación a la rehabilitación.

6.1 Resultados dimensión Perfil de la población variables Sociodemográficas

Sexo: el 86.6 % de los participantes fueron hombres y el 13.4% de mujeres. (Tabla 1)⁴

Respecto a la distribución etárea, la mayor proporción de los usuarios se encuentra comprendida en el rango de 18 a 24 años correspondiéndose al 32%, segundo el rango de 25 a 29 años con 26.8%, tercero, entre 30 y 34 años con el 15.5%, cuarto, mayores de 35 con 14.4% y en último lugar el rango de hasta 17 años con 11.3% (Tabla 2).⁵

Estado civil, de mayor a menor porcentaje, con 69.1%, de solteros, concubinato 11.3 %, casados 8.2%, separados con un 7.2% y divorciados 4.1% de los usuarios (Tabla 3).

Nivel de estudios, de menor a mayor porcentaje: secundaria incompleta 39.2%, primaria completa 16.5%, UTU incompleta 12.4%, UTU completa 11.3%, estudios terciarios completos 7.2%, estudios terciarios incompletos con un 5.2%, primaria incompleta 4.1%, secundaria completa 2.1%, y nunca estudiaron y con otros estudios un 1% en cada categoría (Tabla 4).

Situación laboral de mayor a menor porcentaje: un 50.5% se encuentra desocupado, un 24.7% tiene trabajo estable actual o al que puede volver al finalizar el tratamiento, changas 9.3%, estudiantes con un 8.2%, estudian y trabajan 3.1%, reciben pensión 2.1% y en último lugar seguro de paro y los jubilados un 1% en cada categoría (Tabla 5).

⁴ Todas las tablas con el análisis de frecuencias están ubicadas en el: (Apéndice 1).

⁵ Gráficas Dimensión Perfil de la población variable Sociodemográfica N°: 1 Rango de edad, 2 estado civil, 3 convivencia familiar, 4 nivel de estudio, 5 situación laboral en (Apéndice 2).

Departamento de residencia de mayor a menor porcentaje: Montevideo 87.6%, Canelones 4.1%, 3.1% de usuarios que residen en el extranjero, 2.1% Maldonado, en igual proporción Soriano, San José y Flores 1% por cada departamento (Tabla 6).

Convivencia familiar de mayor a menor porcentaje: quiénes viven con uno o ambos padres 59.9%, viven solos 13.4%, viven con otros 13.4%, viven con su pareja e hijos 10.3%, y en último lugar 1% viven únicamente en pareja, 1% únicamente con hijos y 1% con amigos (Tabla 7).

La categoría otros la hemos desglosado por el alto porcentaje que representa en dos variables esta constituida por usuarios que viven con abuelos 5.2%, en refugios 5.2%, con hermanos 1% y en hogares 1%.

6.2 Resultados dimensión Conductual variable Consumo de sustancias

Prevalencia de Vida y prevalencia de año porcentaje por sustancia de mayor a menor: Tabaco 99% y un 94.8%, Alcohol 96.9% y un 92.8%, Marihuana 89.7% y 80.4%, Cocaína 84.5% y 70.1%, PBC 83.5% y 82.5%, Alucinógenos 48.5% y 18.6%, Solventes con un 45.4% y 16.5%, Psicofármacos sin prescripción médica 30.9% y 21.6%, Crack 29.9% y 15.5%, Éxtasis 20.6% y 10.3% continuaron. Otras sustancias (Ketamina, Codeína y Opio) 6.2% y 3.1% (Ver tabla 8).⁶

6.3 Resultados dimensión Conductual variable Dinámica de consumo

En el análisis del rango de edad de inicio están incluidos el porcentaje de no consumidores, por eso las mayorías nos son absolutas sino relativas al porcentaje de consumidores, se señalan los rangos de mayor frecuencia:

Rango de edad de inicio consumo de sustancias de mayor a menor porcentaje: antes de los 17 años: Tabaco 93.8%, Alcohol 92.8%, Marihuana 81.4%, Cocaína 58.9%, Solventes 38.1% y Alucinógenos 27.8%. Rango de 18 a 24: para Crack 15.5%, Éxtasis 10.3%, Otras 3.1%. Psicofármacos y otras sustancias, igual en ambos rangos menores de 17 años y de 18 a 24 años 12.4%. Pasta Base edad de inicio mayor frecuencia 18

⁶ Gráfica Dimensión Conductual variable Consumo de sustancias N°: 6 Prevalencia de vida y de año (Apéndice 2)

a 24 años, 32%, de menos de 17, 27.8%, 25 a 29 años, 15.5% y 30 a 35 años, 7.2%, mas de 35 años 1% (Ver tabla 9-A).⁷

La diferencia entre los porcentajes del primer consumo y el consumo regular se han calculado en base al porcentaje de consumidores, excluyendo del cálculo a los que no han presentado consumidores experimentales para cada sustancia.

La diferencia entre el primer consumo y el consumo regular en un período menor a un año, según sustancias de mayor a menor porcentaje: PBC 74.1%, Marihuana 67.8%, Tabaco 57.3%, Psicofármacos 56.7%, Alcohol 54.7%, Solventes 54.5%, Crack 53.6%, Cocaína 51.2%, Otras 50%, Alucinógenos 48.9% y Éxtasis 28.0% (Ver Tabla 11).

No pasaron al consumo regular por sustancias: Éxtasis 60.0%, Otras 50%, Solventes 40.9%, Alucinógenos 38.3%, Crack 35.7%, Psicofármacos 30.0%, Cocaína 12.2%, Marihuana 8%, y Alcohol 5.3%, PBC 4.9% y Tabaco 2.1% (Tabla 11).

Se analizan las frecuencias de consumo por sustancia, mayorías relativas dado que en el análisis de estas frecuencias están excluidos el porcentaje de no consumidores antes de ingresar al tratamiento. Según la frecuencia de consumo en la categoría que se presentó mayor consumo por sustancia: Consumo diario: Tabaco 88,5%, PBC 69,1%, Marihuana 49,4% y Psicofármacos sin prescripción 33.3%, Consumo semanal: Alcohol 38,9% y Cocaína 34,1%. Nunca en los últimos 12 meses: Alucinógenos 51,1%, Otras 50%, Crack 44.8%, Éxtasis 40% (Ver tabla 12-B).

6.4 Resultados dimensión Actitudinal variable Motivación a la rehabilitación

Vía de ingreso al centro: 80.4% asistió voluntariamente, asistió presionado por la familia 9.3%, 6.2% asiste por indicación médica, 2.1% ingresaron por voluntad propia y presión familiar, el 1% por indicación judicial y 1% por presión de los amigos (Tabla 13).⁸

⁷ Gráficas Dimensión conductual variable consumo de sustancias N°: 7 edad de inicio por sustancia, 8 desarrollo de consumo regular, 9 frecuencia de consumo (Apéndice 2).

⁸ Gráficas Dimensión Aspectos Actitudinal variable motivación a la rehabilitación N°: 10 Vía de ingreso al centro, 11 Tipo de tratamiento, 12 tiempo de abstinencia (Apéndice 2).

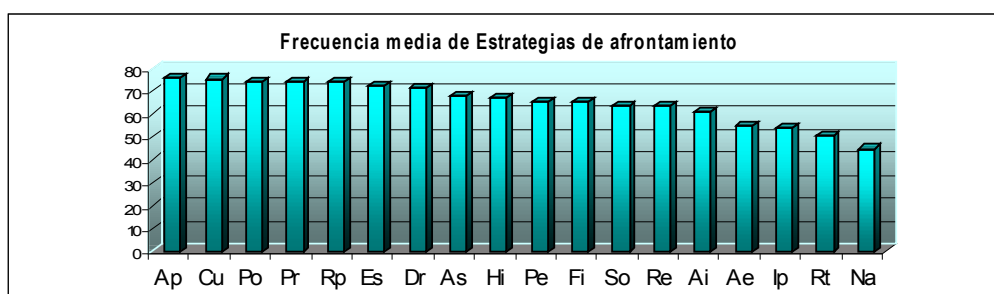
Tratamiento actual: tratamiento en residencial con Comunidades Terapéuticas 37.1%, tratamiento Residencial sin Comunidad terapéutica 30.9%, Ambulatorio 17.5%, Centro Diurno 6.2%, Grupos de Autoayuda 5.2% y Hospital 3.1%.(Tabla 14).

Número de tratamientos: consulta por primer vez, 51.5%, segundo tratamiento, 20.6%, tercer y cuarto tratamiento, 8.2%, quinto 6.2%, sexto 4.1%, séptimo 1% (Tabla 15).

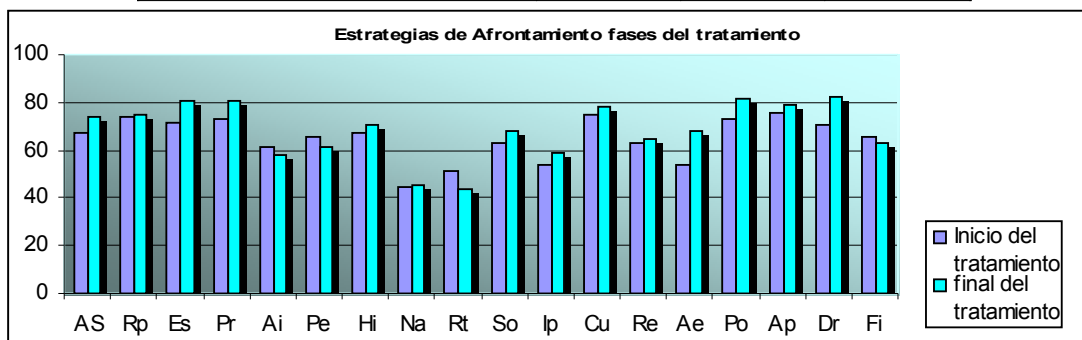
Tiempo de abstinencia: 0 a 3 meses 70.1%, de 3 a 6 meses, 16.5%, de 6 a 12 meses, 7.2% y finalmente con igual proporción para cada categoría, más de un año y más de dos años de abstinencia con un 3.1% en cada categoría (Tabla 16).

6.5 Resultados Afrontamiento:

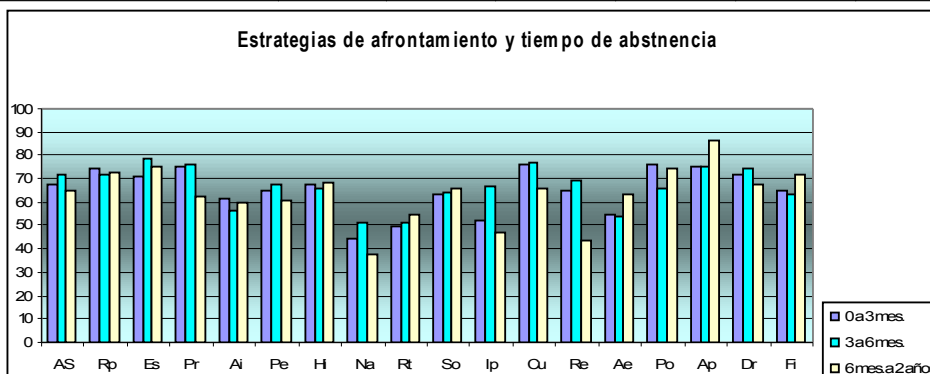
Estilos de afrontamiento de mayor a menor (Tabla : Nº 17)	Media	Desvió Estándar
Buscar Ayuda Profesional	76,14	21,24
Autoinculparse	75,32	18,34
Fijarse en lo Positivo	74,26	19,42
Preocuparse	74,03	17,46
Concentrarse en Resolver el Problema	74,03	15,63
Esforzarse y tener Éxito	72,52	16,45
Buscar Diversiones Relajantes	71,60	20,85
Búsqueda de apoyo social	68,26	18,32
Hacerse ilusiones	67,27	12,07
Buscar Pertenencia	64,98	15,87
Distracción Física	64,95	27,56
Acción Social	63,85	19,54
Reservarlo para si	63,60	18,95
Invertir en Amigos Íntimos	60,78	19,53
Buscar Apoyo Espiritual	55,08	17,23
Ignorar el Problema	54,01	19,76
Reducción de Tensión	50,22	15,27
Falta de Afrontamiento	44,78	17,44



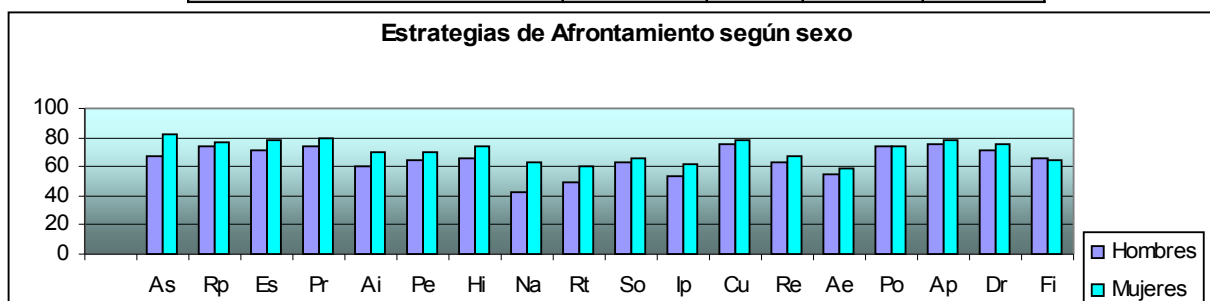
Comparación de afrontamiento en fases iniciales y fase final del tratamiento (Tabla N° 18)	Media inicio tratamiento	Media final tratamiento	Sig. asintót. (bilateral) sig. al nivel 0.05
Búsqueda de apoyo social	67,48	74,28	,510
Concentrarse en Resolver el Problema	73,92	74,85	,928
Esforzarse y tener Éxito	71,48	80,57	,199
Preocuparse	73,18	80,57	,334
Invertir en Amigos Íntimos	61,11	58,28	,634
Buscar Pertenencia	65,48	61,14	,328
Hacerse ilusiones	66,88	70,28	,445
Falta de Afrontamiento	44,74	45,14	,658
Reducción de Tensión	51,11	43,42	,180
Acción Social	63,33	67,85	,633
Ignorar el Problema	53,42	58,57	,591
Autoinculparse	75,00	77,85	,784
Reservarlo para si	63,42	65,00	,785
Buscar Apoyo Espiritual	53,42	67,85	,030 **
Fijarse en lo Positivo	73,33	81,42	,183
Buscar Ayuda Profesional	75,74	79,28	,946
Buscar Diversiones Relajantes	70,25	82,00	,157
Distracción Física	65,20	63,00	,846



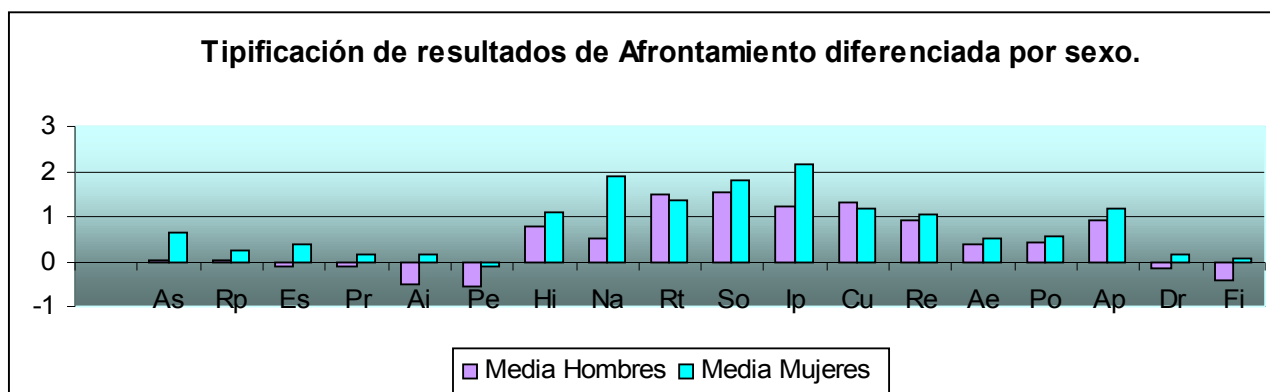
Estrategias de Afrontamiento y tiempo de abstinencia (Tabla N° 19) Nivel de significación 0.05	Media Abstinencia 0 a 3 meses	Media Abstinencia 3 a 6 meses	Media Abstinencia 6 meses a 2 años	Sig. asintót. (bilateral) de 0 a 3 meses 3 a 6 meses	Sig. asintót. (bilateral) de 0 a 3 meses y 6 meses a 2 años	Sig. asintót. (bilateral) de 3 a 6 meses a 2 años
Búsqueda de apoyo social	67,91	72,00	64,80	,576	,709	,548
Concentrarse en Resolver el Problema	74,55	72,00	72,80	,552	,618	,892
Esforzarse y tener Éxito	71,06	78,66	75,20	,231	,409	,892
Preocuparse	74,89	76,00	62,40	,911	,127	,228
Invertir en Amigos Íntimos	61,70	56,44	60,00	,467	,889	,586
Buscar Pertenencia	65,02	67,11	60,80	,911	,585	,590
Hacerse ilusiones	67,40	66,22	68,00	,928	,888	,946
Falta de Afrontamiento	44,34	51,11	37,60	,303	,455	,121
Reducción de Tensión	49,53	51,55	54,40	,695	,464	,789
Acción Social	63,61	63,88	66,00	,938	,554	,638
Ignorar el Problema	52,34	66,66	47,00	,022 **	,638	,080 *
Autoinculparse	75,95	77,22	66,00	,875	,228	,281
Reservarlo para si	64,57	69,44	44,00	,466	,030 **	,009 **
Buscar Apoyo Espiritual	54,46	53,88	63,00	,770	,205	,254
Fijarse en lo Positivo	75,85	66,11	74,00	,222	,651	,499
Buscar Ayuda Profesional	75,31	75,00	86,00	,670	,357	,158
Buscar Diversiones Relajantes	71,48	74,66	67,20	,787	,851	,840
Distracción Física	64,63	63,00	71,40	,762	616	,636



Comparación de afrontamiento según por sexo (Tabla N° 20)	Hombres	Mujeres	Nivel de significación	Sign. asintót. (bilateral)
Búsqueda de apoyo social	66.51	81.71	5% M	.025
Concentrarse en Resolver el Problema	73.70	76.57		.820
Esforzarse y tener Éxito	71.85	77.71		.306
Preocuparse	73.33	79.42		.407
Invertir en Amigos Íntimos	59.62	69.71		.329
Buscar Pertenencia	64.29	70.28		.502
Hacerse ilusiones	66.37	74.28	10% M	.085
Falta de Afrontamiento	42.37	63.42	1% M	.005
Reducción de Tensión	48.88	60.57	10% M	.067
Acción Social	63.51	66.42		1.000
Ignorar el Problema	53.05	61.42		.258
Autoinculparse	75	77.85		.811
Reservarlo para si	63.14	67.14		.625
Buscar Apoyo Espiritual	54.62	58.57		.802
Fijarse en lo Positivo	74.25	74.28		1.000
Buscar Ayuda Profesional	75.92	77.85		.937
Buscar Diversiones Relajantes	71.03	76		.592
Distracción Física	65.07	64		.918



Tipificación de resultados Comparación de afrontamiento con la escala del baremo Español (Tabla N° 21)	Z Hombres de nuestra muestra	Z Mujeres de nuestra muestra	Z = + / - 2 Ds
Búsqueda de apoyo social	0.0098	0.6256	
Concentrarse en Resolver el Problema	0.0172	0.2326	
Esforzarse y tener Éxito	-0.1149	0.3821	
Preocuparse	-0.1062	0.1746	
Invertir en Amigos Íntimos	-0.5265	0.1689	
Buscar Pertenencia	-0.5536	-0.1072	
Hacerse ilusiones	0.7702	1.1026	
Falta de Afrontamiento	0.4913	1.8899	
Reducción de Tensión	1.4685	1.3744	
Acción Social	1.5303	1.8127	
Ignorar el Problema	1.2251	2.1635	M
Autoinculparse	1.2999	1.1615	
Reservarlo para si	0.8988	1.0292	
Buscar Apoyo Espiritual	0.3912	0.4972	
Fijarse en lo Positivo	0.4399	0.5391	
Buscar Ayuda Profesional	0.9028	1.1896	
Buscar Diversiones Relajantes	-0.1399	0.1719	
Distracción Física	-0.4037	0.0737	



7. DISCUSIÓN:

7.1 Discusión perfil sociodemográfico

Al establecer un perfil sociodemográfico general encontramos que: la población es mayoritariamente masculina 86.6%, donde la franja etárea predominante es de 15 a 29 años 70.1%, con amplia preponderancia de solteros 69.1%, y respecto al nivel de estudios cursados la mayor proporción corresponde a secundaria incompleta 39.2%. La mitad de los usuarios respecto a su situación laboral se encuentran desocupados 50.1%. Siendo el lugar de residencia mayoritario Montevideo 87.6%, respecto a la convivencia familiar el mayor porcentaje vive con uno o ambos padres 59.9%. La sustancia principal en un 71.1% de los casos es PBC, y mayoritariamente presentan un patrón de policonsumo; mayor frecuencia diaria en: 88.5% Tabaco, 69.1% PBC, 49.4% Marihuana, 33.3% Psicofármacos, mayor frecuencia semanal en 38.9% Alcohol y 34.1% Cocaína.

Comparando todos los aspectos anteriormente mencionados del perfil sociodemográfico obtenido con la Síntesis de Perfil Sociodemográfico general de población usuaria de drogas consultante en Uruguay⁹ encontramos una correspondencia para todas estas categorías. Las investigaciones precedentes fueron realizadas con usuarios de salud pública, en esta investigación un 43% de la muestra eran usuarios de salud privada observándose que la introducción de esta variable no generó cambios replicándose el perfil sociodemográfico en estos aspectos de nuestra muestra. Observando la situación laboral y educativa encontramos en la mayoría una alta vulnerabilidad al considerar las trayectorias de inclusión que los usuarios deberán transitar luego del tratamiento, al enfrentar la búsqueda de empleo, su independencia y las posibilidades de encontrar en la sociedad respuestas adecuadas a sus necesidades ya que solo un 35% son las personas que estudian o tienen trabajo estable, el nivel de educación al que han podido acceder la mayoría es elemental dado que: 1% nunca estudio, 4.1% no completo primaria, 16.5% primaria completa y 51.6% UTU o secundaria incompleta. Si al buscar la reinserción laboral las respuestas son el rechazo, la frustración o inadecuadas a sus necesidades y posibilidades, se establecerán condiciones de riesgo para que se generen recaídas, se plantea la necesidad de investigaciones para fortalecer la reinserción laboral en rehabilitación.

⁹ Síntesis de Perfil Sociodemográfico general de población usuaria de drogas consultante en Uruguay (Apéndice 5)

Del análisis de frecuencias de prevalencia de vida y la prevalencia de año, los resultados los clasificamos en tres categorías con el criterio de incidencia alta, media y baja por sustancia:

1-Tabaco, Alcohol, Marihuana, Cocaína y PBC son sustancias con alto porcentaje de incidencia de vida con frecuencia que se distribuyen entre 99% al 83.5%, también presentan alto porcentaje de incidencia de año previo al tratamiento desde el 94.8% al 70.1% Implicando que la amplia mayoría de los que experimentaron continuaron su consumo el año anterior al tratamiento. La PBC mostró menor frecuencia en esta categoría 83.5% para experimentación sin embargo la frecuencia usuarios que continuaron el consumo antes del tratamiento fue casi la totalidad de los que experimentaron un 82.5%; 2-Alucinógenos y Solventes, presentan porcentaje medio en prevalencia de vida 48.5% y 45.4%, porcentajes bajos en incidencia de año antes del tratamiento 18.6% y 16.5%, menos de las mitad de los usuarios las han experimentado y es un porcentaje menor el que las continúa consumiendo antes del tratamiento; 3-Psicofármacos, Crack, Éxtasis presentan una prevalencia de vida baja del 30.9% al 20.6%, una prevalencia de año previo al tratamiento baja 21.3% a 10.6%, donde menos de un tercio de los usuarios las han consumido pero más de la mitad de los consumidores han continuado consumiéndolas antes del tratamiento.

Respecto al consumo de Éxtasis en las investigaciones recientes en Uruguay Suárez et al 2006 y Observatorio Uruguayo de drogas 2006, muestra porcentajes similares de prevalencia de vida del Éxtasis que de la PBC, planteando que al no estar tan generalizado el uso de Éxtasis en contextos de vulnerabilidad social, por los costos, la disponibilidad, las características de las sustancias y la modalidad de consumo observamos grandes diferencias del impacto de estas sustancia en la población clínica. En nuestra investigación esta diferencia se corroboró donde la prevalencia de vida para Éxtasis fue 20.6% y para PBC 83.5%.

La marihuana constituye solo en un 1% la droga problema o principal para los usuarios de nuestro estudio, sin embargo del 89.7% que la experimentó un 80.4% continuó consumiéndola el año anterior al tratamiento, indicando que solo un 9.3% de los que la experimentaron no continuaron su consumo. El no ser considera como droga problema la marihuana en el contexto de nuestro estudio por los usuarios, consideramos que podría deberse a las consecuencias biopsicosociales del consumo de PBC, ante las cuales las consecuencias del consumo de marihuana quedan relegadas a un plano muy secundario. Coincide

nuestros resultados con los estudios de Suárez et al 2006 y Observatorio Uruguayo de Drogas 2006 en población general al afirmar que la Marihuana es la droga ilegal más consumida.

Nos encontramos con un perfil predominante de policonsumo de sustancias en el año previo al tratamiento donde un 53.6% de los casos muestra policonsumo de estas 5 sustancias con las siguientes distribuciones porcentuales de consumo antes del tratamiento por sustancia: Tabaco 94.8%, Alcohol 92.8%, PBC 82.5%, Marihuana 80.4% y Cocaína 70.1%.

Respecto a la ventana epidemiológica, los hallazgos de esta investigación aportan respecto a la introducción de nuevas sustancias a través de la categorización de Otras, dicha categoría fue empleada por un 6.2% de la muestra, esta categoría se compone por 1% Codeína y Opio y un 4.13% el consumo de Ketamina¹⁰. Se destaca la introducción de la Ketamina que si bien representa en nuestra muestra un porcentaje mínimo, y mayoritariamente experimental, donde solo uno de los usuarios presentaba patrones de consumo diario antes del tratamiento, si ha mostrado una frecuencia suficiente para resultarnos un indicador a considerar.

En tanto a la edad de inicio de consumo, la mayoría de los usuarios han comenzado el consumo de Tabaco 93.8%, Alcohol 92.8%, Marihuana 81.4%, Cocaína 58.8%, Solventes 38.1% y Alucinógenos 27.8% antes de los 17 años. (Ver Apéndice Tabla 9A). Los Psicofármacos sin prescripción presentan mayoría en igual porcentaje 12.4% en dos categorías hasta los 17 años y de 18 a 24 años. Para PBC 32%, Crack 15.5% y Éxtasis 10.3%, la mayoría de los usuarios han iniciado el consumo de 18 a 24 años. Respecto a la edad de inicio para el consumo de PBC en nuestra investigación donde estudiamos población clínica los resultados son similares con el estudio del Observatorio Uruguayo de Drogas del 2006 que señala en población general para la edad de inicio del consumo de PBC 20 años.

Sin embargo la PBC presenta gran diversidad de los rangos etéreos para el inicio de la PBC de 18 a 24 años 32% , menos de 17 años 27.9%, de 25 a 29 años 15.4% y 30 a 35 años, 7.2%, única sustancia que presenta esta característica consideramos que los resultados se deberían a la reciente introducción de la sustancia en el país del año 2002 (JND, MSP, IDES, 2006), donde los usuarios en sus diferentes trayectorias

¹⁰ Ketamina (Anexo 3).

de consumo tuvieron acceso a la sustancia en el mismo momento temporal, implicando esto un edad de inicio en todos los rangos etéreos.

Considerando los resultados globales de la edad de inicio en el consumo de sustancias son congruentes con el estudio de Suárez et al que señalan que el rango etéreo donde deberían centrarse los trabajos en prevención de adicciones en nuestro país es previo a los 15 años.

Diferencia entre el primer consumo y consumo regular: se ha encontrado que en todas las sustancias a excepción del Éxtasis y los Alucinógenos, más del 50% de los usuarios ha pasado desde el primer consumo al consumo regular en un período menor a un año.

Presentando la PBC el valor más alto de un 74.1% indicando nuevamente su grado alto de potencial adictivo y en segundo lugar la Marihuana con un 67.8% señalando el mismo aspecto sin embargo la percepción de riesgo respecto a la marihuana y PBC es muy diferente consumir Marihuana alguna vez reporta un gran riesgo para el 52.2% y 85.8% para PBC según los hallazgos del Observatorio Uruguayo de drogas 2006.

La proporción que no desarrollaron consumo regular luego de la experimentación por sustancia indicaría de acuerdo a nuestro estudio un porcentaje bajo para Éxtasis dado que la mayoría no desarrolla consumo regular 75.24%, medio para Alucinógenos y Solventes menos de la mitad, y alto para Crack, Otros y Psicofármaco casi un tercio no desarrolla consumo regular, acentuándose esta tendencia para el resto de las sustancias: Cocaína y Marihuana una octava parte y una décima parte respectivamente y Alcohol, PBC un 5% para ambas sustancias y finalmente de los que experimentan Tabaco solo el 2% no pasan al consumo regular.

Considerando la frecuencia de consumo de sustancias observamos mayor consumo diario de Tabaco, PBC, Marihuana y Psicofármacos, la frecuencia de consumo es predominantemente semanal para Alcohol y Cocaína, finalmente se ha registrado que la mayoría de la frecuencia es de no consumo en los últimos 12 meses para: Alucinógenos, Éxtasis, Crack y otras. De la frecuencia de consumo se repite nuevamente el potencial adictivo por sustancia donde manifestándose en el consumo diario de PBC, Marihuana y Tabaco, sumándose en esta categoría los psicofármacos, sin embargo con el Alcohol y la Cocaína se muestra una frecuencia semanal aspecto que podría indicar el consumo denominado recreativo o de fin de semana.

La gran mayoría manifestó concurrir al tratamiento voluntariamente 80.4%, sería un indicador favorable de la motivación para el tratamiento, consideramos debería interpretarse con cierta relatividad porque como condición necesaria para una rehabilitación se elabora el cambio de la demanda de tratamiento si es heterónoma en autónoma, no admitiéndose usuarios contra su voluntad. Ningún usuario llega a tratamiento por derivación laboral, en la mayoría de los casos la adicción trae como consecuencia la pérdida del empleo, las adicciones no están siendo abordadas desde una perspectiva de inclusión, en los derechos laborales en nuestro país.

La mayoría de los usuarios respecto a su tratamiento actual se encuentran en Residencial con o sin Comunidad Terapéutica sumando el 68%, diversas modalidades ambulatorias 28.9% y Hospital 3.1%, no existe una modalidad general optima de tratamiento sino que deben realizarse a medida según las necesidades y posibilidades de los usuarios.

En tanto al número de tratamientos más de la mitad de los consultantes están realizando su primer tratamiento 51.2% y el 48.8% restante se distribuye en orden decreciente desde el segundo 20.6% al séptimo 1% tratamiento. Finalmente en el tiempo de abstinencia se ha observado que la amplia mayoría presenta un tiempo de abstinencia de 0 a 3 meses con un porcentaje de 70.1%. Del análisis de esta variables podría indicar las dificultades que tenemos para la rehabilitación de las adicciones, donde al ser claramente recidivantes el porcentajes de recaídas es muy alto, y la mayoría de los usuarios completa solo las primeras etapas del tratamiento.

7.2 Discusión Estrategias de Afrontamiento

7.2.1 Frecuencia de utilización de las Estrategias de afrontamiento al estrés:

Del análisis general de la frecuencia de las estrategias afrontamiento podemos decir: no hubieron estrategias utilizadas con mucha frecuencia o no utilizadas, la única utilizada raras veces fue el no afrontamiento, luego el resto de las estrategias se distribuyen su frecuencia media de utilización entre a menudo y algunas veces.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas para rehabilitarse de la adicción reportadas observamos, que en orden decreciente según frecuencia fueron: Búsqueda de ayuda profesional (76.14), Autoinculparse (75.32), Fijarse en lo positivo (74.26), Preocuparse (74.03) con igual frecuencia Concentrarse en resolver el problema (74.03) y Esforzarse y tener éxito (72,52) y según el perfil de Pereña y Seisdedos (2000) estas estrategias corresponden a la categoría de uso a menudo (Ver Tabla 17).

Al afrontar el problema de rehabilitarse de la adicción vemos que Buscar ayuda profesional u otros consejeros resulta con la frecuencia más alta, implica la tendencia de recurrir al uso del consejo profesional, que los usuarios recurran a esta estrategia en primer lugar consideramos que podría ser un indicador favorable respecto al tratamiento y a la relación establecida con el equipo técnico.

La estrategia de Autoinculparse ha tenido una de las puntuaciones más alta, indica verse como responsable de los problemas o preocupaciones, en el proceso de la rehabilitación al romperse el vínculo con la sustancia y empezar a reestablecerse el vínculo con las personas significativas, consigo mismo y sus valores la persona debe enfrentarse con las consecuencia de su consumo: el deterioro de los vínculos, las perdidas materiales, diversas conductas para financiar la adicción. Es necesario elaborar la culpa en el tratamiento, considerando lo vulnerable que se encuentra el usuario al respecto y en la reinserción al encontrarse con un medio familiar y social, que reprocha, desconfía, y juzga incrementando la culpabilidad y los sentimientos de inadecuación siendo muchas veces precipitantes de recaídas.

La tercera estrategia más empleada es Fijarse en lo positivo significa buscar atentamente el aspecto positivo de la situación, ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Consideramos que la alta frecuencia de esta estrategia podría deberse, a que cuando los usuarios transitan la rehabilitación comienzan a recuperar paulatinamente los aspectos significativos de su vida, que se habían deteriorado o perdiendo con el desarrollo de la adicción, aspecto que incrementa una vivencia positiva de la situación.

Otra de las estrategias con mayor frecuencia es la Preocuparse implica el temor por el futuro y la preocupación por la felicidad futura, en la rehabilitación las personas deben elaborar o reelaborar un proyecto de vida sin sustancias, enfrentarse a un cambio importante en el estilo de vida, el futuro se vislumbra con muchas incertidumbres donde los sentimientos de inadecuación suelen ser muy frecuentes.

También una de las estrategias más empleadas es Concentrarse en resolver el problema implica abordar el problema sistemáticamente donde se analizan las distintas opciones y puntos de vistas, es una estrategia dirigida a resolver el problema este resultado podría ser un indicador favorable respecto a la rehabilitación donde los usuarios estarían amplificando las opciones de solución con otras ópticas.

Finalmente la otra estrategia con alta frecuencia es Esforzarse y tener éxito que refiere a conductas de compromiso de trabajo, dedicación, indicaría que los usuarios están muy implicados en su rehabilitación, dedicando su energías y esfuerzo, comprometidos para lograr la recuperación.

Las estrategias de afrontamiento que presentaron menor frecuencia promedio de utilización de menor a mayor fueron: Falta de afrontamiento (44.78), Reducción de tensión (50.22), Ignorar el problema (54.01) y Buscar apoyo espiritual (55.08).

El No afrontamiento es la variable de menor frecuencia, consiste en la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicósomáticos, consiste en no hacer nada frente al problema, en este caso los resultados podrían estar relacionados a que la totalidad de la muestra efectúa acciones para afrontar la adicción al estar realizando tratamiento.

Afrontar Ignorando el problema significa la realización de un esfuerzo conciente por ignorar el problema y desentenderse de él, el valor medio corresponde a la utilización de algunas veces el estar realizando tratamiento implica estar en permanente contacto con el foco de su problema, sin embargo se instruye a los usuarios en los distintos tipos de tratamiento en técnicas para evitar el craving donde implica la realización de un esfuerzo conciente por evitar los pensamientos relacionados al consumo, aspecto que podría explicar la frecuencia de empleo de esta estrategia.

En la estrategia Reducción de tensión ha tenido una de las frecuencias más bajas con frecuencia de uso promedio algunas veces, son los intentos de sentirse mejor y relajar la tensión llorando, gritando o evadiéndose, donde uno ítems de la reducción de tensión es mediante el consumo: bebiendo, fumando o tomando otras drogas por lo tanto que esta estrategia estar en desuso podría significar un indicador favorable respecto al compromiso con el tratamiento.

Buscar apoyo espiritual es una de las estrategias menos utilizadas con frecuencia de uso promedio de algunas veces implica es el afrontamiento mediante la oración y la creencia en la ayuda de Dios o un líder espiritual. Los centros donde realizaban el tratamiento los usuarios eran todos laicos, por lo tanto se esperaba total neutralidad por parte del tratamiento respecto al desarrollo de esta estrategia de afrontamiento.

Respecto a otras investigaciones se encontró coincidencia en las estrategias Preocuparse y Esforzarse y tener éxito como las más utilizadas en la investigación de Gómez et al del 2006, con jóvenes estudiantes de enseñanza media con consumidores más leves, las otras más usadas fueron diferentes, respecto a las estrategias menos utilizadas existió una coincidencia total donde las cuatro estrategias menos usadas fueron exactamente las mismas.

Existió también coincidencia en las estrategias más utilizadas en la investigación brasilera de Gonçalves en el 2004 con jóvenes de enseñanza media con consumos más leves en tres estrategias: Preocuparse, Fijarse en lo positivo, Esforzarse y tener éxito, respecto a las menos utilizadas se obtuvieron los mismos resultados en la mayoría de las estrategias: Falta de afrontamiento, Reducción de tensión, Ignorar el problema.

También se encontraron grandes coincidencias con los resultados de Mochaes y Guitierrez de 2000 donde Buscar apoyo profesional en el grupo en rehabilitación presentaba mayor frecuencia de uso que el grupo control, siendo en nuestro estudio la estrategia más usada y las menos utilizadas en dicho estudio fueron afrontamiento mediante la Religión y Evitación en el grupo de rehabilitación, ambas estrategias presentan similitudes con dos de las estrategias menos usadas en nuestra muestra Búsqueda de apoyo espiritual e Ignorar el problema.

Respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas encontramos en nuestra muestra importantes similitudes con los estudios de Pereña y Seis Dedos en 2000, para la baremación del instrumento con la muestra Española, 3 de las 5 estrategias más empleadas son las mismas: Preocuparse, Concentrarse en resolver el problema y Esforzarse y tener éxito. También encontramos coincidencias en 2 de las 3 estrategias menos utilizadas: Ignorar el problema y Reducir la tensión. ¹¹

¹¹ Discusión: Tipificación de resultados de Afrontamiento diferenciado por sexo (Apéndice 3) y Afrontamiento según sexo (Apéndice 4).

7.2.2 Estrategias de Afrontamiento al inicio y al final del tratamiento:

Solo se han encontrado diferencias significativas en el empleo de la estrategia de Búsqueda de apoyo espiritual, donde el grupo de inicio del tratamiento (53,42) las ha empleado en menor proporción que el grupo del final del tratamiento (67,85) (Ver tabla 18). Como ya planteamos anteriormente los centros de tratamiento donde realizamos el estudio son todos de tipo laico, respecto a este resultado consideramos que al transitar por el tratamiento la influencia sobre esta variable debería ser neutral y los resultados podrían deberse a una diferencia aleatoria de la religiosidad de los distintos usuarios. Sin embargo también consideramos que el 48.5% han realizado más de un tratamiento en diversos lugares, en nuestro medio existen centros de tratamiento de carácter religioso, aspecto que podría estar influyendo en esta variable. Estos resultados son opuestos a los encontrados por Mochaes y Guitierrez en el 2000, en su estudio los usuarios en la fase final del tratamiento presentaban diferencias significativas con el grupo control con empleo menor de la estrategia de afrontamiento mediante la religión variable similar al Apoyo espiritual.

7.2.3 Afrontamiento y tiempo de abstinencia:

Se compararon las estrategias de afrontamiento según el tiempo de abstinencia clasificándose en tres categorías: de 0 a 3 meses, más 3 a 6 meses y más de 6 meses a 2 años (Tabla 19). Encontramos diferencias significativas en Ignorar el problema donde el grupo de 3 a 6 meses (66.66) presentó resultados superiores que el de 0 a 3 meses (52.34).

Como planteamos anteriormente Ignorar el problema son los esfuerzos concientes por ignorar el problema y desentenderse de el, la evitación es una estrategia altamente efectiva a la hora de abordar las adicciones para sostener la abstinencia se plantea en los distintos tipos de tratamientos la realización de esfuerzos concientes para evitar lugares, personas y pensamientos relacionados al consumo, capaces de generar craving, desliz o recaídas, en nuestra muestra de los 3 a los 6 meses de abstinencia parecería ser el momento en que más se emplea, muchas veces coincide este período con los primeros tiempos del

tratamiento ambulatorio, donde la persona vuelve a su medio, donde los contextos de consumo son más próximos. Implica que los usuarios han incorporado la utilización de esta estrategia y podrían estar utilizándola para sostener la abstinencia.

Con respecto a otros estudios la estrategia Ignorar el problema presenta muchos componentes de la estrategia de Evitación, Lorrens et al en el 2004 en una muestra universitaria Españoles donde un 55% tenía consumo habitual de sustancias encontró que la estrategia de Evitación de lugares y personas relacionadas con las drogas resulto ser la estrategia más efectiva para no consumir, los resultados son congruentes con esta investigación, dado que ha mayor tiempo de abstinencia más se emplea esta estrategia.

También coincide con los resultados obtenidos en la investigación de Carballo et al del 2007 donde se plantea Evitación es más eficaz para el consumo de sustancias ilegales dado que se reduce a situaciones y contextos particulares.

Se hallaron similitudes con los hallazgos de García y Alonzo, en 2002 que plantean que al principio de la recuperación cuando logran la abstinencia utilizan la estrategia de Evitación para afrontar las situaciones de riesgo.

También se presentaron diferencias significativas en la estrategia Reservarlo para si donde el grupo de 0 a 3 meses (64,57) presento resultados superiores que el grupo más 6 meses a 2 (44.00), también se hallaron diferencias significativas en esta misma estrategia donde el grupo de 3 a 6 meses (69.44) obtuvo resultados superiores al de más de 6 meses a 2 años. La estrategia Reservarlo para si, implica la tendencia a aislarse de los demás y no desear que conozcan sus problemas. Consideramos que estos resultados podrían deberse a que el inicio del abstinencia en el grupo de 0 a 3 meses, los usuarios podrían presentar dificultades respecto a la expresión emocional abierta de sus problemas, pero al mismo tiempo se introduce otro factor, esta fase coincide en muchos casos con tratamientos de tipo residencial por lo tanto la convivencia y las distintas instancias grupales favorecerían la comunicación, la expresión emocional.

En el grupo siguiente de 3 a 6 meses de abstinencia se incrementa el empleo de esta estrategia como plateamos anteriormente este momento de la abstinencia coincide en muchos casos con el cambio al tratamiento ambulatorio, donde los momentos para hablar sobre la adicción podrían ser más acotados, muchas

veces también los usuarios al preocupar la inclusión en grupos sociales de no consumidores reserva para si este aspecto de su vida, o lo comparte con sus referentes específicos.

Finalmente en el grupo de más de 6 meses a 2 años puede verse una disminución significativa de esta estrategia, consideramos que este cambio podría deberse a que ha el tratamiento ha tenido un impacto respecto al grado de aislamiento de la persona, en este tiempo se ha producido una mayor elaboración de su problemática, desarrollado habilidades de comunicación, donde las personas logran mayor expresión emocional, pueden buscar y encontrar en el otro la confianza suficiente para expresar su emociones.

Estos resultados fueron congruentes con los hallazgos de García y Alonzo en 2002 donde plantean que los usuarios en rehabilitación se enfrentan a la estigmatización y aislamiento del entorno social que genera dificultades a la hora de solicitar ayuda, en este sentido las personas el mayor cambio se observa en el grupo que han logrado sostener la abstinencia por más tiempo tal vez hayan tenido mayores posibilidades de identificar personas con las cuales compartir sus preocupaciones.

También se encontró una posible relación con el estudio de Mochaes y Guitierrez de 2000 donde al comparar perfiles de usuarios en rehabilitación encontraron que el grupo de mayor edad supera al de menor edad en el uso de la Expresión emocional como estrategia de afrontamiento, en nuestro estudio no sería la edad sino el tiempo de abstinencia en donde se generaría el cambio en esta estrategia.

8-CONCLUSIONES

Nuestra investigación ha centrado su interés en establecer un perfil sociodemográfico y aspectos relacionados al consumo de sustancias, de los usuarios en tratamiento, donde se analizó la muestra general de ambos sexos de todas las edades, y en la evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés que emplean los usuarios en rehabilitación a PBC, empleamos una sub muestra de usuarios que indicaron como sustancia principal de consumo PBC y menores de 30 años, de ambos sexos.

El primer objetivo de este estudio fue establecer el Perfil sociodemográfico de los usuarios en rehabilitación como primera conclusión encontramos que la población de usuarios mayoritariamente son: hombres 86.6%, de la franja etárea de 15 a 29 años 70.1%, solteros 69.1%, y predominantemente con nivel básico de estudios: UTU o secundaria incompleta 51.6%, primaria completa 16.5% e incompleta 4.1%, solo un 35% estudian o tiene trabajo estable, residen en Montevideo 87.6%, convivencia con uno o ambos padres 59.9%, la sustancia principal en un 71.1% es PBC, y se observa en un 53.6% policonsumo de 5 sustancias el año previo al tratamiento con el siguiente porcentaje: Tabaco 94.8%, Alcohol 92.8%, PBC 82.5%, Marihuana 80.4% y Cocaína 70.1%. Los resultados obtenidos en estas variables coinciden con los reportados por el perfil sociodemográfico publicado con usuarios de drogas de nuestro país en centros de tratamientos públicos [Larrobla y Pouy (2004), Facultad de Medicina- Departamento de Toxicología (2005) y Informe N° 1 Portal Amarillo (2006) en JND, MSP, IMM, IDES 2006] concluimos que según estos resultados, los usuarios en rehabilitación tanto de salud pública como privada presentan un perfil sociodemográfico muy similar en estos aspectos estudiados.

Concluimos también que la marihuana es la droga ilegal más consumida en concordancia a la evidencia presentada por Suárez et al (2006) y Observatorio uruguayo de drogas (2006).

La marihuana presenta prevalencia de vida de 89.7% y prevalencia de año de 80.4%, valores muy similares a los encontrados para PBC 83.5% para prevalencia de vida y 82.5% prevalencia de año, sin embargo solo constituye la droga problema para 1% de los usuarios.

Como ventana epidemiológica los hallazgos de esta investigación fueron que en 4.13% se presentó el consumo de Ketamina, no localizada en otros estudios por lo cual, sería importante investigar respecto a la introducción de esta sustancia en nuestro país, profundizar en las características del consumo, y la regulación legal de su distribución.

Respecto a la frecuencia de consumo concluimos que mayoritariamente se presenta consumo diario de: Tabaco 88.5%, PBC 69.1%, Marihuana 49.4% y Psicofármacos 33.3%, semanal: para Alcohol 38.9% y Cocaína 34.1%, y nunca en los últimos 12 meses para las otras sustancias, lo que podría indicar un consumo más experimental o que el consumo de pasta base y marihuana ha dejado en desuso el consumo de estas sustancias, aspectos interesantes para continuar su estudio.

En tanto la motivación para el tratamiento un 80.4% acude al centro voluntariamente, un 68% esta realizando tratamiento residencial con o sin Comunidad Terapéutica, un 51.2% realiza tratamiento por primera vez y el 48.8% restante se distribuye de modo decreciente entre el segundo 20.6% y séptimo tratamiento 1%. El tiempo de abstinencia de la mayoría de los usuarios es de 0 a 3 meses para el 70.1% y la mayoría de los usuarios 85.6% se encuentran en la fase inicial del tratamiento. Se destacan en estos resultados las dificultades para completar el tratamiento dado que muchos usuarios ingresan al las fases iniciales de los tratamientos pero una proporción muy pequeña llega a las fases finales, planteándose la demanda de realizar investigaciones e intervenciones para revertir esta situación y la necesidad de implementar o mejorar los programas: motivacionales, de seguimiento y de trabajo en red con familiares u otros referentes externos de los usuarios, para optimizar la adhesión para finalizar el tratamiento.

El segundo objetivo fue analizar las estrategias de afrontamiento: donde analizamos frecuencia de uso. Los usuarios muestran alta frecuencia en varias estrategias de afrontamiento al estrés, indicando amplitud y variedad en las estrategias que utilizan para la rehabilitarse, sin embargo la eficacia de dichas estrategias depende también de identificar sus situaciones de riesgo y responder con una estrategia asertiva para esta situación, donde las situaciones de estrés puedan ser afrontadas sin vulnerar la capacidad de mantener la abstinencia. Consideramos sería un importante aporte realizar investigaciones en nuestro país respecto a la eficacia de Afrontamiento de situaciones de riesgo para la prevención de recaídas.

Analizamos el afrontamiento según sexo, en cuatro estrategias las mujeres obtuvieron puntajes superiores a los hombres. Sin embargo concluimos que en nuestro estudio las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres se caracterizan más por sus similitudes que por las diferencias dado que 14 de las 18 estrategias presentaron resultados semejantes. Si bien las formas de afrontar son similares según sexo, sería conveniente investigar si influye la estrategia de no afrontar reportado mayoritariamente por las mujeres, como una posible dificultad de género para que las mujeres accedan al tratamiento y puedan completarlo.

Al tipificar los resultados con baremos españoles (Pereña y Seisdedos, 2000) podemos concluir que: encontramos solamente una desviación superior a 2 desvíos estándar en la Estrategia de Afrontamiento Ignorar el Problema en nuestra muestra de mujeres, el resto de las Estrategias de Afrontamiento las diferencias fueron inferiores tanto en hombre como mujeres. Concluimos entonces que se obtuvieron resultados muy similares, semejanza que se destaca por tratarse de contextos tan diversos como población de estudiantes y población en rehabilitación de adicciones, de países diferentes. La semejanza de resultados no sería atribuible por similitudes en la edad dado que nuestra muestra es considerablemente superior a la edad de la muestra Española. Dichos resultados podrían sugerir una tendencia universal en la utilización de las Estrategias de Afrontamiento, sería necesario corroborarlo en investigaciones posteriores.

El tercer objetivo del estudio fue el análisis de las estrategias de afrontamiento al inicio y al final de tratamiento, donde solo se encontró diferencias en la estrategia Búsqueda de apoyo espiritual empleada con mayor frecuencia al final del tratamiento. Concluimos que transitar por las distintas etapas de la rehabilitación no generaría modificaciones en esta variable. Pudiendo indicar que el desafío de la rehabilitación implicaría desde el inicio del tratamiento el empleo de determinadas Estrategias de Afrontamiento que se sostienen hasta las fases finales, factor que sería necesario investigar posteriormente con un estudio longitudinal.

Finalmente el último objetivo del análisis de las estrategias de afrontamiento según el tiempo de abstinencia, concluimos que hemos encontrado diferencias significativas solamente en Ignorar el problema y Reservarlo para si. Hemos concluido que Ignorar el problema en el contexto de rehabilitación podría indicar no un recurso de evasión, sino una estrategia de afrontamiento para evitar situaciones de riesgo de consumo. Respecto a la estrategia de afrontamiento Reservarlo para si, los resultados indicarían que se modifica su

empleo según el tiempo de abstinencia, observándose que probablemente que los que logran sostener la abstinencia por más tiempo son los que menos emplean dicha estrategia. Indicando la importancia de elaborar la confianza en referentes validos para una comunicación afectiva, como un factor determinante para sostener la abstinencia.

Como conclusión final en consideración al objetivo central que motivó esta investigación, se ha logrado una aproximación a aspectos de la trayectorias de rehabilitación, donde se ha analizado la adicción a Pasta Base, las posibilidades de afrontarla, encontrando que las estrategias empleadas por las personas en rehabilitación son muy similares a las utilizadas por poblaciones no clínicas de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la administración del ACS-E con una consigna dirigida a la rehabilitación en nuestra muestra. Esta coincidencia con poblaciones no clínicas sería necesario analizarla en estudios posteriores con medidas previas y posteriores al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

Abeijón J. y Urbano A. (1999) Las recaídas en toxicomanías: programa de prevención de recaídas en la comunidad terapéutica Manuene, Encuentros Nacionales sobre drogodependencia y su enfoque comunitario”, Cádiz (Documento Web) 1999

<http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/a11e567a-dd96-42df-9a27-66e0dde26121.pdf>

18 de abril de 2008

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición, Washington D.C: American psychiatric Association

Arellanes Jorge, Díaz David, Wagner Fernando, Pérez Verónica, (2004) Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de estudio de casos y controles, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Salud Mental, México, Vol.27, n° 003, pp. 54-64

Becoña Elisardo, “Adicciones y salud” (Documento Web) 2004

<http://psicologíacientífica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-becona01-2htm>

17 de marzo de 2007

Berrini Roberto, Cambiaso Gianni, Cirilo Stefano, Mazza Roberto (1996) La familia del toxicodependiente. Barcelona-Buenos Aires: Paidós

Caballo V. (1998) Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos Madrid: Siglo XXI

Calderón Rodríguez “La nicotina involucrada en el proceso adictivo” (Documento Web) 2003

<http://www.psicoadictiva.com7atri/000481la%20nicotina%20involucrada%20en%20elproceso%20adictivo.zip>

28 de junio de 2007

Cano-Videl A., Iruarrizaga I., González H., Miguel-Trobal J. “El afrontamiento de la ansiedad en Drogodependencias” (Documento Web) 1994

<http://www.um.es/analesps/v10/v10-2/05-10-2.pdf>

3 de julio 2007

Carballo J., Fernández J., Secades R., Rodríguez O., Perez J., Alhalabi S., Espada J. (2007) Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española, International Journal of clinical and Health Psychology, Vol. 7, n° 003, pp. 661-678

Carver Ch., Scheier M., (1997), Teorías de la Personalidad México: Prentice Hall

Cierra J, Ortega V., Zubeidat I. (2003) Ansiedad, Angustia y Estrés tres conceptos a diferenciar, Revista Mal-estar e subjetividade, Brasil, V.3, N 001, pp. 10-59

Da Silva Fredy (2003) Prevención y procesos colectivos. Montevideo: Eliseo González y FUCOT

Díaz Ileana, “Afrontamiento y Calidad de vida percibida vivenciada” (Documento Web) 2005

http://www.monografias.com/trabajos_16/calidad-de-vida/calidad-de-vida-.shtml

22 de Mayo de 2006

Flores Enrique, Borda Mercedes, Pérez María (2006) Estrategias de afrontamiento en varones con sida, con antecedentes de politoxicomanias y en situación de exclusión social International Journal of clinical and health, Asociación Española de psicología conductual Vol. 6, n° 002, pp.285-300

Franca Tarragó, Omar (1999) Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética 2ª edición Bilbao: Desclée de Brouwer

Frydemberg Erica y Lewis Ramon (1997) Manual de Escalas afrontamiento para adolescentes Australia: The Australian Council for Educational Research Ltd.

Gallego Haydeé, (1998) Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas Tomo 1, Montevideo: Presidencia de la República-Junta Nacional de Drogas Universidad de la República- Servicio Central de Bienestar Universitario

García R., Alonzo M. (2002) "Evaluación en programas de prevención de recaída adaptación española del inventario de habilidades de afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes de alcohol", Adicciones, vol.4, pp. 455-465

García Pérez, R.C. (2008) Estrategias y Estilos de Afrontamiento al Estrés en una muestra de adolescentes uruguayos. Adaptación y Baremación de la Escala de Afrontamiento al estrés para Adolescentes (ACS). Tesis Doctoral. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología. España.

Gómez J., Luengo A., Romero E., Sobral J, Villar P (2006) Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática International Journal of Clinical and Health Psychology España, Vol. 6, n° 003, pp. 581-593

Gonçalves Câmara, Sheila (2004) Comportamentos de risco entre jóvenes Psico PUCR, Porto Alegre, Vol. 36, n° 1, pp. 89-97

González Regadas (2003) Prevención y Procesos Colectivos Montevideo: Eliseo González y FUCOT

Jansen y Theron (2003) Ketamina: nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos Adicciones, Vol. 15, sup. 2, pp.135-166

Junta Nacional de Drogas, 2006. Drogas. más información menos riesgos. 4ª edición Montevideo: Presidencia de la República

Junta Nacional de Drogas, 2007. Drogas. más información menos riesgos 5ª edición Montevideo: Presidencia de la República

Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública, Intendencia Municipal de Montevideo e Instituto de Investigación y Desarrollo Social, (2006) Pasta Base de Cocaína Práctica y gestión de riesgo en adolescentes Uruguayos Uruguay: Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito, Junta Nacional de Drogas y Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Korovsky, Rial, Olave (2003) Prevención y procesos colectivos Montevideo: Eliseo González, FUCOT

Lazarus B. y Lazarus R, 2000, Pasión y Razón Barcelona: Paidós

Lazarus, R., 2000, Estrés y Emoción, Bilbao: Decleé de Brouwer

- Lorrens N., Perello M., Palmer A. (2004) Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol tabaco y cannabis Adicciones Vol. 16, nº 4, pp. 1-6
- Luengo M., Romero E., Gómez J., Montero N., González M. "La recaída a examen. Un estudio en altas terapéuticas, Investigación y Evaluación" (Documento Web) 2001
<http://www.gizarte.net/drogodependencias/datos/105748.doc>
12 de mayo de 2008
- Mejía, Rafael "Rehabilitación en personas adictas" (Documento Web) 2006
<http://www.saludymedicinas.com.mx/home.as>
14 de Marzo de 2006
- Mochaes S., Guitierrez M. "Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social" (Documento Web) 2000
<http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm>
05 de abril de 2008
- Mougeot, Marie Louise (1996) La investigación en toxicomanía: Estado y Perspectivas Medellín: Funlam
- Navarro R. (2005) Niveles de integración Biopsicosocial: a propósito del tratamiento y la rehabilitación de la drogodependencia, Revista Peruana de Drogodependencias, Vol. 3, nº 1, pp.145-157
- Observatorio Uruguayo de Drogas, "Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas" (Documento Web) 2006
www.infodrogas.gub.uy
16 de febrero de 2008
- Oughourlian Jean-Michael (1977) La Persona del toxicómano Barcelona: Herder
- Pedrero P., Pérez M., De Ena S., Garrido C. (2005) Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de conductas adictivas guiado por la personalidad, Trastornos adictivos, Vol. 7, nº 3, pp. 86-166
- Pereña Jaime y Seisdedos Nicolás 2000, Adaptación Española de Manual de Escalas afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis 3ª edición Madrid: TEA
- Perez Juan, 2003, Clínica de la adicción a la Pasta Base de cocaína Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, Vol. 41 pp. 55-63
- Suárez Héctor (2006) Ficha de Notificación individual del observatorio uruguayo de drogas, Programa de Registro Nacional de Usuarios con Consumo Problemático de Drogas, Montevideo: Junta Nacional de Drogas
- Quesada M., Carreras J., Sanchez L. (2002) Recaída en el abandono del consumo de tabaco una revisión Adicciones, Vol. 14, nº 1, pp. 65-78
- Reynoso Eranzo (2002) Psicología y Salud, México: Universidad Nacional Autónoma
- Salotti Paula "Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires" (Documento Web) 2006
<http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas /207-salotti.pdf>
29 de marzo 2008

Suárez, Vázquez, Romani, Fernandez, Gamarra, Lapetina, Sucaces, Castro, Mlsa, Regueira, Herrera, Madrid, Tricanico, Uribe (2006) Segunda encuesta Nacional sobre consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media Uruguay: Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la república, Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito y Observatorio Interamericano de Drogas OEA/CICAD

Yaría Juan, (1993) La existencia Tóxica Buenos Aires: Lumen

APÉNDICES: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

Apéndice 1. Tablas de resultados del Perfil sociodemográfico, Conductual y Actitudinal del consumo de sustancias

Tablas de dimensión Perfil de la Población, variables Sociodemográficas, indicadores: sexo, edad, estado civil, estudios cursados, situación laboral, lugar de residencia y grupo familiar.

Tabla 1. Distribución por sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valido	MASCULINO	84	86,6	86,6	86,6
	FEMENINO	13	13,4	13,4	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 2. Distribución por Rango de edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Hasta 17	11	11,3	11,3	11,3
	18 a 24	31	32,0	32,0	43,3
	25 a 29	26	26,8	26,8	70,1
	30 a 34	15	15,5	15,5	85,6
	Más de 35	14	14,4	14,4	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 3. Distribución por Estado Civil		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Casado	8	8,2	8,2	8,2
	Divorciado	4	4,1	4,1	12,4
	Separado	7	7,2	7,2	19,6
	Concubinato	11	11,3	11,3	30,9
	Soltero	67	69,1	69,1	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 4. Distribución por Nivel de Estudio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Nunca estudió	1	1,0	1,0	1,0
	Primaria incompleta	4	4,1	4,1	5,2
	Primaria completa	16	16,5	16,5	21,6
	Secundaria incompleta	38	39,2	39,2	60,8
	Secundaria completa	2	2,1	2,1	62,9
	UTU incompleta	12	12,4	12,4	75,3
	UTU completa	11	11,3	11,3	86,6
	Terciarios incompleto	5	5,2	5,2	91,8
	Terciarios completos	7	7,2	7,2	99,0
	Otros	1	1,0	1,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 5. Distribución por Situación laboral		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

Valido	Estable	24	24,7	24,7	24,7
	Changas	9	9,3	9,3	34,0
	Desocupado	49	50,5	50,5	84,5
	Estudiantes	8	8,2	8,2	92,8
	Estudia y trabaja	3	3,1	3,1	95,9
	Seguro de paro	1	1,0	1,0	96,9
	Jubilado	1	1,0	1,0	97,9
	Recibe pensión	2	2,1	2,1	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 6. Distribución por Departamento de residencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Montevideo	85	87,6	87,6	87,6
	Canelones	4	4,1	4,1	91,8
	Maldonado	2	2,1	2,1	93,8
	Soriano	1	1,0	1,0	94,8
	San José	1	1,0	1,0	95,9
	Flores	1	1,0	1,0	96,9
	Extranjeros	3	3,1	3,1	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla 7. Distribución por Convivencia familiar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Solo	13	13,4	13,4	13,4
	Únicamente con pareja	1	1,0	1,0	14,4
	Únicamente con hijos	1	1,0	1,0	15,5
	Pareja e hijos	10	10,3	10,3	25,8
	Uno o ambos padres	58	59,8	59,8	85,6
	Con amigos	1	1,0	1,0	86,6
	Otros	13	13,4	13,4	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tablas de dimensión Conductual, variable Consumo de sustancias, indicadores: prevalencia de vida y prevalencia de año previo al tratamiento:

Tabla 8. Consumo de sustancias	Distribución por Prevalencia de vida		Distribución por Prevalencia de año antes del tratamiento		Distribución por consumidores que continuaron el consumo año previo al tratamiento (excluyendo los no consumidores)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	96	99.0	92	94.8	92	95.8
Alcohol	94	96.9	90	92.8	90	94.7
Marihuana	87	89.7	78	80.4	78	89.7
Cocaína	82	84.5	68	70.1	68	82.9
Pasta Base	81	83.5	80	82.5	80	98.8
Crack	29	29.9	15	15.5	15	51.7
Éxtasis	20	20.6	10	10.3	10	50
Alucinógenos	47	48.5	18	18.6	18	38.3
Solventes	44	45.4	16	16.5	16	36.4
Psicofármacos	30	30.9	21	21.6	21	70
Otras	6	6.2	3	3.1	3	50

Tablas de la dimensión Conductual variable Dinámica de consumo, indicadores: edad de inicio en el consumo de sustancias, edad de consumo regular y frecuencia de consumo:

Tabla 9-A											
Distribución porcentual por rango de Edad de inicio de consumo de sustancias											
	Taba.	Alco.	Mari.	Coca.	PBC	Crack	Exta.	Aluc.	Solv.	Psico.	Otras
Hasta 17	93,8	92,8	81,4	58,8	27,8	10,3	6,2	27,8	38,1	12,4	2,1
18 a 24	3,1	4,1	8,2	22,7	32,0	15,5	10,3	18,6	7,2	12,4	3,1
25 a 29	1,0	1,0	0	2,1	15,5	3,1	4,1	2,1	0	3,1	1,0
30 a 34	0	0	0	0	7,2	1,0	0	0	1,0	2,1	0
Más de 35	1,0	0	0	1,0	1,0	0	0	0	0	1,0	0
Total Consumidores	99,0	97,9	89,7	84,5	83,5	29,9	20,6	48,5	46,4	30,9	6,2
Nunca consumió	1,0	2,1	10,3	15,5	16,5	70,1	79,4	51,5	53,6	69,1	93,8

Tabla9-B:											
Distribución porcentual por Edad de inicio de consumo de sustancias											
	Taba.	Alco.	Mari.	Coca.	PBC	Crack	Exta.	Aluc.	Solv.	Psico.	Otras
9 y menos	7,2	5,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
10	2,1	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
11	4,1	1,0	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
12	16,5	8,2	7,2	4,1	3,1	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
13	14,4	14,4	7,2	2,1	1,0	0,0	0,0	1,0	4,1	0,0	0,0
14	20,6	17,5	16,5	3,1	2,1	0,0	1,0	2,1	4,1	3,1	0,0
15	18,6	22,7	20,6	18,6	6,2	4,1	1,0	7,2	8,2	5,2	0,0
16	5,2	13,4	12,4	12,4	6,2	2,1	0,0	7,2	8,2	2,1	0,0
17	5,2	7,2	9,3	18,6	9,3	3,1	4,1	9,3	10,3	1,0	1,0
18	2,1	3,1	5,2	12,4	6,2	2,1	3,1	7,2	3,1	5,2	0,0
19	0,0	1,0	0,0	0,0	4,1	2,1	2,1	0,0	3,1	1,0	0,0
20	0,0	0,0	1,0	7,2	6,2	4,1	4,1	6,2	0,0	4,1	0,0
21	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,0
22	0,0	0,0	1,0	1,0	6,2	2,1	1,0	1,0	0,0	2,1	0,0
23	0,0	0,0	0,0	1,0	4,1	2,1	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
24	1,0	0,0	1,0	1,0	3,1	2,1	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
25	1,0	1,0	0,0	1,0	7,2	2,1	1,0	2,1	0,0	1,0	0,0
26	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0
27	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
28	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
29	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
30 y más	1,0	0,0	0,0	1,0	8,2	1,0	0,0	0,0	1,0	3,0	0,0
Total Consumidores	99,0	97,9	89,7	84,5	83,5	29,9	20,6	48,5	46,4	30,9	6,2
Nunca consumió	1,0	2,1	10,3	15,5	16,5	70,1	79,4	51,5	53,6	69,1	93,8

Tabla 10:
Distribución porcentual por diferencia en años entre primer consumo y consumo regular

	Menos de un año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más	Nunca Consumo regular	Nunca Consumió
Taba.	56.7	13.4	8.2	8.2	2.1	3.1	2.1	1.0	1.0	1.0	0.0	2.1	1.0
Alco.	53.6	8.2	10.3	9.3	1.0	2.1	4.1	1.0	1.0	1.0	2.0	5.2	2.1
Mari.	60.8	11.3	5.2	0.0	2.1	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	7.2	10.3
Coca.	43.3	13.4	6.2	3.1	1.0	1.0	1.0	2.1	0.0	2.1	1.0	10.3	15.5
PBC	61.9	10.3	6.2	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	16.5
Crac.	15.5	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	10.3	71.1
Exta.	7.2	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.5	74.2
Aluc.	23.7	5.2	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.6	51.5
Solv.	24.7	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	18.6	54.6
Psic.	17.5	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.3	69.1
Otra	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	94.8

Tabla 11-Distribución porcentual de usuarios que pasaron a consumo regular antes de un año por cada sustancia (excluyendo del calculo a los no han presentado consumidores experimental para cada sustancia)

Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	PBC	Crack	Éxtasis	Alucinógenos	Solventes	Psicofármacos	Otras
57.3	54.7	67.8	51.2	74.1	53.6	28.0	48.9	54.5	56.7	50

Distribución según porcentaje de usuarios que no pasaron al consumo regular por cada sustancia (excluyendo del calculo a los no han presentado consumidores experimental para cada sustancia)

2.1	5.3	8.0	12.2	4.9	35.7	60.0	38.3	40.9	30.0	50.0
-----	-----	-----	------	-----	------	------	------	------	------	------

Tabla 12-A: Distribución porcentual de la frecuencia de uso según la sustancia.

	Tab.	Alco.	Mari.	Coca.	PBC.	Crac.	Exta.	Aluc.	Solv.	Psic.	Otras
Nunca consumió	1.0	2.1	10.3	15.5	16.5	70.1	79.4	51.5	53.6	69.1	93.8
Una sola vez	0	2.1	0	1.0	2.1	4.1	3.1	7.2	3.1	1.0	1.0
Nunca en los últimos 12 meses	4.1	5.2	9.3	13.4	1.0	13.4	8.2	24.7	29.9	8.2	3.1
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2.1	15.5	8.2	14.4	5.2	4.1	1.0	7.2	3.1	3.1	0
Algunas veces mensualmente	1.0	13.4	9.3	13.4	1.0	2.1	5.2	5.2	3.1	4.1	0
Algunas veces Semanalmente	4.1	38.1	18.6	28.9	16.5	2.1	2.1	3.1	4.1	4.1	1.0
Diariamente	87.6	23.7	44.3	13.4	57.7	4.1	1.0	1.0	3.1	10.3	1.0
Porcentaje Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	10

Tabla 12 B- Distribución porcentual de la frecuencia de uso por sustancia con la proporción de consumidores y excluyendo los no consumidores.											
	Tab.	Alco.	Mari.	Coca.	PBC.	Crac.	Ext.	Aluc.	Solv.	Psic.	Otras
Porcentajes de consumidores por sustancia	99	97,9	89,7	84,5	83,5	29,9	20,6	48,5	46,8	30,9	6,2
Una sola vez	0	2,1	0	1,2	2,5	13,8	15,0	14,9	6,7	3,3	16,7
Nunca en los últimos 12 meses	4,2	5,3	10,3	15,9	1,2	44,8	40,0	51,1	64,4	26,7	50,0
Algunas veces durante los últimos 12 meses	2,1	15,8	9,2	17,1	6,2	13,8	5,0	14,9	6,7	10,0	0
Algunas veces mensualmente	1,0	13,7	10,3	15,9	1,2	6,9	25,0	10,6	6,7	13,3	0
Algunas veces Semanalmente	4,2	38,9	20,7	34,1	19,8	6,9	10,0	6,4	8,9	13,3	16,7
Diariamente	88,5	24,2	49,4	15,9	69,1	13,8	5,0	2,1	6,7	33,3	16,7

Tablas de dimensión Aspectos Actitudinal, variable Motivación a la rehabilitación, indicadores: como acudió a tratamiento, tratamiento actual, cantidad de tratamientos previos, tiempo de abstinencia:

Tabla: 13					
Vía de Ingreso al Centro		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Voluntariamente	78	80,4	82,1	82,1
	Presionado por la familia	9	9,3	9,5	91,6
	Indicación médica	6	6,2	6,3	97,9
	Indicación judicial	1	1,0	1,1	98,9
	Presión de los amigos	1	1,0	1,1	100,0
	Total	95	97,9	100,0	
	Presión Familiar y Voluntariamente	2	2,1		
Total		97	100,0		

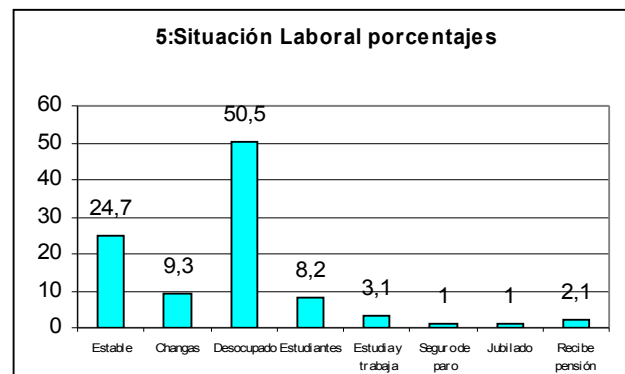
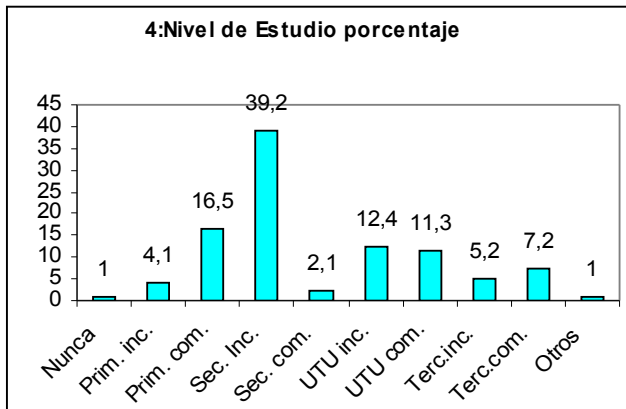
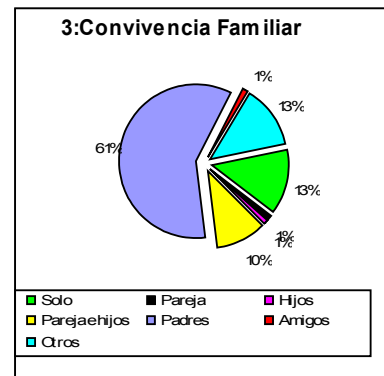
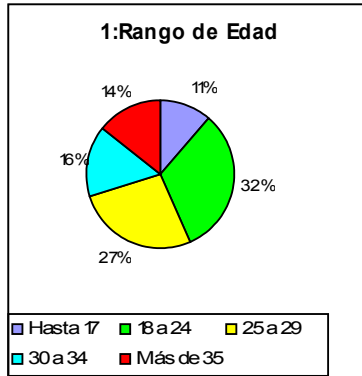
Tabla: 14					
Tipo de tratamiento actual		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	ambulatorio	17	17,5	17,5	17,5
	Centro de día	6	6,2	6,2	23,7
	Residencial	30	30,9	30,9	54,6
	Comunidad terapéutica	36	37,1	37,1	91,8
	Hospital	3	3,1	3,1	94,8
	Grupo de autoayuda	5	5,2	5,2	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

Tabla: 15 Número de tratamientos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	1,00	50	51,5	51,5	51,5
	2,00	20	20,6	20,6	72,2
	3,00	8	8,2	8,2	80,4
	4,00	8	8,2	8,2	88,7
	5,00	6	6,2	6,2	94,8
	6,00	4	4,1	4,1	99,0
	7,00	1	1,0	1,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

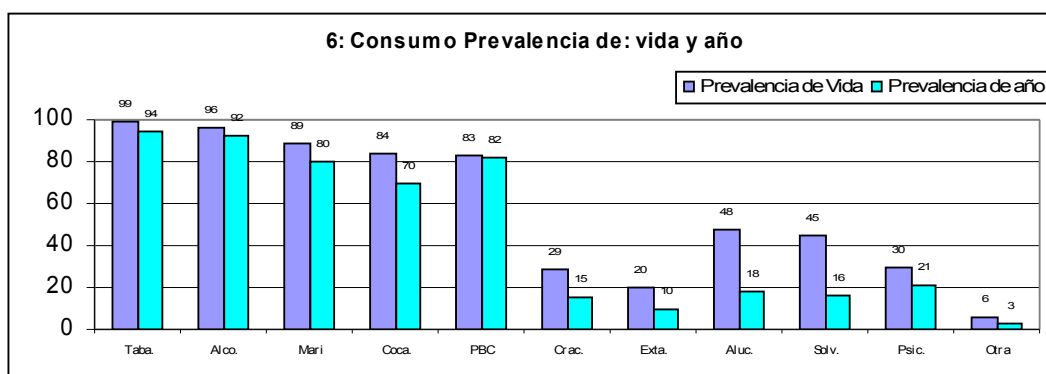
Tabla: 16 Tiempo de abstinencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	0 a 3 meses	68	70,1	70,1	70,1
	3 a 6 meses	16	16,5	16,5	86,6
	6 a 12 meses	7	7,2	7,2	93,8
	mas de un año	3	3,1	3,1	96,9
	mas de 2 años	3	3,1	3,1	100,0

Apéndice 2. Gráficas del Perfil sociodemográfico, Conductual y Actitudinal del consumo de sustancias

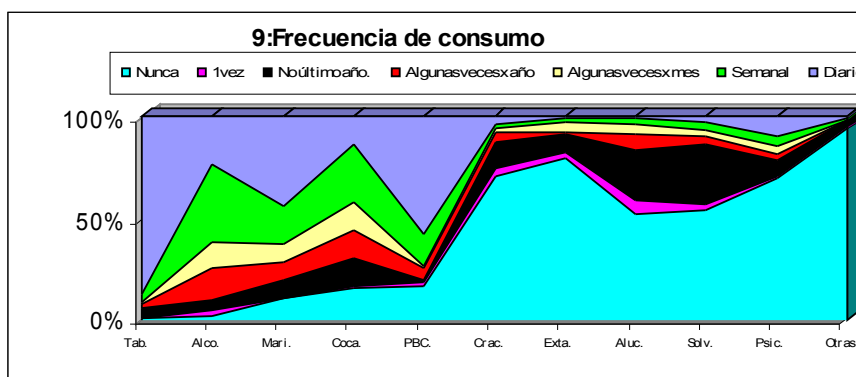
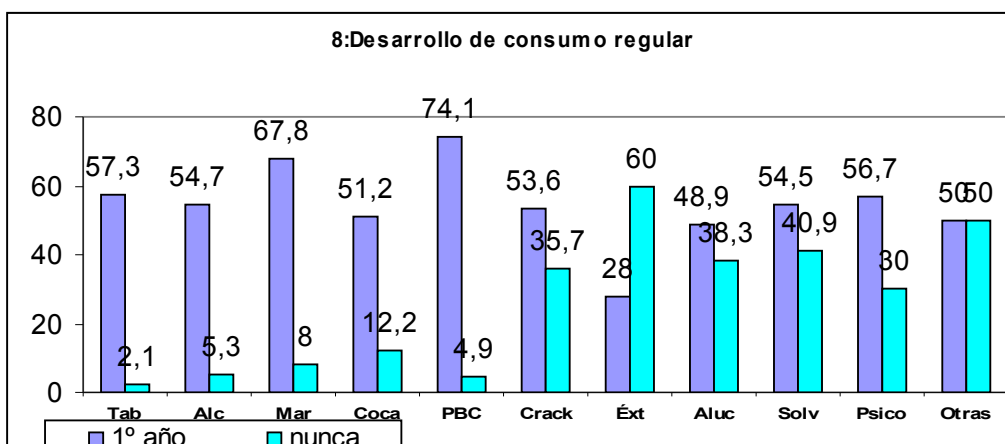
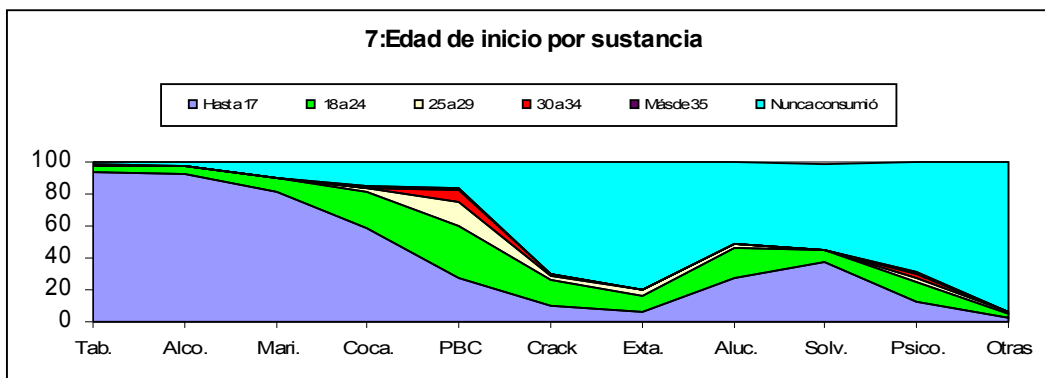
Dimensión: Perfil de la población variable Sociodemográfica:



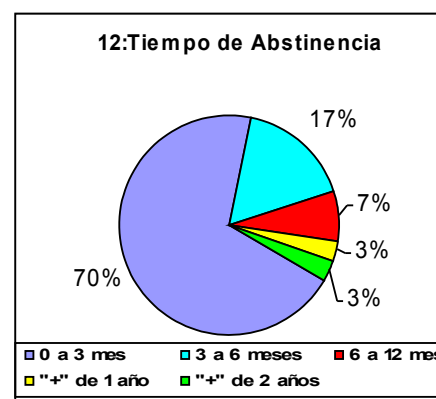
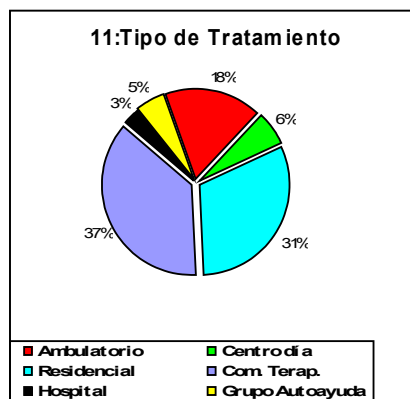
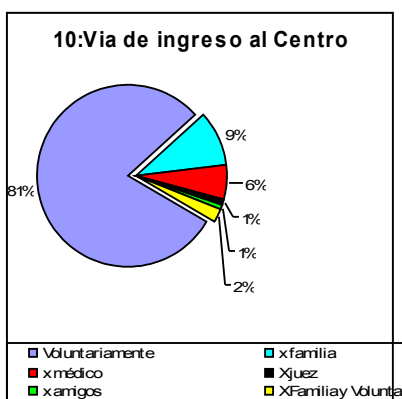
Dimensión: Conductual variable Consumo de sustancias



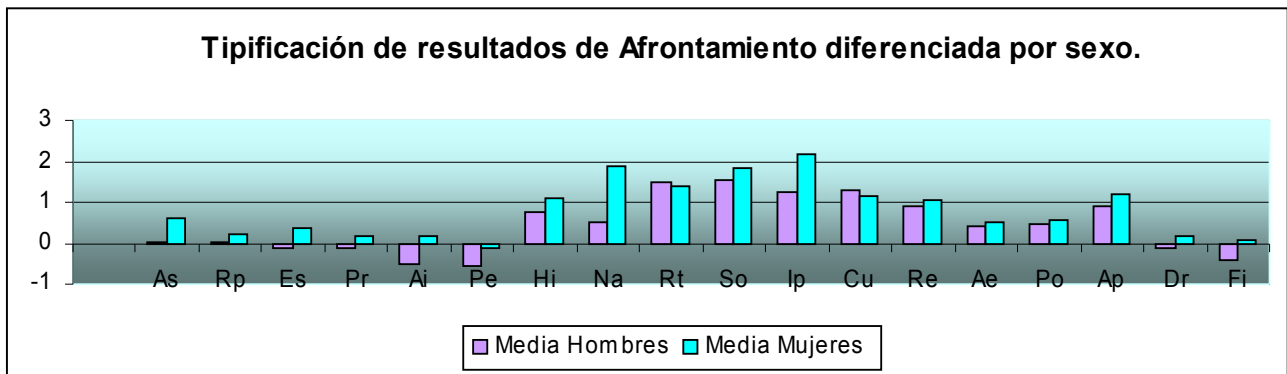
Dimensión: Conductual variable Dinámica de consumo



Dimensión: Actitudinal variable Motivación a la rehabilitación



Apéndice 3: Discusión de Tipificación de resultados de Afrontamiento diferenciado por sexo



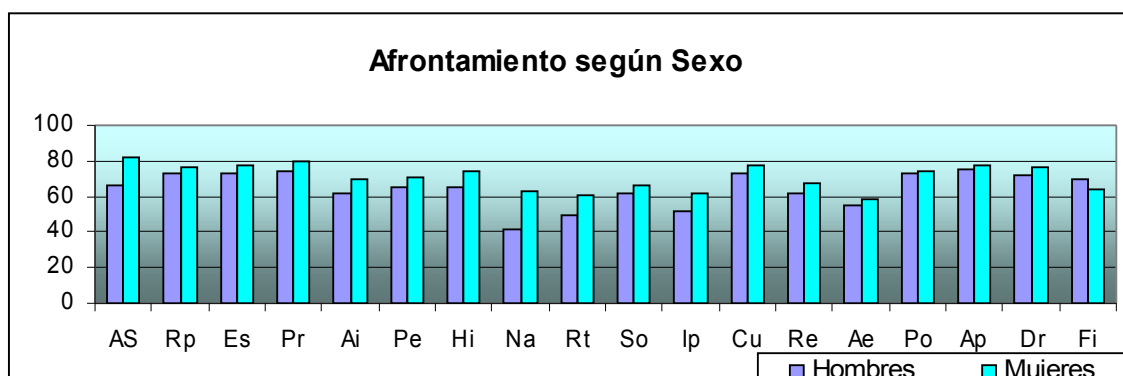
Respecto a la tipificación de resultados: en comparación con los resultados de la baremación del test de la muestra Española de Pereña y Seisdedos de 2000, solo se encontró que la Estrategia de Afrontamiento Ignorar el Problema en nuestra muestra de mujeres, presentó una desviación superior a 2 desvíos estándar, el resto de las Estrategias de Afrontamiento las diferencias fueron inferiores tanto en hombre como mujeres. Se obtuvieron resultados muy similares a las frecuencias presentadas por la población Española, y nuestra muestra, dicha semejanza se destaca especialmente al tratarse de contextos tan diversos como es la

Tipificación de resultados Comparación de afrontamiento con la escala del baremo Español (Tabla Nº 21)	Z Hombres de nuestra muestra	Z Mujeres de nuestra muestra	Z = + / - 2 Ds
Búsqueda de apoyo social	0.0098	0.6256	
Concentrarse en Resolver el Problema	0.0172	0.2326	
Esforzarse y tener Éxito	-0.1149	0.3821	
Preocuparse	-0.1062	0.1746	
Invertir en Amigos Íntimos	-0.5265	0.1689	
Buscar Pertenencia	-0.5536	-0.1072	
Hacerse ilusiones	0.7702	1.1026	
Falta de Afrontamiento	0.4913	1.8899	
Reducción de Tensión	1.4685	1.3744	
Acción Social	1.5303	1.8127	
Ignorar el Problema	1.2251	2.1635	M
Autoinculparse	1.2999	1.1615	
Reservarlo para si	0.8988	1.0292	
Buscar Apoyo Espiritual	0.3912	0.4972	
Fijarse en lo Positivo	0.4399	0.5391	
Buscar Ayuda Profesional	0.9028	1.1896	
Buscar Diversiones Relajantes	-0.1399	0.1719	
Distracción Física	-0.4037	0.0737	

población de estudiantes para la muestra Española y población Uruguay en rehabilitación de Adicciones en nuestro estudio, nos podría indicar la validez de la medida del afrontamiento mediante este cuestionario. Dicha semejanza no se

explicaría por similitudes en la edad de la muestra dado que nuestra muestra es de edad considerablemente superior a la edad de la muestra Española: nuestra sub muestra: 12 a 14 años 0%, 15 a 17 años 15.5%, de 18 a 20 años 15.4%, de 20 a 24 años 28.2% de 25 a 30 años 40.8%. y la muestra Española: de 12 a 14 años 10%, de 15 a 17 años 48%, de 18 a 20 años 41% (Pereña y Seisdedos 2000).

Apéndice 4: Discusión de Afrontamiento según sexo



Afrontamiento según sexo (Tabla N° 20)	Media Hombres	Media Mujeres	Sign.
Búsqueda de apoyo social	66.43	81.71	5% M
Concentrarse en Resolver el Problema	73.43	76.57	
Esforzarse y tener Éxito	73.37	77.71	
Preocuparse	74.43	79.42	
Invertir en Amigos Íntimos	61.43	69.71	
Buscar Pertenencia	64.62	70.28	
Hacerse ilusiones	65.25	74.28	10% M
Falta de Afrontamiento	42.12	63.42	5% M
Reducción de Tensión	49.81	60.57	10% M
Acción Social	61.48	66.42	
Ignorar el Problema	51.79	61.42	
Autoinculparse	72.89	77.85	
Reservarlo para si	62.18	67.14	
Buscar Apoyo Espiritual	54.60	58.57	
Fijarse en lo Positivo	73.20	74.28	
Buscar Ayuda Profesional	75.39	77.85	
Buscar Diversiones Relajantes	71.64	76.00	
Distracción Física	69.12	64.00	

Comparando las estrategias de afrontamiento según el sexo encontramos diferencias significativas con un nivel de confianza del 95% en: Búsqueda de Apoyo Social, Falta de afrontamiento y se encontraron diferencias que serían significativas con un nivel de confianza de 90% para: Reducción de Tensión y Hacerse ilusiones; en estas cuatro estrategias las mujeres obtuvieron puntajes superiores a los

hombres. Puede verse por parte de nuestra muestra femenina mayor empleo de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de apoyo social que es: la tendencia a compartir los problemas con otros, buscar y encontrar apoyo para resolverlos, dicha estrategia podría indicar que las mujeres de nuestro estudio podrían presentar mayor capacidad en encontrar interlocutores válidos con quienes compartir sus problemas, también en obtener recursos de apoyo.

Otra de las estrategias que donde se encontraron diferencias significativas a favor de las mujeres es en la Falta de afrontamiento: dicha estrategia se caracteriza por la incapacidad personal para resolver, el no hacer nada frente al problema y el desarrollo de síntomas psicósomáticos, dicha modalidad de afrontamiento es una de las más desfavorables donde se refleja la incapacidad para enfrentar los problemas y la somatización de los mismos.

La Reducción de Tensión: Implica intentos de sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión, donde se incluye llorar, gritar y evadirse, también esta estrategia incluye el consumo de sustancias como es buscar sentirse mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas. El hecho de que esta estrategia puntué más alto en las mujeres podría tener algunos aspectos de estereotipos de género, donde la expresión sentimental ha estado culturalmente vinculada al rol femenino. Sin embargo lo más significativo de dicha estrategia es la evasión mediante el consumo de sustancias, que en nuestra muestra que está en rehabilitación resulta contraria a los objetivos del tratamiento, podría indicar una tendencia a resultados más desfavorable respecto al tratamiento en las mujeres de nuestro estudio.

Hacerse Ilusiones: Esta estrategia implica afrontar confiando en la esperanza, implica esperar que las cosas se arreglen, confiando en la expectativa de que todo tendrá un final feliz, anticipando una salida positiva. El mayor empleo de dicha estrategia por parte de las mujeres, podría indicar una visión más centrada en la esperanza y menos realista de afrontar.

Desde una visión de género no podemos concluir que exista un perfil determinado de estrategias de afrontamiento preferentemente femeninas o masculinas en nuestra población en rehabilitación, los resultados se caracterizan por ser muy similares, dado que no se han encontrado diferencias en 14 de las 18 estrategias de afrontamiento, se han encontrado diferencias significativas en dos estrategias con un nivel de confianza de 95% en: Búsqueda de Apoyo Social, Falta de afrontamiento y se encontraron diferencias que serían significativas con un nivel de confianza de 90% para: Reducción de Tensión y Hacerse ilusiones.

Se encontraron similitudes con los hallazgos del estudio español de Pedrero et al (2005) de usuarios con abuso sustancias y ludopatía donde se concluyó que las mujeres emplean más el afrontamiento centrado en la Emoción y la Búsqueda de apoyo social. En nuestra investigación la Búsqueda de apoyo Social es la estrategia de mayor frecuencia de uso en las mujeres y también encontramos diferencias significativas obteniendo las mujeres mayor frecuencia en la Reducción de tensión que implica elementos relacionados a sentirse mejor aliviando la tensión mediante la expresión emocional como: llorar, gritar y evadirse.

Respecto a otros estudios los resultados presentan similitudes con los hallazgos de Pereña y Seisdedos 2000, en la adaptación de la escala de afrontamiento para la muestra Española donde en la

comparación de afrontamiento por sexo también encontraron diferencias significativas en seis estrategias a favor de las mujeres y en cuatro coinciden los resultados con nuestro estudio: Búsqueda de apoyo social, Falta de afrontamiento, Reducción de tensión y Hacerse ilusiones. Las otras dos estrategias en que obtuvieron diferencias significativas en dicho estudio a favor de las mujeres que no coincidieron con nuestra investigación fueron: Autoinculparse y Preocuparse. En el estudio Español también se obtuvieron diferencias significativas en tres estrategias empleadas mayoritariamente por los hombres: Distracción física, Buscar ayuda profesional, e Ignorar el problema, en nuestro estudio no existieron estrategias mayoritariamente empleadas por los hombres. Sin embargo quisiéramos añadir que en nuestra muestra estas tres estrategias por tratarse de población que esta realizando rehabilitación a adicciones podrían haber elementos que disminuyeran las diferencias entre sexos: al estar vinculados todos a instituciones de rehabilitación donde están en contacto permanente con profesionales, podría incidir en la frecuencia del uso de la estrategia búsqueda de ayuda profesional. Como hemos señalado anteriormente la estrategia ignorar el problema implica la realización de un esfuerzo conciente por ignorar el problema, en los distintos tipos de tratamiento se instruye en técnicas para evitar el craving donde implica la realización de un esfuerzo conciente por evitar los pensamientos relacionados al consumo, aspecto que podría explicar la frecuencia de empleo de esta estrategia. También en relación a la estrategia Distracción física podría existir la misma influencia dado que parte del tratamiento implica el cambio a un estilo de vida saludable y en las actividades de rehabilitación se incluye el deporte.

Por tratarse de contextos diversos como es la muestra de estudiantes y nuestra muestra de personas en rehabilitación de adicciones además de países diferentes, nos resulta muy destacado como el género podría producir diferencias universales en la elección de estrategias de afrontamiento dadas las coincidencias encontradas en cuatro estrategias.

Apéndice 5: Síntesis de Perfil Sociodemográfico general de población usuaria de drogas consultante en Uruguay

En base a las investigaciones precedentes: [Larrobla y Pouy 2004 en JND, MSP, IMM, IDES 2006, Facultad de Medicina- Departamento de Toxicología 2005 en JND, MSP, IMM, IDES 2006 y Informe N° 1 Portal Amarillo 2006 en JND, MSP, IMM, IDES 2006] hemos elaborado un perfil sociodemográfico general donde indicaremos un resumen de las características que han presentado mayor frecuencia, para comparar con nuestros resultados. La población usuaria de drogas es mayoritariamente masculina representado en todos los casos mas de un 80%, la amplia mayoría residente en Montevideo, respecto al nivel de estudio la mayor proporción han realizado estudios secundarios donde el 40% corresponde a secundaria incompleta. La franja etárea predominante es de 14 a 29 años donde encontramos más del 70% de los consultantes. Respecto a la situación laboral mayoritariamente los usuarios se encuentran desocupados con proporciones que van desde el 32% al 54.3%. La sustancia principal por la cual realizan la consulta es la Pasa Base de cocaína y la mayoría presenta patrones de policonsumo.

Apéndice 6: Procedimiento de abreviación de la ficha de notificación individual:

Justificación de la abreviación del instrumento:

Ante la necesidad de contar con un instrumento validado en nuestro país para población usuaria de droga que recabara datos sociodemográficos y patrones de consumo, recurrimos a la abreviación de este instrumento, procurando las menores modificaciones posibles respetando sus normas de implementación.

Recurrimos a la forma autoaplicada, para preservar el total anonimato de la información del usuario, las modificaciones fue la conversión de los ítems en preguntas directas y enfocadas en el tratamiento actual. La supresión de estos ítems se realizó por razones de adecuación a los objetivos de la investigación, por los compromisos éticos de anonimato con los centros, participantes y validez de los datos al tratarse de un instrumento autoaplicado.

Condiciones de la Autoaplicación:

Todos los usuarios recibieron instrucciones previas, y asesoramiento sobre el instrumento, en todas las aplicaciones estuvo presente la investigadora, asesorando y colaborando con la implementación. En cada aplicación se corroboró que fueran completados todos los ítems, junto con el usuario. Se contó con el consentimiento informado escrito de los participantes.

Ítems modificados:

El único indicador suprimido fue la historia médica del consultante, al considerar que en este aspecto la auto aplicación sesgaría la validez diagnóstica, de este indicador también los problemas legales.

Ítems 1-Las fechas de cada aplicación fueron suprimidas, al registrarse en los consentimientos informados.

Ítem 2-Se suprimió el nombre de los centros, al comprometernos con el anonimato de los mismos en nuestro estudio.

Item 20-Se cuestiona aquí el consumo en los últimos 12 meses previos al tratamiento.

Fueron suprimidos los ítems 23, 24,25 referentes a la historia médica y 26, 27 relacionados a los problemas legales.

Validación del instrumento abreviado:

Para la validación de la abreviación de instrumento se realizó un estudio piloto con sujetos con consumo de sustancias psicoactivas, contando con su consentimiento informado escrito, y su participación voluntaria se procuró establecer la confidencialidad necesaria, se respondió el cuestionario de modo individual, también se les solicitó a los participantes que nos asesorar si eran las preguntas eran suficientemente claras y en consideraron de las dificultades frente al instrumento se realizaron las adaptaciones pertinentes.

Dificultades y sugerencias para otras aplicaciones de la ficha autoaplicada:

El aspecto que generó mayores dificultades fue la codificación de los nombres, resolvimos esta dificultad en las aplicaciones con una explicación muy detallada y ejemplificando. La modalidad autoaplicada de la Ficha de Notificación individual fue eficaz, requirió sin embargo la presencia del investigador detalladas instrucciones previas, y asesoramiento sobre las dudas emergentes, las aplicaciones grupales nos resultó la forma óptima de implementación. Para las aplicaciones grupales sugerimos se trabaje en grupos pequeños de no más de cinco personas.

13. Indica cual de estas sustancias has consumido .(Marcar con una cruz)	14. ¿A que edad la probaste Por primera vez?	15. ¿A que edad comenzaste a consumirla regularmente? (Ver código I)	16. ¿Consumiste en los 12 meses anteriores al tratamiento?	17. ¿Con qué frecuencia usabas estas drogas antes del tratamiento? (ver código II)	18. ¿Recibiste tratamiento por el consumo de esta sustancia ?	
					Sí	No
1. Tabaco <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marihuana <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cocaína <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pasta base <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Crack (cocaína cocinada) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Éxtasis <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alucinógenos <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Solventes (pegamento, nafta) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Psicofármacos (sin prescripción) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Otras sustancias Especificar <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código I:
Consideramos consumo regular:
 si consumías las sustancias diariamente o varias veces por semana.

CODIGO II:
 1. Una sola vez
 2. Nunca en los últimos 12 meses
 3. Algunas veces durante los últimos 12 meses
 4. Algunas veces mensualmente
 5. Algunas veces semanalmente
 6. Diariamente

Este cuestionario es la Ficha de Notificación Individual del Proyecto Red, proporcionada por la Junta Nacional de Drogas, con la adaptación necesaria para la investigación

Apéndice 8. Dimensiones de Ficha de notificación Individual Abreviada

Dimensión	Variable	Indicadores
Perfil de la población	Sociodemográficas	Sexo Edad Estado civil Estudios cursados Situación laboral Lugar de residencia Grupo familiar
Conductual	Consumo de sustancias	Prevalencia de Vida Prevalencia de año previo al tratamiento
	Dinámica de consumo	Edad de inicio Edad de inicio de consumo regular Frecuencia de consumo Sustancia principal
Actitudinal	Motivación a la rehabilitación	Como acudió a tratamiento Tratamiento actual Cantidad de tratamientos previos Tiempo de abstinencia

Las variables omitidas de análisis de dimensiones original de acuerdo con los objetivos de la investigación son: los aspectos sanitarios y la respuesta sanitaria, las variables introducidas son los indicadores enfocados en el tratamiento actual y el tiempo de abstinencia.

Apéndice 9: Consentimiento informado

Se le invita a participar en el estudio de las estrategias de afrontamiento al estrés en personas que se rehabilitan a las adicciones, actualmente que esta realizando en su tesis de Grado para obtener la Licenciatura en Psicología Carmen Gamazo. El afrontamiento al estrés, explora las distintas formas que tiene una persona de enfrentar las dificultades de la vida.

Su participación consistirá en responder una encuesta que evalúa los estilos de afrontamiento y otra encuesta respecto a datos sociodemográficos y relacionados al consumo de sustancias.

El tiempo estipulado para responder ambos cuestionarios es aproximadamente 50 minutos.

No existen riesgos por participar en este estudio los datos obtenidos serán confidenciales protegiéndose el anonimato de quien participa y de las instituciones, por lo que las hojas de respuesta poseen un número y no se registra en ella el nombre del participante. El interés de dicho trabajo es analizar los resultados grupales y no de modo individual.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, tendrá derecho a cambiar de opinión de su consentimiento o dejar de participar en cualquier momento sin problema.

Los beneficios de la participación es la posibilidad de contribuir a ampliar el conocimiento en la rehabilitación de las adicciones que podrá ayudar en el tratamiento de otras personas.

Acepto participar en el estudio

Nombre del participante-----

Firma del Participante-----

Fecha: -----/-----/ 2008

Ante cualquier duda sobre este estudio puede comunicarse vía mail a la siguiente dirección: carmen.gamazo@hotmail.com con Carmen Gamazo quien efectúa el estudio o al teléfono 099239215, el estudio esta bajo la tutoría de los Licenciados en Psicología Coral García y Claudio Danza en Facultad de Psicología de Universidad Católica del Uruguay.

Consentimiento informado padres y tutores

Estimados Padres o Tutores:

Actualmente estamos realizando un estudio sobre formas de Afrontamiento al estrés, en el Departamento Ciencias Cognitivas y de la Salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay con el motivo de la realización de una tesis de licenciatura.

En el marco de este trabajo, se encuestan adolescentes de nuestro medio en rehabilitación, con dos formularios que exploran las distintas formas que tienen los adolescentes de afrontar el estrés y otro que explora aspectos sociodemográficos y patrones de consumo.

La participación es anónima y voluntaria, el tiempo que insume su realización es de 40 minutos aproximadamente. Los resultados individuales obtenidos serán confidenciales, protegiendo el anonimato de quien participa, el interés del trabajo es analizar los resultados grupales no individuales.

Le agradecemos por contribuir a mejorar el conocimiento de la rehabilitación en la a adicciones que podrá ayudar a otras personas y familias en el tratamiento.

Por esta vía, solicitamos su autorización para que su hijo/a participe en esta investigación respondiendo a las preguntas del Cuestionario.

De no conceder su autorización agradecemos nos lo haga saber durante el período de una semana a partir de la fecha.

Autorizo a: _____ Año _____

Firma padre, madre o tutor: _____

Por cualquier informe comunicarse con María del Carmen Gamazo: al 099239215 o vía mail a:

carmen.gamazo@hotmail.com

Apéndice 10: Carta de invitación a los centros

Montevideo, de septiembre de: 2007-2008

Nombre de la Institución:

Mi nombre es Carmen Gamazo soy estudiante de Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay, estoy realizando la tesis para obtener el grado de licenciatura. Bajo la tutoría de los Licenciados en Psicología: Coral García y Claudio Danza.

Dicha tesis es una investigación que estudia los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés que emplean las personas que superan la adicción a la Pasta Base de Cocaína.

Desde la perspectiva de este estudio el afrontamiento es comprendido como la manera para enfrentar el estrés, las formas que ellos informan utilizan ante situaciones internas o externas que ponen a prueba sus recursos personales.

Esta institución ha sido seleccionada a participar en esta investigación debido amplio reconocimiento y trayectoria de su trabajo en nuestro país, me dirijo a ustedes para invitarlos a participar.

Para la realización de esta investigación requeriría aplicar de modo grupal un cuestionario que evalúa el estilo de afrontamiento al estrés y otro cuestionario respecto a datos sociodemográficos y patrones de consumo, con los usuarios en rehabilitación.

Esta actividad implicaría 50 minutos aproximadamente.

Para poder llevar a cabo dicha investigación la colaboración solicitada a la institución es la siguiente:

1-La participación voluntaria de un grupo de usuarios en rehabilitados que hallan recibido tratamiento por consumo de Pasta Base de Cocaína.

2-Un espacio físico en el centro a su cargo en la fecha que considere conveniente durante 50 minutos.

La participación en esta investigación posibilitará a las instituciones participantes contar con los resultados finales de dicha investigación, que consiste en: un análisis global de las estrategias y estilos de afrontamiento

al estrés y una aproximación al perfil sociodemográfico y patrones de consumo, en las personas en rehabilitación.

Para respetar la confidencialidad los nombres de las instituciones y personas que participan en la investigación serán mantenidos en total anonimato.

Desde ya quisiera agradecerles por su amable consideración de esta posibilidad de contribuir a ampliar el conocimiento en la superación de las adicciones, aspecto al que ya contribuyen enormemente con su labor cotidiana.

Por más información puede comunicarse conmigo al: 311 07 26 / 099 23 92 15 o al

e-mail: carmen.gamazo@hotmail.com.uy .

ANEXOS: 1, 2 y 3.

Anexo 1: Ficha de Notificación Individual Original

FICHA DE NOTIFICACION		C.I. <input style="width: 100px;" type="text"/>										
INDIVIDUAL												
Copiado SND <input type="checkbox"/>												
1. Fecha de ingreso día mes año <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	2. Nombre del Centro <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	3. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino										
4. Marcar las dos primeras letras del apellido y la primera del nombre: (marcar con un círculo una letra de cada abecedario) 4.1 Primera letra del primer Apellido : a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z 4.2 Segunda letra del primer Apellido : a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z 4.3 Primera letra del segundo Apellido : a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z 4.4 Segunda letra del segundo Apellido : a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z 4.5 Primera letra del primer Nombre : a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z												
5. Fecha de nacimiento día mes año <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	6. Dpto. de Nacimiento / País <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	7. Dpto / Ciudad / Barrio de Residencia <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>										
8. Estado civil <input type="checkbox"/> 1. Casado/a <input type="checkbox"/> 4. Viudo/a <input type="checkbox"/> 2. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 5. Concubino/a <input type="checkbox"/> 3. Separado/a <input type="checkbox"/> 6. Soltero/a <input type="checkbox"/> 7. Otro (especificar) _____	9. Situación laboral en el momento de la demanda <input type="checkbox"/> 1. Trabajo estable <input type="checkbox"/> 6. Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> 2. Changas <input type="checkbox"/> 7. Seguro de paro <input type="checkbox"/> 3. Desocupado <input type="checkbox"/> 8. Jubilado <input type="checkbox"/> 4. Mendicidad <input type="checkbox"/> 9. Recibe pensión <input type="checkbox"/> 5. Estudiante <input type="checkbox"/> 10. Otros, (especificar) _____											
10. Estudios cursados <input type="checkbox"/> 1. Sin datos <input type="checkbox"/> 6. Secundaria completa <input type="checkbox"/> 2. Analfabeto/a <input type="checkbox"/> 7. UTU incompleta <input type="checkbox"/> 3. Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 8. UTU completa <input type="checkbox"/> 4. Primaria completa <input type="checkbox"/> 9. Terciaria incompleta <input type="checkbox"/> 5. Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 10. Terciaria completa <input type="checkbox"/> 11. Otros estudios especificar. _____	11. Como acudió al tratamiento <input type="checkbox"/> 1. Sin datos <input type="checkbox"/> 5. Indicación Judicial <input type="checkbox"/> 2. Voluntariamente <input type="checkbox"/> 6. Por presión laboral <input type="checkbox"/> 3. Presionado por la familia <input type="checkbox"/> 7. Por presión de amigos <input type="checkbox"/> 4. Indicación médica <input type="checkbox"/> 8. Derivado, especificar _____											
12. Convivencia los 30 días antes del tratamiento: <input type="checkbox"/> 1. Sin datos <input type="checkbox"/> 5. Pareja e hijos <input type="checkbox"/> 2. Solo /a <input type="checkbox"/> 6. Con padres <input type="checkbox"/> 3. Únicamente con pareja <input type="checkbox"/> 7. Con amigos <input type="checkbox"/> 4. Únicamente con hijos <input type="checkbox"/> 8. Otros, especificar _____	13. Ha estado usted anteriormente en tratamiento por problemas de consumo de drogas durante los últimos 12 meses. En caso afirmativo, indique la cantidad de veces. En caso contrario, pase al ítem 16 <input type="checkbox"/> 1. He estado _____ vez (veces) (Indique con un Nº si ha estado cero o más veces)											
14. Tipo del último tratamiento previo por problemas con drogas <input type="checkbox"/> 1. No sabe <input type="checkbox"/> 5. Residencial <input type="checkbox"/> 2. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 6. Comunidad terapéutica <input type="checkbox"/> 3. Centro de día <input type="checkbox"/> 7. Hospital <input type="checkbox"/> 4. Centro de noche <input type="checkbox"/> 8. Grupo de autoayuda <input type="checkbox"/> 9. Otros, especificar _____	15. Razones por la cual ha dejado el tratamiento <input type="checkbox"/> 1. Alta <input type="checkbox"/> 4. Lo expulsaron <input type="checkbox"/> 2. Abandono con fuga <input type="checkbox"/> 5. No pudo pagar más <input type="checkbox"/> 3. No cubría sus expectativas <input type="checkbox"/> 6. Otra razón, especificar _____ 6.1 Especificar _____											
16. Sustancia psicoactiva por la que es admitido en el tratamiento. (ver códigos – indicar sólo una sustancia) a. Sustancia principal <input type="checkbox"/>	CODIGOS DE SUSTANCIA PSICOACTIVA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Tabaco</td> <td style="width: 50%;">6. Crac</td> </tr> <tr> <td>2. Alcohol</td> <td>7. Extasis</td> </tr> <tr> <td>3. Marihuana</td> <td>8. Alucinógenos</td> </tr> <tr> <td>4. Cocaína</td> <td>9. Solventes</td> </tr> <tr> <td>5. Pasta base</td> <td></td> </tr> </table>		1. Tabaco	6. Crac	2. Alcohol	7. Extasis	3. Marihuana	8. Alucinógenos	4. Cocaína	9. Solventes	5. Pasta base	
1. Tabaco	6. Crac											
2. Alcohol	7. Extasis											
3. Marihuana	8. Alucinógenos											
4. Cocaína	9. Solventes											
5. Pasta base												

17. Descripción de las Sustancias que consume. (Marcar con una cruz)	18. Edad que probó por primera vez	19. Edad de inicio del consumo regular	20. Consumió en los últimos 12 meses?	21. ¿Con qué frecuencia ha usado estas drogas? (ver código I)	22. ¿Recibió Tratamiento por el consumo de esta sustancia ?		
					Sí	No	
1. Tabaco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Alcohol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Marihuana	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Cocaína	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pasta base	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Crack (cocaína cocinada)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Éxtasis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Solventes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Otras sustancias Especificar _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CODIGO I: 0. Sin datos - 1. Una sola vez – 2. Nunca en los últimos 12 meses - 3. Algunas veces durante los últimos 12 meses – 4. Algunas veces mensualmente 5. Algunas veces semanalmente – 6. Diariamente							
23. Trastornos mentales <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No (pase a 26) <input type="checkbox"/> 3. Sin datos (pase a 26)		24. ¿qué tipo de trastorno? <input type="checkbox"/> 1. Depresión <input type="checkbox"/> 2. Ansiedad <input type="checkbox"/> 3. Psicosis /Esquizofrenia <input type="checkbox"/> 4. Conductas violentas <input type="checkbox"/> 5. Otras Especificar _____ <input type="checkbox"/> 6. Sin datos		25. ¿Recibió tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sin Datos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sin Datos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sin Datos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sin Datos		26. Problemas legales <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No 27. Detenciones <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	
28. Problemas médicos				29. Tipo de tratamiento a realizar			
		Sí	No	Sin Datos			
1. VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Sin datos		
2. SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2. Ambulatorio externo al Portal Amarillo		
3. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. Derivado al INAU		
4. Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4. Derivado a Portal Amarillo.		
5. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. Derivado H. Maciel		
6. Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6. Derivado Hospital de Clínicas		
7. T. CV. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7. ONG (especificar) _____		
8. Otros Trastornos. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8. Otros, especificar _____		

Anexo 2. Dimensiones de la Ficha de Notificación Individual Original

Dimensión	Variable	Indicadores
Perfil de la población	Sociodemográficas	Sexo Edad Estado civil Estudios cursados Situación laboral Lugar de residencia Grupo familiar
	Sanitarios	Estado de salud Problemas psiquiátricos
Conductual	Consumo de sustancias	Prevalencia de Vida Prevalencia de año Prevalencia últimos 30 días
	Dinámica de consumo	Edad de inicio Edad de inicio de consumo regular Frecuencia de consumo
Actitudinal	Motivación a la rehabilitación	Como acudió a tratamiento Último tratamiento previo Cantidad de tratamientos previo
Respuesta del Servicio	Tratamiento	Tipo de tratamiento indicado Derivaciones.

Anexo 3: Ketamina

“La Ketamina es un analgésico disociativo, que posee también propiedades psicodélicas, alucinógenas y estimulantes. Es empleada para usos médicos y veterinarios, en los últimos veinte años ha aumentado su consumo para fines no médicos. Sus efectos dependen de la vía de administración y dosis, mediante la vía intramuscular provoca efectos alucinógenos y psicodélicos, mediante vía intranasal genera efectos estimulantes y por vía oral provoca efectos adormecedores y sedantes prolongados. La droga afecta a distintos sistemas cerebrales: los de glutamato, dopamina (con efectos muy similares a la cocaína, incluyendo el bloqueo de la recaptación de dopamina), serotonina, opioides, noradrenalina y cortisol. La Ketamina fue creada por Calvin Stevens en 1962, para su uso médico como analgésico disociativo, en los laboratorios Parke-Davis de Michigan, dicha droga estaba emparentada con la Fenciclidina pero con menor toxicidad, adquiriendo posteriormente también otros usos y contextos de consumo. A pesar de las controversias desencadenadas respecto a la conveniencia de administrar a pacientes sustancias con efectos psicodélicos, continúa siendo muy utilizada en la medicina humana. Los principales efectos adversos registrados del abuso y la adicción a la Ketamina se han vinculado a variados problemas de salud mental: ansiedad, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático, cambios perceptivos persistentes, manía, depresión, suicidio, insomnio, pesadillas, terrores nocturnos, delirios paranoides, alucinaciones persistentes, comportamiento automático, fragmentación de la personalidad y agresividad. En EEUU desde 1999 y también en Australia en observancia a la adicción que provoca esta penado el consumo, posesión y tráfico de Ketamina, sin embargo en la mayoría de los países europeos, continúa siendo una droga sin controlar y puede encargarse legalmente a las compañías químicas.” (Jansen y Theron, 2003)¹²

¹² Jansen y Theron (2003) “Ketamina: nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos”, Adicciones, Vol. 15, sup. 2, pp.135-166.