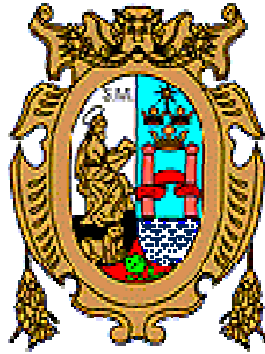


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POST GRADO



**LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO DE
CONDUCTA Y LA EVOLUCIÓN DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES
DEPENDIENTES A SUSTANCIAS.**

TESIS PRESENTADA POR LA MAGÍSTER.

CARMEN ROSA JARA CHAGUA.

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA
EN PSICOLOGÍA.

LIMA -PERÚ

2008.

Dedicado al

Dr. Walter Griebenow Estrada, por sus valiosos aportes y por su espíritu incansable en la búsqueda del conocimiento científico.

AGRADECIMIENTOS

Con respeto, admiración y gratitud al **Dr. Walter Griebenow Estrada**, que brindó su apoyo, material bibliográfico, experiencia clínica y facilidades para la culminación de la presente investigación.

A todos los Pacientes Dependientes a Sustancias.

Al Dr. Luis Vicuña Peri.

Al Dr. Julio César Krüger Castro.

Al Dr. Víctor Cáceres Portugal.

Al Dr. Jaime Aliaga Tovar.

Al Dr. Carlos Saavedra Castillo.

Al Equipo Terapéutico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Al Equipo Terapéutico del Hospital Hermilio Valdizán.

Al Equipo Terapéutico del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.

ÍNDICE.

La Motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en
pacientes dependientes a sustancias.

Resumen.

Capítulo I: Descripción y formulación del problema.....	15
1.1 Planteamiento del problema.....	15
1.2 Objetivo general.....	20
1.3 Objetivo específico	20
1.4 Importancia de la investigación	20
Capítulo II: Marco Teórico	22
2.1 Investigaciones previas	23
2.1.1 Revisión histórica.....	23
2.1.1.1 Historia del término motivación	23
2.1.1.2 Historia del término de dependencia a sustancias.....	26
2.1.1.3 Investigaciones relacionadas con el tema de estudio, desarrolladas en el Perú y en el extranjero.....	29
2.1.2 Sustento teórico.....	41
2.1.2.1 Definición de motivación.....	41
2.1.2.2 La motivación como proceso	41
2.1.2.3 Enfoque biológico de la motivación	42
2.1.2.4 Enfoque extrínseco de la motivación	42
2.1.2.5 Enfoque intrínseco de la motivación.....	43
2.1.2.6 Enfoque cognitivo de la motivación	44
2.1.2.7 Enfoque de la motivación de expectativa	45
2.1.2.8 Enfoque de la motivación referida a las diferencias individuales.....	45
2.1.2.9 Enfoque de la motivación referida a los motivos sociales.....	46
2.1.2.10 Enfoque de la motivación como un proceso inconsciente	46
2.1.2.11 Síntesis y conclusión de la motivación	46
2.1.2.12 Naturaleza de la motivación.....	47
2.1.2.13 Naturaleza homeostática de la motivación	47

2.1.2.14 Naturaleza cognitiva de la motivación.....	48
2.1.2.15 Naturaleza afectiva de la motivación.....	48
2.1.2.16 Naturaleza incentivista de la motivación.....	49
2.1.2.17 Naturaleza impulsora de la motivación.....	50
2.1.2.18 La motivación para el cambio de conducta desde la perspectiva de la presente tesis.....	51
2.1.2.19 Trastorno de la motivación.....	52
2.1.2.20 En el presente trabajo asumiremos el término de motivación desde el punto de vista del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente y de la Concepción de la Curación Social del Alcoholismo de Griebenow.....	54
2.1.2.21 Dependencia a sustancias.....	72
2.2 Definición de términos.....	78
2.3 Definiciones operacionales.....	81
2.4 Variables.....	82
2.5 Hipótesis.....	82
Capítulo III: Metodología.....	83
3.1 Tipo de investigación.....	83
3.2 Método.....	83
3.3 Diseño.....	83
3.4 Población y muestra.....	83
3.4.1 Población.....	83
3.4.2 Muestra.....	84
3.4.3 Característica de la muestra.....	85
3.4.4 La muestra según edad de los pacientes dependientes a sustancias por hospitales de procedencia.....	85
3.4.5 La muestra según la edad de inicio del consumo de sustancia de los pacientes dependientes por hospitales de procedencia.....	86
3.4.6 La muestra según sexo por hospitales de procedencia.....	87
3.4.7 La muestra según antecedentes familiares por hospital de procedencia.....	88

3.4.8	La muestra según personas que acompañan al tratamiento dependiente a sustancias por hospitales de procedencia.....	89
3.4.9	La muestra según tiempo de consumo de los pacientes dependientes por hospitales de procedencia	90
3.4.10	La muestra según grado de instrucción por hospitales de procedencia	91
3.4.11	La muestra según ocupación por hospitales de procedencia	92
3.4.12	La muestra según estado civil por hospitales de procedencia.....	93
3.4.13	La muestra según la sustancia que consume el dependiente a sustancias por hospitales de procedencia.....	94
3.4.14	La muestra según la vía de administración de la sustancias por hospitales de procedencia	95
3.4.15	La muestra según tiempo sin consumo de los pacientes dependientes a sustancias por hospitales de procedencia	96
3.5	Elección y descripción de los instrumentos	97
3.5.1	Ficha de datos. (Anexo 001).....	97
3.5.2	Breve historia. (Anexo 002).....	97
3.5.3	La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island URICA. (Anexo 003).....	97
3.5.4	Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de cotejo), (Anexo 004).	102
3.5.5	Documento de consentimiento informado del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (Anexo 005)	104
3.5.6	Documento de consentimiento informado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. (Anexo 006).....	104
3.5.7	Documento de consentimiento informado del Hospital Hermilio Valdizán. (Anexo 007).....	104
3.6	Técnicas y procedimientos de recolección de datos.	104
3.6.1	Aplicación de pruebas	104
3.6.2	Calificación de las pruebas.....	107
3.6.3	Observación conductual durante la evaluación psicológica.....	107

3.7	Métodos estadísticos.....	107
Capitulo IV: Resultados.....		109
4.1	El cambio de conducta en los tres tipos de tratamiento durante el año.....	110
4.1.1	Cambios de estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias después de cuatro meses de iniciar con sus programas de tratamiento (primer periodo mayo- agosto 2005).	110
4.1.2	Cambio de estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias después de cuatro meses de continuar con el tratamiento (segundo periodo septiembre- diciembre 2005).	114
4.1.3	Cambio de estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias después de cuatro meses de continuar con el tratamiento (tercer periodo enero- abril 2006).	118
4.1.4	Movilidad de deserción al tratamiento por hospitales.	123
4.1.5	Movilidad de permanencia para continuar con el tratamiento en tres hospitales altamente especializados en el tratamiento de pacientes dependientes a sustancias.....	124
4.1.6	Análisis complementario.	126
4.1.6.1	Descripción del estadio de la motivación para el cambio de conducta.	126
4.1.6.2	Distribución porcentual de los estadios durante un año de tratamiento realizado con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA).....	127
4.1.6.3	Descripción de conductas en cada uno de los periodos de evaluación realizados con el Registro de Observación de Conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).....	129
Capitulo V: Discusión.....		134
Capitulo VI: Conclusiones.....		140
Capitulo VII: Recomendaciones.....		142
Referencias Bibliográficas.....		144

ANEXOS

ANEXO 001:	Ficha de Datos.....	153
Anexo 002:	Breve historia de la enfermedad actual en dependientes a sustancias.	154
ANEXO 003:	Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA.....	161
ANEXO 004:	Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).....	169
ANEXO 005:	Consentimiento informado del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.....	173
ANEXO 006:	Consentimiento informado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.....	174
ANEXO 007:	Consentimiento informado del Hospital Hermilio Valdizán.	175
ANEXO 008:	Programa terapéutico de Ñaña.....	176
ANEXO 009:	Programa del Departamento de adicciones del Hospital Hermilio Valdizán.....	190
ANEXO 010:	Programa del Departamento de Análisis y Modificación de conducta del Hospital Hermilio Valdizán (DAMOC).	198
ANEXO 011:	Programa de tratamiento para pacientes dependientes a sustancias del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.....	199
ANEXO 012:	Programa de tratamiento para pacientes dependientes a sustancias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	221

LISTA DE TABLAS

TABLA 001: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según hospital de procedencia.....	84
TABLA 002: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según su edad agrupada en rangos y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.....	85
TABLA 003: Frecuencia y porcentajes de la edad de inicio del consumo de la sustancia visto en cada uno de los tres períodos de tratamiento.....	86
TABLA 004: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según sexo y hospitales de procedencia en cada uno de los tres períodos de tratamiento	87
TABLA 005: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según antecedentes familiares y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.....	88
TABLA 006: Frecuencias y porcentajes de las personas que acompañan al dependiente a sustancias a la unidad de tratamiento según hospitales de procedencia en cada uno de los tres Periodos.....	89
TABLA 007: Frecuencia y porcentajes del tiempo de consumo de sustancias según hospitales visto en cada uno de los tres periodos de tratamiento	90
TABLA 008: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según grado de instrucción y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.....	91
TABLA 009: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según ocupación y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.....	92

TABLA 010: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según estado civil y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento	93
TABLA 011: Frecuencias y porcentajes de los pacientes según sustancia que consume y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.....	94
TABLA 012: Frecuencia y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según vía de administración y hospitales de procedencia en cada uno de los tres períodos de tratamiento.....	95
TABLA 013: Frecuencia y porcentajes del tiempo sin consumo de la sustancias según hospitales visto en cada uno de los tres períodos de tratamiento	96
TABLA 014: Análisis de validez de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA) en nuestro medio correspondiente a los estadios de Precontemplación y Contemplación.....	98
TABLA 015: Análisis de Validez de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA) en nuestro medio correspondiente a los estadios de Acción y Mantenimiento.....	99
TABLA 016: Análisis de los Ítems de Precontemplación con la Prueba t.....	99
TABLA 017: Análisis de los Ítems de Contemplación con la Prueba t.....	100
TABLA 018: Análisis de los Ítems de Acción con la Prueba t.....	100
TABLA 019: Análisis de los Ítems de Mantenimiento con la Prueba t.....	101
TABLA 020: Confiabilidad por el método de la consistencia interna de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA).	102
TABLA 021: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 en los tres hospitales con	

la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA”.....	111
TABLA 022: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	112
TABLA 023: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán.....	113
TABLA 024: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi	114
TABLA 025: De cuatro entradas para mostrar el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el segundo periodo septiembre-diciembre con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” en los tres hospitales.	115
TABLA 026: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el	

segundo periodo septiembre-diciembre 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island, “URICA” atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	116
TABLA 027: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el segundo periodo septiembre-diciembre 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán.	117
TABLA 028: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el segundo periodo septiembre-diciembre 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA” atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.	118
TABLA 029: De cuatro entradas para mostrar el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el tercer periodo enero-abril del 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” en los tres hospitales	119
TABLA 030: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el tercer periodo enero-abril 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	120

TABLA 031: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el tercer periodo enero-abril 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán.....	121
TABLA 032: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el tercer periodo enero-abril 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.....	122
TABLA 033: De frecuencias absolutas y relativas de la movilidad de los pacientes con dependencia a sustancias en el momento inicial y al término de un año de observación y grupo desertor al tratamiento.....	123
TABLA 034: De la diferencia de porcentajes de la movilidad de pacientes desertores al tratamiento desde el momento inicial y después de un año.....	124
TABLA 035: De la diferencia de porcentajes de la movilidad de pacientes que permanecen en el tratamiento desde el momento inicial y después de un año.....	125
TABLA 036: De distribución porcentual de casos en cada periodo de observación según el estadio motivacional encontrado con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).	127
TABLA 037: De distribución porcentual de permanencia en el mismo estadio de motivación para el cambio de conducta.	128
TABLA 038: De porcentajes por conducta observada enfatizando en el grupo i, es decir los que presentaron conducta positiva y	

continuaron con la misma conducta en pacientes dependientes a sustancias y para cada uno de los otros grupos conductuales y valor Ji Cuadrado del porcentaje mayor realizados con el registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).131

TABLA 039: De porcentajes por conducta observada enfatizando en el grupo a, es decir los que presentaron conducta negativa y continuaron con la misma conducta en pacientes dependientes a sustancias y para cada uno de los otros grupos conductuales y valor Ji Cuadrado del porcentaje mayor realizados con el registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).132

La Motivación para el Cambio de Conducta y la Evolución del
Tratamiento en Pacientes Dependientes a Sustancias.

RESUMEN

El estudio vincula la motivación, tomada como eje principal para el cambio de conducta y la evolución en el tratamiento de dependientes a sustancias. Se tomaron muestras de pacientes de los siguientes hospitales de Lima Metropolitana: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Se administró como test principal la Escala de la Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Se aplicaron las pruebas en cuatro oportunidades durante un año, evaluando los estadios motivacionales, movilidad de deserción y pacientes que continúan en tratamiento.

Al término de un año de tratamiento, con diversos abordajes terapéuticos, que se aplicaron en los tres hospitales, mantienen los pacientes en estadios intermedios con tendencia a la motivación al cambio de la conducta. La tasa de deserción es 62% (promedio de los tres hospitales estudiados). El efecto terapéutico se expresa en la disminución del porcentaje inicial de la contemplación y el discreto aumento de la acción y el mantenimiento. Los expertos consideran que el tiempo de tratamiento es de 3 a 5 años.

La tesis está basada en el Modelo de proceso de cambio de Prochaska y DiClemente y el Concepto de la Curación Social de alcoholismo en el Perú (Griegenow, W. 1984).

Palabras claves: estadios motivacionales - Dependencia a sustancias - evolución del tratamiento.

ABSTRACT.

The study links motivation, taken as the main core for the change of conduct and the evolution in the treatment of substance dependents. Samples were taken from patients from Metropolitan Lima hospitals; Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Hermilio Valdizán and the Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. As the principal test, the scale of Change Assessment of the University of Rhode Island (URICA) was administered. The tests were applied on four opportunities during the year, evaluating the motivational stages, desertion mobility and patients that continue with treatment.

At the end of one year of treatment, with different therapeutic approaches that were applied at the three hospitals, they keep the patients in intermediate stages with a tendency towards the motivation to the change in conduct. The desertion rate is of 62% (average from the three studied hospitals). The therapeutic effect is expressed in the decrease in the initial percentage of contemplation and the discreet increase in Action and Maintenance. The experts consider that the period for treatment is of 2 -5 years.

The thesis is based on the Model of Change Process from Prochaska and DiClemente and the Concept of Social Cure of Alcoholism in Perú (Griebenow, W. 1984).

Key words: Motivational Stages – Dependency on Substances – Evolution of the treatment.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La conducta relacionada con la sustancia varía respecto de su uso: experimental, recreativo, continuo y adictivo, en estos casos concretos estudiar la motivación que impulsa al sujeto para el consumo de drogas es de vital importancia. Lo preocupante surge cuando el consumo se hace adictivo, los intereses disminuyen progresivamente y predominan aquellos vinculados con la sustancia adictiva. En este contexto, la motivación que determina la conducta, permite conocer la real situación evolutiva del dependiente a sustancias en el momento presente y prevenir recaídas, reincidencias y deserciones. El estudio de la motivación del dependiente a sustancias y de su entorno es clave para lograr su rehabilitación ya que nos servirá como un elemento que indicará cómo evolucionan los pacientes a lo largo de sus respectivos tratamientos. (Griebenow, W. 2005).

Datos alarmantes en el mundo nos refieren que las sustancias más consumidas son el tabaco y el alcohol. En países de ingresos altos la asistencia sanitaria relacionada con el consumo de tabaco representa entre 6% y el 15.1% del costo total anual de salud. En la actualidad, uno de cada tres adultos (1,200.000 personas) fuman. Las defunciones fueron 4'000.000 en 1998.

La prevalencia puntual de los trastornos debidos al abuso de alcohol (uso nocivo y dependencia) en la población adulta es alrededor de 1.7% en el mundo (2. 8% en varones y 0.5% en mujeres en el año 2000). El alcohol es responsable del 1.5% de todas las defunciones.

En cuanto a las drogas ilegales, la prevalencia de período del consumo de drogas y la drogodependencia oscila entre el 0.4% y el 4%; el tipo de drogas consumido, varía mucho entre las regiones.

El análisis de la carga mundial de la morbilidad GBD.2000 indica que la prevalencia puntual de los trastornos por el consumo de heroína y cocaína es del 0.25%. El consumo de drogas por vía intravenosa implica riesgos de infecciones como hepatitis B, hepatitis C y el VIH. En el mundo hay 5'000.000 millones de personas que se inyectan drogas ilegales. La prevalencia del VIH en consumidores por vía intravenosa es del 20% al 80% en muchas ciudades. Según el GBD (Carga Mundial de Morbilidad 2000) la carga atribuible a drogas ilegales es de 0.4% de la carga total de morbilidad. (Organización Mundial de la Salud (2001).

En el Perú la problemática de la dependencia a sustancias es grave, y su repercusión en el ámbito social-familiar-económico, es abrumadora. En el país la dependencia a sustancias afecta la salud, la economía y el normal desarrollo de los hijos, (Castro R, 2005). El uso de drogas expresado como prevalencia de vida, es decir si la persona entrevistada ha consumido o probado la sustancia por lo menos en una oportunidad en su vida, muestra para la población de 12 a 64 años, una distribución por sustancias similar en términos generales a la que presentan la mayoría de los países, es decir un elevado consumo cuando se trata de drogas sociales, como el alcohol y el tabaco que llegan en el caso del Perú al 87.9% (la edad de inicio es de 12 a 18 años) al 67.4% respectivamente, lo que no es de extrañar, dado que son sustancias que se pueden obtener sin restricción, que son objeto de intensa propaganda en todos los medios, con un afán mercantilista.

Entre las drogas ilegales, la marihuana es la de mayor consumo por la población peruana. Su prevalencia de vida alcanzó al 11.9% en el año 2005,

seguida de la PBC; (PV =3.7%) la edad de inicio es de 14 a 27 años y clorhidrato de cocaína (PV =3.4%) inician de 14 a 23 años. El éxtasis hasta hace pocos años no era detectable en los estudios epidemiológicos en hogares. Hoy alcanza el 1,5% con tendencia creciente en su consumo por la población peruana El uso actual de las drogas legales es elevado y alcanza al 47,2% y 31,8% para el alcohol y el tabaco respectivamente. En el caso de las drogas ilegales, es del 1% para la marihuana y alcanza cifras menores para la PBC (0,1%), clorhidrato (0,5%), éxtasis (0,7%).

El uso actual de las drogas legales, es mayor en la ciudad de Lima que en provincias. En el caso de las drogas ilegales, el consumo de marihuana es de 1,2% en Lima y en provincias de 0,9%. En el caso de las drogas cocaínicas y el éxtasis, el uso actual tiende a ser mayor en Lima. Encontrándose la importancia social de la presente investigación.

En el Perú, el consumo de las sustancias adictivas va en aumento y cada vez son descubiertas más familias que participan en su micro-comercialización. El delito no sólo se extiende a los adultos sino que son los niños los nuevos objetivos de ventas de estos comercializadores que destruyen hogares.

El estudio del proceso de la motivación según el Concepto de la Curación. Social de las dependencias a sustancias tiene una perspectiva integral; toma en cuenta la organización de la materia, entramado psíquico y las redes sociales; no se circunscribe a la denominada psiquiatría biológica que se caracteriza por un reduccionismo extremo localizado en la persona, específicamente en su cerebro.

La motivación se refiere al individuo, a su entorno íntimo y a su entorno externo, éste es el aporte científico de la presente investigación. (Griebenow, W. 1982).

Teniendo en cuenta la prevalencia del consumo de drogas que actualmente es una amenaza para el desarrollo saludable de la familia, encontramos que diferentes hospitales del área de la Salud Pública que se especializan en Salud Mental, ofrecen tratamientos para aquellas personas que ya han desarrollado dependencia a sustancias y que por lo mismo son llevados a

consulta y posteriormente a tratamiento; sin embargo para que la persona consumidora permanezca en el mismo, depende de la motivación que ésta tenga y del trabajo terapéutico que realizan los profesionales para que deje el consumo de la sustancia, la motivación nos servirá como un indicador para evaluar el éxito de la terapia en el tratamiento de pacientes dependientes a sustancias. La presente investigación será abordada con el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, y con la Concepción de la Curación Social del alcoholismo del Dr: Griebenow; quien sostiene que el dependiente a sustancias tiene una enfermedad que está constituida por el consumo anormal de las sustancias y una modalidad de vida conexas al abuso de la misma que se denomina “intervalo”. La concepción del Dr: Griebenow proporciona un modelo en el que el sujeto debe pasar por una serie de estadios en su primera etapa hacia su recuperación, las cinco primeras relacionadas con las sustancias. La segunda etapa es independiente de las mismas. (Griebenow, W. [Citado 09-08-07]).

El modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente es tridimensional porque proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciado, del cambio en el campo de la conducta adictiva integrando estadios, procesos y niveles que debe pasar el adicto para lograr su rehabilitación. (Tejero A., Trujols J., 2003).

El modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de los pacientes no progresan linealmente sino en espiral a través de los estadios de cambio. (Graña, J. 1994).

En el presente estudio queremos explorar el papel que cumplen tres modelos de tratamientos desarrollados en tres centros que para el Perú son referentes en la recuperación de la Salud Mental, en este caso específico en el tratamiento de pacientes dependientes a sustancias, quienes teóricamente deberán cambiar de estadios motivacionales con tendencia a la estabilidad siempre que el tratamiento aplicado diera resultado, para lo cual nos hemos planteado las siguientes preguntas:

¿En que medida los tratamientos modifican los estadios de la motivación para el cambio de conducta en pacientes dependientes a sustancias de tres hospitales con sede en Lima metropolitana?

Es conveniente tener en cuenta que el seguimiento del tratamiento se hace a partir del mes de Mayo del año 2005, considerando el número de pacientes que a la fecha iniciaban el tratamiento en cada uno de los tres hospitales de forma tal que es conveniente fraccionar el resultado en cuatro momentos de cuatro meses y tres periodos para considerar los cambios de estadios motivacionales, permanencia, movilidad de deserción que según referencia de los especialistas en adicciones suelen ser altos; por tal razón nos hemos planteado las siguientes interrogantes específicas:

¿En qué medida los tratamientos de los diversos hospitales como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, durante los primeros 4 meses (mayo- agosto 2005), modifican los estadios de la motivación para el cambio de conducta en pacientes dependientes a sustancias?

¿En qué medida los tratamientos de los diversos hospitales como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, durante los primeros 8 meses (septiembre- diciembre 2005) modifican los estadios de la motivación para el cambio de conducta en pacientes dependientes a sustancias?

¿En qué medida los tratamientos de los diversos hospitales como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, durante los primeros 12 meses (enero- abril 2006) modifican los estadios de la motivación para el cambio de conducta en pacientes dependientes a sustancias? Según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y la Contribución al Concepto de la curación social del alcoholismo. (Griegenow, W. 1984).

1.2.- OBJETIVO GENERAL.-

Conocer el cambio de los estadios de la motivación en pacientes dependientes a sustancias que reciben tratamientos especializados.

1.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- 1.3.1 Identificar y describir los cambios en los estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias, después de 4 meses de continuar con el tratamiento (mayo –agosto 2005).
- 1.3.2 Identificar y describir los cambios en los estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias, después de 8 meses de continuar con el tratamiento (septiembre- diciembre 2005).
- 1.3.3 Identificar y describir los cambios en los estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias, después de 12 meses de continuar con el tratamiento (enero – abril 2006).
- 1.3.4 Detectar el estadio motivacional, el porcentaje de deserción y permanencia al tratamiento en cada uno de los centros hospitalarios.

1.4.- IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

La importancia se aprecia en lo individual en los pacientes y adicionalmente en lo colectivo en los programas de tratamiento.

En lo individual una premisa fundamental es que hay una correlación de los estadios de la motivación con la evolución de la conducta.

El cambio en la motivación y la conducta durante el tratamiento se realiza en un proceso a lo largo del tiempo, que comprende etapas, estadios, procesos y niveles.

Mediante el estudio de la motivación del paciente se puede conocer su real ubicación en el proceso del cambio, lo cual permitirá a los profesionales de la ciencia de la conducta adecuar su estrategia terapéutica al estadio psicológico del enfermo.

De otro lado la investigación podría hacer posible evaluar la adecuación de los programas de tratamiento de los tres hospitales en que se recolectó la muestra, a las características y necesidades de los pacientes.

El porcentaje de las deserciones es de 62% en un año. La tasa de abandono dentro de los parámetros esperados es de 31%, así lo consideran otros estudiosos sobre adhesión a tratamiento en drogodependencias como el de (Bettjes, R., et al 1999).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo presentaremos cinco secciones, la primera en relación a investigaciones previas vinculadas con el tema de la presente tesis, en la segunda sección abordaremos las definiciones de términos; en la tercera sección presentaremos las definiciones operacionales; en la cuarta sección las principales variables del estudio y en la quinta sección la sustentación de las hipótesis.

La presente investigación se basa en el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente que delimita y describe los elementos esenciales en el proceso del cambio intencional de cualquier conducta adictiva y en la contribución al Concepto de la Curación Social del Alcoholismo del Dr. Griebenow donde se conceptualiza que el paciente dependiente a sustancias pasa por diferentes etapas psicológicas para lograr su curación social.

2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS.

En esta sección presentaremos los antecedentes acerca de los estudios de la motivación y sus principales teorías, pondremos especial énfasis en las teorías concernientes a la motivación para el cambio de conducta y la evolución de los conceptos de la motivación respecto a la dependencia a sustancias.

Se dividirá en dos áreas para su mejor interpretación; en la primera explicaremos la revisión histórica de la motivación, las dependencias a sustancias y las investigaciones relacionadas con el tema de estudio, desarrolladas en el Perú y el extranjero. La segunda área estará referida al sustento teórico de la tesis donde se explicarán los enfoques de la motivación y principales teorías.

2.1.1.-Revisión Histórica.

2.1.1.1. Historia del término Motivación.

Una visión histórica del estudio de la motivación permite considerar cómo el concepto de motivación llegó a ser prominente, cómo cambió y se desarrolló, cómo las ideas se desarrollaron y sustituyeron y por último cómo el campo de la motivación surgió de nuevo y reunió varias disciplinas de la psicología (Bolles, R. 1990).

Las ideas acerca de la motivación tienen orígenes filosóficos. Desde los antiguos griegos hasta el Renacimiento europeo, la motivación se ubicó dentro de dos enfoques: qué es bueno, racional, inmaterial y activo (la voluntad), y que es primitivo, impulsivo, biológico y reactivo (los deseos corporales). El principal modo de estudio de la motivación, durante esos dos milenios fue a través de la voluntad.

Desafortunadamente la voluntad se convirtió en un callejón sin salida que explicaba muy poco la motivación, y de hecho planteó más preguntas que respuestas. La esperanza de explicar la motivación pasó de la filosofía a la fisiología y a la psicología a finales del siglo XIX.

Para explicar la motivación, el nuevo campo de la psicología eligió el concepto mecanicista de instinto, que se transmitía genéticamente. Lo atractivo de la doctrina del instinto fue su habilidad para explicar la conducta no aprendida que mostraba energía y propósito (es decir, los impulsos biológicos dirigidos hacia la meta). A pesar de dos décadas de popularidad, el instinto también demostró ser incapaz para servir como una gran teoría de la motivación. Su lógica fue circular en exceso y su utilidad se restringió a la designación de la acción motivada, pero no logró explicarla. La tercera gran teoría de la motivación fue la pulsión. En el concepto de pulsión, el comportamiento estaba motivado a tal grado que satisfacía las necesidades del organismo y restauraba una homeostasis biológica. Al igual que la voluntad y el instinto, la pulsión parecía estar llena de promesas, sobre todo por que la teoría de las pulsiones podía hacer lo que ninguna teoría de la motivación había hecho antes: predecir la motivación antes de que ocurriese, a partir de condiciones antecedentes del ambiente (por ejemplo horas de privación). En consecuencia la teoría gozó de una amplia aceptación, en particular como se manifiesta en las teorías de Freud y Hull. Al final, la teoría de las pulsiones también fue demasiado limitada en su visión y con su rechazo vino la desilusión respecto a las grandes teorías en general, aunque pronto surgieron varios principios motivacionales con el espíritu de una gran teoría, en donde se incluían el incentivo, la excitación y la discrepancia.

Con el tiempo resultó claro que si se deseaba avanzar en la comprensión de la motivación, el campo debería dirigirse hacia fuera de las fronteras de sus grandes teorías y considerar las menos ambiciosas, pero más prometedoras, miniteorías. Aunque los investigadores de la motivación estaban alejándose de manera pausada de su pasado, recibieron un fuerte impulso para agilizar este proceso debido a tres tendencias históricas. Primera, el estudio de la motivación rechazó su compromiso con una visión pasiva de la naturaleza humana y adoptó una imagen más activa de los seres humanos. Segundo la motivación se tornó decididamente cognitiva y en cierto modo humanista en

su materia de estudio. Tercera, el campo se enfocó a problemas aplicados socialmente relevantes. El resultado de todos estos pasos e impulsos fue por un lado desastroso y por otro benéfico. Fue terrible porque la motivación perdió su cómodo estatuto en cuanto disciplina, insignia de la psicología y descendió a una de segunda clase. Como respuesta, los investigadores de la motivación se dispersaron en casi todas las áreas de la psicología (la social, del desarrollo y la clínica) y forjaron alianzas con otros campos de estudio para compartir ideas, construir metodologías y perspectivas. Esto fue benéfico para usar la investigación de la motivación porque el campo desarrolló con éxito un puñado de fructíferas miniteorías enriquecedoras desde un punto de vista teórico y práctico, las cuales de manera colectiva han recuperado el estudio de la motivación y lo han convertido en un campo de estudio muy aceptado y de primera clase.

En retrospectiva, el estudio de la motivación progresó desde conceptualizaciones de la motivación relativamente simplistas, hasta un esquema cada vez más grande de complejas reflexiones, empíricamente defendibles, acerca de las fuerzas que energizan y dirigen la conducta.

Con la llegada del nuevo milenio las grandes teorías han caducado. Ninguna teoría individual es lo suficientemente general como para abarcar todas las fuentes de la motivación humana, incluyendo las fisiológicas, biológicas, cognitivas, emocionales, sociales, y socio-culturales. Lo que ha surgido como sustituto del que alguna vez fue un campo unificado dominado por un compromiso consensual con una serie de grandes teorías, está formado por un grupo ecléctico de investigadores que tienen tres cosas en común: 1) preguntas centrales, (¿qué causa el comportamiento energético y dirigido?) 2) constructos centrales (necesidades, cogniciones, emociones y eventos externos), y 3) una historia compartida. (Reeve, J. 1995).

2.1.1.2.- Historia del término dependencia a sustancias.

Historia breve de los términos adicción, dependencia y su ubicación en las clasificaciones diagnósticas de uso (DSM IV y CIE-10).

Adicción procede de la palabra latina “addicere” que se refiere a la forma de pago de deudas que ofrecía el derecho civil romano, por medio del cual el deudor insolvente quedaba como esclavo del acreedor. En los siglos XVIII y XIX, los médicos empleaban la palabra adicción para referirse a la pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol o drogas. A principios del siglo XX, se impone el término de adicción para patrones compulsivos de consumo, pero se reduce a otras drogas distintas del alcohol, empleándose para ésta última la denominación de alcoholismo que fue acuñado por Huss en 1849.

Light Y. Torrance, en 1929, establecen el concepto de dependencia física desde el estudio de casos clínicos de adictos a la morfina.

En la primera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) (APA, 1952), se empleó el vocablo “adicción” a las drogas, pero no el de “habitación”. Este último aparecía bajo la categoría de trastornos de personalidad sociopática. En otro apartado figuraba el alcoholismo.

También los términos alcoholismo y adicción de drogas fueron empleados en la séptima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1955), pero no el de habituación.

Un comité de Expertos sobre Drogas, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1957, define el término “de adicción” como un deseo irresistible de continuar con el uso de la droga, presentando el sujeto tolerancia y dependencia tanto psíquica como física a esa sustancia psicoactiva. Además, define el término de “habitación” como un trastorno de menor severidad que la adicción donde hay un uso continuo de la droga, ausencia o poca tolerancia y cierta dependencia psíquica, pero no física. Se habla de dependencia psíquica si al interrumpirse de forma brusca el consumo de la droga, aparece un intenso malestar psíquico, un deseo

irresistible de consumir la sustancia para aliviar ese malestar y la idea de no poder tolerarlo a menos que se consuma la sustancia, sin signos de alteración vegetativa y nerviosa central. Si hay alteraciones vegetativa y nerviosa central es dependencia física.

En 1964, descontentos con los términos de “adicción” y “habitación” por problemas de confusión y mal uso entre los clínicos, otro comité de expertos de la OMS propone sustituir ambos por “dependencia”. La “dependencia” se define como el estado derivado de la administración repetida de una droga, aunque como rasgo común aparece el uso compulsivo de la sustancia.

El nuevo término fue adoptado por la octava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) (1967) y la segunda edición del DSM (DSM-II) en 1968. En el DSM-II, el término “dependencia” se reserva para otras drogas distintas al alcohol y aparece como una categoría independiente, sin que estos trastornos sean incluidos como modalidades o expresiones del trastorno de la personalidad sociopática. Se especifica para cada sustancia adictiva (por ejemplo, opiáceos, cocaína, cannabis) y se mantiene aparte la categoría de alcoholismo.

En 1976, Edwards y Gross introducen el término de “dependencia de alcohol” y proponen abandonar el de “alcoholismo” para tratar a todas las sustancias psicoactivas con potencial adictivo en el mismo grupo psicopatológico. Esta propuesta fue adoptada en la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1977 y la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM) editada por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980. No obstante, dentro del patrón disfuncional de consumo de sustancias, se distinguen dos niveles con relevancia clínica. Al más leve se le denomina “abuso” y al más grave dependencia. El diagnóstico de “abuso” destaca las consecuencias sociales, personales y laborales que conllevan el consumo excesivo. El diagnóstico de “dependencia” destaca un claro patrón compulsivo en el consumo e incluso la presencia de síntomas como la

tolerancia y la abstinencia. Los términos de “abuso” y “dependencia” se han mantenido en las siguientes ediciones del DSM (III-R en 1987, IV en 1994, así como en la décima edición de la CIE en 1992. Aunque en la CIE-10 en vez de “abuso” se habla de “consumo perjudicial”.

A pesar que “abuso” y “dependencia” de sustancia son los términos adoptados por las clasificaciones psicopatológicas actualmente vigentes, el término “adicción” no ha desaparecido de las publicaciones especializadas. Maddux y Desmond en el 2000, informan que se empleó el término de “adicción” en el 41% de las publicaciones aparecidas en Medline en 1998 sobre trastornos relacionados con sustancias en sujetos humanos. Con el término adicción se acentúa el rasgo de consumo compulsivo o pérdida de control de impulsos, sin connotaciones de dependencia física ni emocional; además se vincula con las dependencias sin sustancias, o mejor llamadas adicciones “comportamentales” tales como el juego patológico, compras compulsivas y adicción a internet entre otras.

La última revisión del DSM –IV – TR (texto revisado), fue publicado en el 2002, nos rige hasta la actualidad. (American Psychiatric Association, [Citado 14-08-07]). Sus siglas DSM- IV son una abreviatura de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, y el IV indica que es la cuarta revisión de esta clasificación. Para el DSM-IV el trastorno mental se define como “un síndrome o un patrón comportamental psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), o a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas del funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. El objetivo del DSM es proporcionar descripciones claras de las diferentes categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Dentro de lo expuesto encontramos la dependencia a sustancias con diferentes numeraciones de acuerdo a la sustancia empleada. (Moral, R. [Citado 14 – 08 – 07]).

Respecto del CIE – 10 es la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud”, confeccionada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y su última revisión, la CIE -10, se publicó en 1992. La CIE – 10 también clasifica a las adicciones como dependencia a sustancias. (Moral, R. [Citado 14 – 08 – 07]).

Señalaremos brevemente que en Europa a la “dependencia a sustancias” se le llama toxicomanías; ellos clasifican y hacen sus informes a través del Observatorio Europeo de la Droga y las toxicomanías (OEDT), ofrecen una visión general de cómo responde Europa al desafío proveniente del consumo de drogas y las principales tendencias a nivel europeo. Todo ello en el marco de la Estrategia Europea y el plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga para el periodo 2000-2004, que fue aprobado en junio del 2000 en el Consejo Europeo de Santa María de Feira. Dado que en el año 2006 expiran los programas Sócrates, Tempos, Leonardo da Vinci y Juventud. La comisión Europea ya está dando los primeros pasos en el diseño de los futuros programas que los van a sustituir, y que deberán empezar a funcionar a principios del 2007. (Diario Oficial N° L 019, [Citado 14-08-07]).

2.1.1.3.- Investigaciones relacionadas con el tema de estudio, desarrolladas en el Perú y el extranjero.

Albiach Catalá, C. Lunares Pellicer, M. C. Palau Muñoz, C. Santos Diez, P. Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. (2000); el objetivo es evaluar el estadio de cambio en que se ubican 317 heroinómanos. El método es un estudio longitudinal y multicéntrico de seguimiento a adictos.

Encuentra que los sujetos que han seguido tratamientos previos presentaron una adherencia mayor a los 6, 9 y 12 meses. El estadio de cambio predice adherencia al tratamiento al mes y a los tres meses en el sentido de que los sujetos que se ubican en precontemplación y contemplación tienen una probabilidad menor de continuar el tratamiento que los preparados para la

acción. El objetivo es analizar la aparición de los diferentes procesos de cambios en los pacientes dependientes a sustancias. Se utilizó el método transversal. Señalan que los modelos explicativos tradicionales de la adicción ven a los sujetos con problemas de abuso de drogas, como un suceso dicotómico; (Abstinencia versus consumo).

Bandura A., [Citado 26-07-06], lo principal es hacer que el paciente perciba el objetivo como realista, método descriptivo. Refiere: para una persona es importante que pueda ver el objetivo de una manera realista y alcanzable, de otra manera poco o ningún esfuerzo se hará para alcanzar el objetivo, incluso aunque éste se reconozca como importante.

Da Silva, Laranjeira, Brasil, Leal y Di Giorgio (2003) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Evaluación de los estadios motivacionales en un grupo de alcohólicos internados en un centro de rehabilitación y exploración, si existía una correlación entre estos estadios de cambio y el grado de dependencia alcohólica. La muestra estudiada estaba compuesta por 120 pacientes alcohólicos con un nivel de dependencia de moderado y grave. Para la recolección de datos utilizaron el Shortform Alcohol Dependence Data (SADD) para identificar la gravedad de la dependencia alcohólica y la escala de Evaluación para el cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) para evaluar los estadios motivacionales. Los resultados encontraron una correlación positiva y de intensidad baja ($r_s = 0,197$; $p = 0,031$) entre la gravedad de la dependencia alcohólica y el estadio de mantenimiento; lo encontrado en este estudio resalta la importancia de la aplicación de las escalas para realizar mejoras en los lineamientos de las técnicas que serán adoptadas durante el proceso terapéutico.

Da Silva (2005a) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Ejecutó un estudio con 109 pacientes drogodependientes de diversas sustancias psicoactivas; el análisis de los resultados verificó un aumento significativo en el estadio de mantenimiento ($P < 0,001$) dentro del tratamiento por

drogodependencias. En los estudios con sustancias psicoactivas ilegales fueron evaluados 70 dependientes de cocaína internados. Al aplicar la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) se percibieron los promedios para 1) precontemplación (17,03), 2) contemplación (35,63), 3) acción (35,10) y 4) mantenimiento (33,33), demostrándose que en el momento del internamiento los participantes se encontraban en la fase de acción, a pesar de presentar una puntuación alta en la etapa precontemplativa. Ello significa que los consumidores de sustancias psicoactivas no perciben que la cocaína sea un problema en su vida.

Da Silva (2005b) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Efectuó también un estudio en 39 adolescentes consumidores de marihuana, de los cuales el 83% fumaba tabaco y el 54% consumía bebidas alcohólicas. El 48,7% de los adolescentes tenían un parentesco de primer grado con una familia que presentaba problemas de sustancias. Las entrevistas motivacionales y la intervención breve se eligieron como método de abordaje en la muestra de adolescentes, utilizando la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). El 84% de los participantes de la muestra se situó en el estadio precontemplativo; ello permitió que a lo largo del proceso de intervención motivacional se verificaran cambios significativos en el estadio de precontemplación, dado que los adolescentes mostraron mayor conciencia del problema adictivo.

Ginsburg, J. (2001), utilizó el método randomizado con grupo control. Estudió abandono, cambios de estadios psicológicos. Encuentra que un inadecuado tratamiento en la motivación de los pacientes lleva al abandono del mismo. Reporta que trabaja con un grupo de participantes que se encontraban al inicio en un estadio de precontemplación y cuando se trabaja sobre la motivación los pacientes cambian al estadio de contemplación. Se basa en los trabajos de estadios de Prochaska y DiClemente.

Griegenow, W., (1982), Método descriptivo. En su estudio de la Curación social del Alcoholismo encuentra que existe una evolución psíquica en el proceso de rehabilitación del alcohólico. Esa evolución está relacionada con estadios psicológicos, los que se agrupan en dos grandes etapas. 1.- en relación al alcohol a) condena b) aceptación c) orgullo. (Actualmente considera cinco estadios: Rechazo intenso al cambio, Rechazo leve al cambio, Aceptación leve al cambio, Aceptación intensa al cambio, Identificación con el cambio) 2.- En relación a la persona (independiente del alcohol) a) reorientación afectiva-cognitiva.

Griegenow, W. (1984) En un modelo de la “Curación social del Alcoholismo”, método descriptivo, propone la Concepción de la Curación Social de la dependencia a sustancias. Menciona que la Curación Social en el tratamiento de alcohólicos; se evalúa a través del grado de adecuación y rendimiento de la persona. Se funda en parte en la utilización de las potencialidades aún desconocidas del sujeto, en la recuperación total o parcial de lo perdido por el abuso del alcohol y señala claramente la existencia de un eje motivacional que orienta y ordena los intereses que aparecen o se renuevan. Explica los estadios de evolución favorable del tratamiento de alcohólicos y nos indica las modificaciones que atraviesa el sujeto de estar enfermo a estar curado socialmente.

Griegenow, W. (1984). Para optar el grado de Doctor en Medicina, en la Concepción de la Curación Social del Alcoholismo, método descriptivo refiere que este modelo, constituye una alternativa. Para esta concepción, la dependencia al alcohol (alcoholismo) es una enfermedad constituida por el consumo anormal de las bebidas alcohólicas y una modalidad de vida conexas al abuso del alcohol. El lapso entre cada consumo se denomina “intervalo”. No existe alcoholismo si está presente sólo uno de los componentes de la tríada. El “intervalo” necesariamente está en función del consumo anormal de alcohol. El “intervalo” formalmente se extiende entre

dos consumos anormales de las bebidas alcohólicas, en cuanto al contenido, incluye los trastornos psíquicos que comprometen al individuo y sus relaciones interpersonales causadas por el reciente consumo de alcohol y ocasionalmente el síndrome de abstinencia. Cuando el “intervalo” se extiende más allá del doble de su promedio habitual y se produce la disminución o desaparición de su contenido se establece el “Intervalo normalizado”. El “intervalo normalizado” eventualmente puede comprender el denominado “síndrome de descompensación”. En el curado socialmente existe un “intervalo normalizado”. El alcoholismo es una enfermedad que determina un trastorno continuo por cuanto el “intervalo” es un estado de no salud.

La diferencia entre curación social y enfermedad en el alcoholismo está determinada por la diferencia entre el “intervalo normalizado” y el “intervalo”, no por el consumo del alcohol.

Griebenow, W. (1990). En su proyecto de la atención de noche de drogodependientes (incluye el alcoholismo) expone claramente que un riesgo de recaída del paciente alcohólico es cercano (próximo y posterior) al alta. Por lo cual afirma que es necesario en esa transición trabajar con la atención nocturna; la cual dará acogida al paciente dependiente a sustancias. En ese tiempo se trabajará con técnicas de grupo desde las más simples a las más complejas de acuerdo con la característica del dependiente. Durante las horas de atención nocturna se apoyará, se orientará y se motivará para prevenir las recaídas en los pacientes que asistan.

Griebenow, W. (1990). En lo que se refiere al control externo, en su trabajo acerca de los comités de defensa contra la fármacodependencia y las rondas urbanas señala que existe corrupción por parte de malos elementos que están encargados de velar por la ciudadanía. Menciona que los familiares de los adictos en rehabilitación y las personas de la civilidad son las que deben contribuir en la reducción y/o eliminación de los lugares de expendio de

drogas y alcohol. Indica también que es menos probable corromper a los civiles comprometidos y motivados.

Heather, Peck, Dunbar, James, 1999; Citado en Graña 1994. Los estadios del cambio, rapidez y tratamiento, escala de ansiedad (Sócrates, Miller y Tonigan, 1996; citado en Graña 1994) y la Universidad de Rhode Island, valoración de los cambios, (Urica, DiClemente y Hughes, 1990; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; citado en Graña 1994). A pesar de la pequeña muestra los principales componentes del análisis replicaron la estructura de Sócrates. Esto da un respaldo usando el Sócrates en los lugares correccionales. Adicionalmente de los hallazgos del Sócrates los resultados indican que el grupo de entrevista motivacional tenía significativamente un mayor reconocimiento en el puntaje de escalas post – test que su contraparte en el grupo de control. Similares hallazgos fueron observados en los participantes del grupo de entrevista motivacional con problemas significativos relacionados a la bebida. Estos hallazgos fundamentan el uso de la entrevista motivacional para resaltar el problema del reconocimiento. Hallazgos de la versión preliminar RCQ (TV) indican que los participantes del grupo de entrevista motivacional quienes estaban en el estadio de precontemplación al cambio en el pre-test, tenían en el post-test mejores puntajes significativamente más altos en la escala de contemplación que su contraparte en el grupo de control. Lo cual indica que la entrevista motivacional aumenta el pensamiento acerca del cambio de conducta de beber (alcohol).

(Kristenson y otros, [Citado 26-07-06]) Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. 1983; el objetivo es que la información eleva la motivación, método descriptivo. A veces las personas no consiguen cambiar por que no reciben suficiente información sobre su situación actual. Un conocimiento claro de la situación es un elemento crucial en la motivación para el cambio. Por ejemplo las reuniones médicas que informan a los bebedores sobre lo muy

negativo que es el alcohol, se ha observado que provocan cambios a largo plazo en el uso que hacen estas personas de dicha sustancia.

López- F. et al. [Citado 26-07-06]. El objetivo del estudio fue analizar las diferencias existentes en autoeficacia, autocontrol, estilo atribucional y ansiedad social entre drogodependientes que demandan tratamiento en comparación con aquellos que no lo hacen. El método fue de un análisis multivariado de covarianza, para un diseño unifactorial entre grupos.

Los resultados mostraron diferencias en autoeficacia social, autocontrol, ansiedad social y estilo atribucional internos versus externos y siendo las puntuaciones del grupo de demanda de tratamiento más bajas en autocontrol, en autoeficacia social y más alta en ansiedad social que las del grupo de no demanda de tratamiento. Además, el grupo que demanda tratamiento presenta un estilo atribucional más interno y estable para los éxitos que los de no demanda de tratamiento.

Margolin, J. (2001), estudia la influencia del humor en la motivación, utiliza el método exploratorio. Encuentra que existe una relación entre el humor y la motivación. El buen humor incrementa cómo el sujeto percibe sus progresos y el mal humor lo disminuye. Encontraron la importancia que tiene la motivación para el cambio. Establecieron la relación que existe entre la motivación y las conductas frecuentes que los pacientes tienen al acudir o no al tratamiento. La motivación se ha convertido en un elemento terapéutico de mucha importancia en la entrevista motivacional.

Miller, (1999) las respuestas concernientes acerca de la bebida; resuelven la ambivalencia referente al cambio de la conducta del bebedor y establece el compromiso a cambiar su conducta. Este estudio tiene la meta de realzar la importancia del tratamiento y el compromiso al cambio de la conducta de beber (alcohol) usando la entrevista motivacional con 83 varones internos (en prisión) federal con síntomas de dependencia al alcohol. Este estudio es posiblemente el primer examen sistemático de la entrevista motivacional en un lugar correccional. Es el único en su uso del estado de cambio como un

resultado. Los voluntarios fueron asignados al azar a la intervención motivacional y/o al grupo de control. El estadio del cambio fue medido antes y después de la intervención usando una versión preliminar del cuestionario de la rapidez del cambio, versión del tratamiento.

Rojas M., y Espinoza L., (2006). En una investigación que tenía como objetivo la evolución de las intervenciones breves a través del consejo psicológico y sesiones motivacionales del programa “lugar de escucha” de CEDRO; con un diseño de tipo cuasi-experimental, con medición pre/post test; cuya muestra estuvo constituida por 128 participantes de ambos sexos, consumidores de sustancias psicoactivas; en que se empleó para la recolección de datos la Ficha de datos, la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento y la Encuesta de Seguimiento de casos. Se midió la eficacia del programa del “lugar de escucha” se evaluó los estadios motivacionales de los consultantes, el grado de satisfacción con relación al servicio recibido y el porcentaje de inserción a los diferentes programas de tratamiento. Se encontró que las intervenciones de inducción motivacional mantienen y afianzan en el paciente la motivación de cambio de actitud y el nivel motivacional para interrumpir el consumo; estas intervenciones tendían a incrementar su eficacia cuando los pacientes inician el proceso de tratamiento en los estadios de precontemplación y contemplación.

Pereira de Oliveira y Malbergier (2003) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Del departamento de estudio en alcohol y drogas del Instituto de Psiquiatría de la Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de San Pablo, desarrollaron un estudio para evaluar los procesos y niveles de cambio en 59 pacientes con problemas de alcohol en dos modalidades de tratamiento ambulatorio (30 pacientes del programa PRODUSP y 29 consultantes que asistieron en la modalidad ambulatoria) por un tiempo de 3 meses. Los instrumentos aplicados fueron el URICA y el Stages of Change

Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) tanto al ingreso como luego de los tres meses de intervención. Los resultados determinaron que no hay cambios estadísticamente significativos en las dos muestras de estudio a través de los dos instrumentos, sugiriendo estos resultados que por lo heterogéneo de la muestra y el tiempo utilizado (3 meses), requiere ser más extendido para una evaluación mas completa y rigurosa donde la introducción de cambios y la mejora de la motivación podrían ser más visibles.

Prochaska y DiClemente (1992) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Al evaluar la motivación del cambio, independientemente del tratamiento utilizado, al parecer es un aspecto importante en la utilización de intervenciones adecuadas para los pacientes. A medida que se tiene contacto con esta teoría se percibe que evaluar los estadios motivacionales y promover un tratamiento utilizado, teniendo como meta la motivación para el cambio son caminos esenciales para que los profesionales que trabajan con dependientes a sustancias psicoactivas logren conseguir resultados consistentes.

Rumpf, Hapke y John (1998) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Investigaron en Alemania la relación entre los estadios de cambio y el pedido de ayuda inicial en un grupo de pacientes alcohólicos de un hospital general. Los resultados mostraron que un 10,9% se encontraba en estadio de precontemplación y un 84,8% estaba en estadio de contemplación o acción, lo cual contrasta con la opinión de los clínicos quienes manifestaron que esta población no estaba motivada para cambiar su comportamiento de uso. Con estos datos se demostró la importancia de la intervención, teniendo en cuenta los estadios motivacionales en los que se encontraban los pacientes.

Sánchez I. Thornton G. Gellens y Alerman [Citado 26-07-06], el objetivo es investigar la motivación y la libertad de elección, método descriptivo.

Se puede aumentar la motivación de los pacientes a partir de un reconocimiento de la libertad de elección con respecto a los objetivos terapéuticos. La insistencia en un objetivo terapéutico concreto a pesar de las percepciones de los pacientes y de sus deseos tal vez promueva la motivación y sus resultados.

Santos, Gonzáles, Fons, Forcada y Zamorano (2001) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Exploraron los estadios de procesos de cambio motivacionales en un grupo de 116 dependientes de diferentes sustancias psicoactivas (91.4% hombres y 8.6% mujeres) en tratamiento ambulatorio utilizando la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) y el Inventario de Procesos de Cambio (IPC). El análisis de los datos encontró una predominancia del estadio de acción (51.7%) seguido del estadio precontemplación y contemplación (30.1%). En relación con los procesos de cambio (Liberación social y control de estímulos) la puntuación obtenida fue superior a la media de la muestra, concluyendo que la intervención psicológica debería dirigirse hacia el aumento de la atribución interna y capacidad de decisión sobre la conducta adictiva, así como la reestructuración del ambiente.

Secades R. & Fernández J., [Citado 26-07-06], el objetivo es determinar cuales son los factores relacionados con el abandono del tratamiento en dependientes a sustancias. Método descriptivo.

Los resultados del estudio sugieren que los sujetos que abandonan el tratamiento tienen una adicción más severa que los que permanecen y finalizan los tratamientos. Parece bastante evidente que los factores relacionados con el abandono tienen que ver con una combinación de las características individuales y situaciones con especial énfasis en los procesos o parámetros del tratamiento.

Sisson & Azrin, [Citado 26-07-06] el objetivo es el cambio de conducta del individuo y su relación con el entorno; es conocer las variables que predicen

el abandono o la permanencia en una comunidad terapéutica para drogodependientes. Análisis de regresión múltiple realizados con variables de criterio. La motivación no reside solamente dentro de un individuo, sino que está afectada por las relaciones entre la persona y el ambiente. Si las personas que están en la vida del paciente le facilitan continuar con el problema haciendo que este parezca normal, intentando ignorarlo, o protegiendo a la persona de sus consecuencias, el cambio es menos probable que se produzca; si por el contrario las personas que rodean a ese sujeto le expresan su preocupación, le ofrecen ayuda y le describen las consecuencias negativas del problema, entonces la motivación para el cambio aumentará.

Sisson, W. & Mallams H [Citado 26/07/06]. Motivar a los pacientes a que acudan a Alcohólicos Anónimos en un estudio con grupo control. En una investigación cuyo objetivo era el de motivar a los pacientes a que empezaran a acudir a grupos de Alcohólicos Anónimos; a un grupo se le dio la instrucción habitual con el fin de favorecer el interés, una explicación de la importancia de acudir a los grupos, un programa de todos los posibles grupos de encuentro disponibles en otros lugares y horarios y el consejo que se debe acudir. Un segundo grupo elegido al azar, recibió una ayuda sistemática para superar los obstáculos existentes para poder acudir, mientras que el paciente estaba en la consulta, el terapeuta realizó una llamada telefónica a un miembro de Alcohólicos Anónimos, este llamó al paciente ofreciéndole una forma de transporte y la posibilidad de acompañarle a su primera sesión de grupo. Se pusieron de acuerdo en la hora para poder encontrarse y el miembro de Alcohólicos Anónimos recibió además el número de teléfono del paciente con el fin de que le pudiera llamar la noche anterior y recordarle el encuentro programado para el día siguiente. Los resultados no pudieron ser más sorprendentes. Cada paciente de este último grupo acudió a Alcohólicos Anónimos, en el grupo anterior ni un solo paciente acudió al grupo de Alcohólicos Anónimos.

Tejero, T. [Citado 26-07-06]. Desde este nuevo planteamiento, el cambio se concibe como un proceso que se desarrolla en diferentes fases a lo largo del tiempo. En esta línea de trabajo, el modelo que mayor atención y soporte empírico ha obtenido ha sido el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente.

Torres E., Roca F. y Llanca J., (2004). Estos investigadores compararon los estadios de cambio en pacientes adictos con régimen de tratamiento residencial y ambulatorio. Se asignaron sujetos intencionalmente, obteniéndose 30 pacientes adictos entre 18 y 60 años, de los cuales 15 recibían tratamiento residencial y 15 tratamiento ambulatorio. Se les aplicó la lista de chequeo de Estadios de cambio (LICHEC) previamente elaborada. Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los estadios de cambio de los pacientes adictos con régimen de tratamiento ambulatorio, sin embargo si existieron diferencias significativas en los estadios de cambio durante los seis meses de tratamiento tanto residencial como ambulatorio. Demostrando que tanto el tratamiento residencial como ambulatorio ofrecen los mismos avances o logros a nivel terapéutico.

Velásquez Carbonari y DiClemente (1999) [Citado en Rojas M., y Espinoza L., (2006)]. Analizaron el modelo Transteórico y su relación con los Procesos de Cambio, balance decisional y autoeficacia en una población de 132 personas alcohólicas con diagnóstico dual (Trastorno mental crónico y dependencia alcohólica). Ellos encontraron que, cuanto más una persona evidenciaba problemas con el alcohol, más se tornaba dispuesto a beber, particularmente en situaciones de afecto negativo. Además los pacientes alcohólicos con mayor incidencia de problemas psiquiátricos tuvieron puntuaciones más altas en el estadio de mantenimiento.

2.1.2.- Sustento Teórico:

Revisión panorámica de la motivación como proceso.- En primer lugar las teorías, enfoques y modelos de la motivación; diferenciaremos la motivación dentro de cada perspectiva con una breve descripción de los fundamentos en los que se sustentan.

La segunda sección desarrollará la motivación para el cambio desde la perspectiva de la presente tesis, enfatizando en la Concepción de la Curación social del alcoholismo de Griebenow, y del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Finalmente veremos las concepciones teóricas en relación a la dependencia a sustancias.

2.1.2.1.- Definición de la motivación.

La palabra motivación proviene del latín “movere”. La conducta motivada puede ser: 1) reactiva o 2) propositiva y es difícil pensar en cualquier conducta (animal o humana), que no esté motivada en este sentido. La motivación es un estado que activa y da energía al organismo y que lleva a una conducta dirigida hacia determinados objetivos.

La motivación es el estudio de todas aquellas cosas que empujan y estimulan, en términos biológicos, sociales y psicológicos la conducta humana. (Dorsch, F. 1985).

La motivación es un proceso que activa, dirige y lleva a término la conducta, o como un circuito conductual que vincula necesidad, impulso, meta o incentivo. (Ridruejo, A. 1964).

2.1.2.2.- La motivación como proceso.-

El enfoque fisiológico de la motivación es el proceso que impulsa los estados de alerta, vigilia y la actividad. (Reeve, J.1995).

Este enfoque se sustenta en los descubrimientos de los mecanismos cerebrales implicados en la recompensa; utilizando como herramientas estimulaciones eléctricas del cerebro, intentando descubrir las bases fisiológicas de las sensaciones de placer y de las conductas de

aproximación. Han estudiado el funcionamiento integrado de los tres principales circuitos límbicos: el tracto mamilotalámico, el circuito septo – hipocámpico y el circuito amígdalino. Se halló que las dos principales estructuras cerebrales implicadas en la fisiología del arousal son la formación reticular y el hipotálamo; la primera envía señales difusas al cerebro determinando en gran parte los estados emocionales generales de alerta, vigilia y el arousal. De otro lado el hipotálamo regula el sistema endocrino, que a través de una serie de hormonas regula el arousal del cuerpo y también el sistema nervioso autónomo controlando las respuestas simpáticas y parasimpáticas. El enfoque enfatiza el papel que cumplen las estructuras del sistema límbico como iniciadores y reguladores de los estados emocionales, la alerta y el arousal psíquico.

2.1.2.3.-Enfoque biológico de la Motivación.-

Es el proceso por el que las privaciones y los déficits fisiológicos (ejemplo falta de agua, alimento, sueño) crean una necesidad corporal. Si esta necesidad no logra ser satisfecha, la privación cobrará la fuerza suficiente como para invadir la conciencia y crear una “pulsión” psicológica. Hull consideraba que la pulsión era una condición motivacional que energizaba al animal a encontrar una conducta que podía satisfacer el déficit corporal. El proceso de satisfacción de la necesidad se llama reducción de la pulsión. (Hull 1943, citado en Reeve, J.1995).

2.1.2.4.- Enfoque Extrínseco de la Motivación.- (Herzberg, F., [Citado 28/09/06]), basa su teoría en el ambiente externo y en el trabajo del individuo (enfoque orientado hacia el exterior). La investigación consistía en un cuestionario en el cual se le preguntaba a Ingenieros y Contadores acerca de los factores que producían satisfacción e insatisfacción en su trabajo. De esa investigación se separaron dos tipos de factores: factores higiénicos, por ejemplo las condiciones de trabajo, la supervisión recibida, el salario, etc. Y otros factores motivacionales, como la energía que da el

impulso necesario para conducir a las personas a depositar sus fuerzas en la organización con el objeto de alcanzar los resultados.

En síntesis la satisfacción en el cargo es función del contenido o de las actividades desafiantes y estimulantes del mismo; estos son los llamados factores motivadores. La insatisfacción en el cargo depende del ambiente, de la supervisión, de los colegas y del contexto general del cargo, estos son los llamados factores higiénicos.

A los efectos de lograr satisfacción en el trabajo, el autor de esta teoría propone el enriquecimiento de las tareas (Job Enrichment), que consiste en convertir a estas en un desafío a través del incremento de la responsabilidad y de los objetivos.

La motivación extrínseca se basa en tres conceptos; recompensa, castigo e incentivo. “La recompensa” se da al final de una secuencia de conducta que aumenta la probabilidad que esa conducta se vuelva a dar. Un castigo es un objeto ambiental no atractivo que se da al final de una conducta y que reduce las probabilidades que ésta se vuelva a dar. (Reeve, J. 1995).

2.1.2.5.-Enfoque intrínseco de la Motivación.-

Consiste en que las necesidades psicológicas (por ejemplo, autodeterminación, afectividad, curiosidad) son las responsables de la iniciación, persistencia, y reenganche de la conducta frente a la ausencia de fuentes extrínsecas de motivación. La motivación intrínseca como proceso empuja al individuo a querer superar los retos del entorno. Las personas intrínsecamente motivadas realizan actividades por el puro placer de hacerlas. (Reeve, J. 1995).

La teoría de la Motivación intrínseca fue creada por Thomas Kenneth; sustenta que el hecho de que las organizaciones actuales no buscan la “sumisión” del trabajador, sino su compromiso y su iniciativa los llevó a pensar que no son suficientes las recompensas externas con las que antes se “compraba” esa sumisión. El nuevo estilo de trabajo supone que los trabajadores buscan algo más que el dinero y el interés propio en el trabajo,

que buscan recompensas intrínsecas con la mera ejecución del trabajo, que esas recompensas internas tienen un alto contenido emocional y que “hacer lo que se debe hacer” provoca que la gente se sienta bien.

Estas circunstancias hacen que el trabajador busque en su labor el logro de un propósito valioso, para alcanzar auto dirección. Esta exige más iniciativa y compromiso, lo que depende de satisfacciones más profundas que aquellas ofrecidas por las recompensas externas. Ella, en consecuencia, ofrece la posibilidad de que el trabajador obtenga cuatro grandes recompensas intrínsecas: autonomía (libertad de elegir las tareas que conducen a la meta y de escoger la forma como tales tareas van a ser realizadas), competencia (percepción, que se tiene la capacidad y destreza necesaria para realizar la tarea), sentido o significado (convicción de que las tareas conducen a una meta o propósito que es altamente valorado por el individuo) y progreso (posibilidades de informarse sobre el avance del trabajador hacia el logro del propósito). La combinación de estos cuatro elementos que provocan un estado de motivación intrínseca derivada de la propia ejecución de la tarea que a su vez genera un alto desempeño (logro de objetivos organizacionales) y una elevada satisfacción (logro de objetivos personales). (Kenneth, T., [Citado 27/09/06])

2.1.2.6.- Enfoque cognitivo de la motivación.-

(Tolman E. 1925, 1932, 1959, citado en Reeve, J. 1995), conceptúa a los procesos mentales como determinantes causales de la acción. Los acontecimientos mentales que participan en la secuencia cognición- acción son: plan, meta y consistencia. Para este enfoque cada concepto implica un proceso de contrastación interna en el que se evalúa la conducta presente en relación a un standard sea un estado ideal, una meta una creencia o un auto-concepto. Cualquier discrepancia entre un estado actual e ideal energiza una conducta dirigida hacia un plan, una meta o a un nivel de consistencia. Esta incongruencia motiva al individuo a realizar una conducta dirigida por un plan para ajustar el estado actual y el ideal.

2.1.2.7.- Enfoque de la Motivación de expectativa.-

Este enfoque encontró una teoría de dos factores de la motivación. En un grupo de necesidades se encuentran elementos como las políticas y administración de la compañía, supervisión, condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, salario, estatus, seguridad en el trabajo y vida personal. Herzber y sus colegas determinaron que éstos son solamente insatisfactores y no motivadores. Su existencia no motiva en el sentido de producir satisfacción; sin embargo, si no existen habrá insatisfacción. Por ello fueron catalogados como factores de “higiene”.

En el segundo grupo, Herzberg, F. enlistó algunos satisfactores (y por lo tanto, motivadores), todos relacionados con el contenido del puesto. Se trataba de lograr reconocimiento, trabajo desafiante, avance y crecimiento en el empleo. Su existencia producirá sentimientos de satisfacción o no satisfacción (pero no insatisfacción).

El primer grupo de factores (los insatisfactores) fueron calificados por Herzberg, F. como factores de mantenimiento, higiene o contexto del puesto. Su presencia no motivará a las personas en una organización; no obstante, deben estar presentes o surgirá la insatisfacción. Determinó que el segundo grupo o factores de contenido del puesto eran los verdaderos motivadores debido a que tenían la capacidad de producir una sensación de satisfacción. (Herzberg, F., [Citado 28/09/06]).

2.1.2.8.- Enfoque de la Motivación referida a las diferencias individuales.-

Aborda aspectos de porqué los motivos de las personas tienen fuerzas diferentes; por ejemplo las características de personalidad, el temperamento explican porqué algunas personas buscan actividades que aumenten su nivel de arousal. Las características de personalidad relacionadas con el temperamento, son; la extraversión, la búsqueda de sensaciones y la intensidad de afecto. (Reeve, J. 1995).

2.1.2.9.-Enfoque de la Motivación referida a los motivos sociales.-

Fueron estudiados por (McClelland, D. (1951), Atkison, J. (1953), Murray, H. (1951); entre otros, exploraron tres de estas necesidades o motivos sociales: las necesidades de logro, de afiliación y de poder. El motivo de logro es el impulso a tener un buen rendimiento en relación a un criterio de excelencia establecido. El motivo de afiliación incluye la tendencia a estar en relaciones cálidas, íntimas y positivas. El motivo del poder es la necesidad de tener impacto, control o influencia sobre la persona, grupo o el mundo en general.

2.1.2.10.-Enfoque de la motivación como un proceso inconsciente.-

Tiene como representantes a Abraham Maslow, (1943,1954). Carl Rogers (1951) y Sigmund Freud. (1915). Citado en Reeve, J. 1995.

Para Maslow la motivación se sustenta en la idea que los seres humanos poseemos ansias o necesidades básicas a nivel orgánico. Existiendo para su autor cinco grupos de necesidades (fisiológicas, de seguridad, amor, valoración, y autorrealización), ordenadas jerárquicamente de modo que las necesidades más fuertes, aparecen antes del desarrollo y tienen que ser satisfechas antes que emerjan las necesidades más supra-ordenadas.

Para Carl Rogers, los seres humanos tienen una necesidad fundamental que es la tendencia de realización, una necesidad que subsume y coordina todas las demás hacia el mantenimiento, mejoría y realización de la persona.

Para Freud la motivación emana de las pulsiones instintivas del Ello, pero sin que se energizara la conducta.

2.1.2.11.- Síntesis y conclusión de la Motivación.-

Lo común en todas las concepciones de la motivación es que es un antecedente causal frecuente de la conducta, que energiza, inicia, mantiene y dirige a un objetivo. Puede ser originada por diferencias entre la situación ideal y real en el ámbito fisiológico, psicológico y social; la motivación conjuntamente con las emociones forman parte de los procesos psicológicos

integrados con los somáticos derivados del funcionamiento neuro-endocrino-inmunológico que moviliza una acción. (Márquez, A., 2004).

La motivación tiene como precedentes estímulos internos y/o externos en condiciones de privación; por ello la motivación puede ser reactiva o propositiva, cuyos niveles en el psiquismo pueden ser: (1) transconsciente, cuando la energía está direccionalizada y determinada en los genes.

(2) inconsciente es cuando ocurre neurofisiológicamente o también de la dinámica de impulso Freudiano. (3) Un nivel consciente, cuando la persona o el ser experimenta la carencia del alimento, hambre, agua, sed, etc.

Pueden coexistir motivaciones normales que son las que ayudan al individuo a obtener lo que necesita y se exterioriza de manera jerarquizada, luego de ser satisfechas las del nivel inferior; las motivaciones anormales son disruptivas al margen de los criterios de la evolución.

2.1.2.12.- Naturaleza de la Motivación.-

La Motivación en su naturaleza será vista como un abanico que va de lo general a lo particular, de lo externo a lo interno, de lo innato a lo adquirido, de lo natural a lo social para que podamos desplegar su verdadera naturaleza.

2.1.2.13.- Naturaleza homeostática de la Motivación.-

Aquí se destaca la sabiduría del cuerpo en cuanto a la regulación de sus necesidades que busca siempre un equilibrio. El desajuste, provocado por un estado carencial, supone el punto de partida de toda motivación. La inducción a la conducta parte de un estado de alteración en el equilibrio homeostático del organismo. Su fórmula esquemática podría traducirse siguiendo a Hilgard (1973), en un sistema de continuo direccional que parte de la necesidad, pasa por el impulso y finaliza en el incentivo. Las necesidades corporales con sus estados de privación, son el patrón conductual de sujeto, ya que en ellas se presenta una clara activación y dirección del comportamiento en busca de una meta que produce la

satisfacción en la necesidad y con ella el ajuste de nuestro equilibrio homeostático. Aquí la motivación es innata. (Ridruejo, A. 1964).

2.1.2.14.- Naturaleza cognitiva de la Motivación:

La naturaleza Cognitiva de la motivación, presenta como rasgo común el papel del sujeto en cuanto a la percepción de las necesidades y a las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar las metas adecuadas.

Como precursores del modelo cognitivo de la motivación cabría citar a Tolman, E. (1932), Lewin, K. (1936) y Murray, H. (1937). Y como enfoques más particulares los correspondientes a : 1) la teoría del valor-expectativa, según la cual las opciones del sujeto dependen de la probabilidad percibida de que una acción logre un resultado concreto y del valor atribuido a los diversos resultados posibles de una acción; 2) Teoría de la consistencia cognitiva, con la que se busca un equilibrio condicional que evite el antagonismo al que lleva la concurrencia de creencias incompatibles y 3) la teoría de la motivación de logro, que constata diferencias individuales en razón de la fuerza que cobra, para cada sujeto, el pleno cumplimiento o la evitación del fallo. (Ridruejo, A.1964).

2.1.2.15.- Naturaleza afectiva de la Motivación:

Ponen de relieve con ella las connotaciones emocionales del placer o desagrado que acompañan el cumplimiento de la conducta motivada. Y se subraya hasta el extremo de considerar esta cualidad emocional como determinante de la conducta motivada, o al menos como un elemento preponderante en ella, haciendo que las consecuencias de placer o displacer tengan un papel sobresaliente a la hora de definir los procesos dinámicos y directivos de la conducta. Un ejemplo representativo de esta postura sería el de McClelland, D. (1955), al introducir en su concepción del motivo una referencia a la expectativa de placer-dolor del sujeto, en cuanto a elementos intervinientes en el control de la acción motivada. En realidad podríamos distribuir, con arreglo a otros criterios, las distintas posiciones doctrinales

referidas a la motivación, empleando tan solo un triple orden de oposiciones. Estaría representado el primero por los modelos impulsivos, en los que la motivación se descubre como un poder activador de la conducta. En él coincidirían las ideas freudianas con los ecologismos instintivistas y con el conductismo. Un segundo modelo podríamos entenderlo como direccional y estaría marcado por el incentivo que sirve de polo de atracción o repulsión. McClelland, D. (1955), piensa a este respecto que todos los motivos son tendencias de acercamiento o de evitación. En tercer lugar podríamos hablar de un modelo mixto, con arreglo al cual las motivaciones hay que verlas siempre en el marco de su conjunto jerárquico, de tal manera que para que una necesidad superior se plantee, se necesita que las inferiores hayan sido satisfechas. Y en ese orden de cosas se mueve la teoría de Maslow, A. (1954), para quien el tronco motivacional hay que verlo en un trazado de complejidad creciente, que alcanza su cima en las formas personales y sociales de cumplimiento motivacional típicas del ser humano. (Ridruejo, A.1964).

2.1.2.16- Naturaleza Incentivista de la Motivación.-

Aquí la naturaleza de la motivación destaca en el incentivo, entendido como función estimulante de la motivación, al margen del valor homeostático o de cualquier tipo de recursos referido a las tendencias nacidas de las necesidades naturales del organismo. Cabe hablar en el incentivismo del poder de los estímulos externos, con el valor motivacional tan intenso y persistente como el de las motivaciones interoceptivas, o impulsos que no denuncian directamente estados carenciales. Y es que existen incentivos que no se derivan de esas necesidades y que se reinstalan por vía de condicionamiento. Así por ejemplo, la fuerza del hábito tiene de por sí valor de estímulo suficiente para actuar como activador y director de la conducta humana. Podrían considerarse como representantes de esta manera de pensar Hull, C. (1952), Spencer, (1956), o Estes (1958). (Ridruejo, A. 1964).

2.1.2.17.- Naturaleza impulsora de la motivación.-

Son todas aquellas en las que se resalta el papel del instinto como fuerza interna teleológica e innata que genera impulsos direccionales estereotipados. (McDougall, 1908) defendió una concepción hórmica de la motivación, con arreglo a cual la conducta se concibe en términos endógenos, teleológicos e innatos dirigidos hacia metas que cubren necesidades y preferencias indispensables para el organismo. Otro exponente actualizado de instintivismo puede encontrarse en la obra de Tinbergen, (1950), quien sugiere una organización funcional y jerárquica de la conducta instintiva. En lo más alto de la jerarquía sitúa el “centro instintivo”, concebido por él como fuente que abastece de “energía” específica de impulsos a los centros inferiores. Estos situados en un segundo nivel, controlan cada uno un tipo específico de conducta instintiva, en la que la pauta de acción se abre a un cierto abanico de posibilidades apetitivas y consumatorias equivalentes. (Ridruejo, A. 1964).

Aunque no se trata propiamente de un instintivismo en el sentido estricto de la palabra y guarde muchas diferencias, podríamos de alguna forma asimilar a este tronco interpretativo algunas de las ideas del pensamiento freudiano, donde se subraya la motivación inconsciente del sujeto. La idea freudiana de motivación se resume en seis características principales, que Ancona, (1965) lo encuentra de esa forma: a) todo comportamiento es motivado; b) los motivos persisten desde el nacimiento a la muerte del individuo, aún a pesar de los esfuerzos del medio para modificarlos o bloquearlos; c) los motivos son frecuentemente inconscientes y por lo tanto, inalcanzables cognitivamente para el sujeto; d) la motivación se expresa como una tensión; e) sólo existen dos motivos: la libido y el thánatos y f) la motivación tiene una naturaleza sobre todo biológica e instintiva. (Ridruejo, A. 1964).

2.1.2.18.- La motivación para el cambio de conducta desde la perspectiva de la presente tesis.-

La Motivación es una orientación que entraña un origen, mantenimiento y ejecución de la conducta. La conducta motivada trabaja con un orden cognitivo, el organismo superior actúa a nivel de representaciones; despliega anticipaciones y se dirige a su destino. En la motivación se dan condiciones antecedentes tales como las variables de estimulación, los estados de privación del organismo y el elenco de aprendizajes previos. Se ligan al motivo aspectos de percepción, aspectos emocionales o de excitación y tendencias reactivas como expresión de motivos desde el comportamiento, se producen abundantes tipos de respuestas estereotipadas con su carga de socialización. Existen conductas instrumentales que buscan dirigir los pasos hacia los objetivos, una conducta consumatoria cuando se alcanza y a veces una conducta indirecta o sustitutiva con la que se intenta ajustar de manera supletoria la conducta reemplazada. En el comportamiento motivado se citan pulsiones inherentes al organismo, como son las que en el lenguaje de Leukel, (1986) corresponde a los patrones de instinto, a los de hábito o a la excitación al azar. Se dan también como inherentes estados carenciales del organismo, como los que disparan la motivación cuando falta agua, alimento, oxígeno, etc. Y aún más ese esquema del comportamiento motivado debe incluir su correspondencia con lo adquirido; en ese sentido las pulsiones incorporadas y los estados de necesidad adquirida, que conllevan otros tantos patrones de hábitos y de inducción aleatoria. La motivación es una apuesta sobre el dinamismo conductual, al que se anudan diversos procesos subyacentes, en la medida que con ella nos planteamos la causa inmediata del comportamiento. En la motivación se concitan tres aspectos sobresalientes que se refieren según Morgan, (1978) a un estado motivador interno del organismo. El papel de este estado es el de impeler al organismo hacia la acción. Y se utiliza el concepto fundamental de “necesidad” dentro de este estado para referirnos al déficit y reclamo que se producen en él. También a un comportamiento activado, mantenido y

dirigido por ese estado y una meta hacia la que se dirige el comportamiento. Con el alcance de esta meta se produce la satisfacción o reducción del motivo. Las metas pueden ser positivas o negativas, según se trate de alcanzarlas o de huir de ellas. La motivación no sólo actúa de una manera lineal, sino que se desarrolla cíclicamente, que supone que alcanza la meta y satisface la necesidad, terminando un circuito que vuelve a emprenderse cuando surge otra vez la necesidad y el impulso. (Ridruejo, A. 1964).

2.1.2.19.- Trastornos de la Motivación.-

El trastorno de la motivación consiste en satisfacer necesidades secundarias de probable riesgo o daño contra la salud. (Vicuña, L. 2006).

Para la presente tesis según el criterio actual del Dr. Griebenow W. en dependencias a sustancias el trastorno de la motivación es adquirida del entorno, vinculada con emociones y cogniciones, invasiva y disruptiva del marco de jerarquías en el ámbito motivacional, puede o no ser ambivalente. Durante el proceso de cambio favorable su variación es secuencial y transversal. La secuencial es estable con oscilaciones mínimas dentro de los márgenes del correspondiente estadio. Se mantiene estable con frecuencia en un lapso de meses en cada uno de los estadios de la primera etapa del proceso del cambio.

La variación transversal es inestable, con oscilaciones de duración efímera, que exceden del ámbito del estadio en la cual usualmente se manifiesta.

Las oscilaciones pueden ser causa de recaídas que se manifiestan por retroceso a cualquiera de las fases previas y de reincidencias cuando es al rechazo intenso al cambio y abandono del proceso en un tiempo mayor de un mes y un comportamiento similar al anterior del inicio del proceso de recuperación.

Variación transversal, es conociendo el estadio en el cual se encuentra el paciente, aquella que está fuera de sus márgenes.

Motivación y adicción, según los criterios de la curación social de las dependencias a sustancias, en el dependiente coexisten dos modalidades de motivación: la normal y la anormal.

La motivación normal está enmarcada en sus lineamientos conocidos, congruente con los fines de supervivencia y adaptación, jerarquizada, como lo plantean autores como Murray, H. (1938) y Maslow, A. (1975), pirámide de Motivos.

La motivación anormal es disruptiva; pone en peligro la supervivencia personal e inclusive puede comprometer a los familiares, es invasiva, (a nivel metafórico se le podría denominar “cáncer psíquico”); es poco estable en los estadios intermedios de la motivación.

En el proceso evolutivo del cambio de motivación, se acentúa en el corto plazo en un mismo estadio la inestabilidad traducida en términos de oscilaciones transversales, como una expresión del conflicto motivacional de atracción- evitación entre lo cognitivo que orienta al no consumo y la emoción hedonista que tiende al consumo de la sustancia para obtener una gratificación inmediata.

Síntesis y conclusión de la adicción en el presente trabajo.- Las drogas pueden dar lugar al abuso y dependencia por su capacidad para comportarse como refuerzos. Cada droga produce este efecto a través de mecanismos diversos y también diferentes efectos en otros sistemas, que modulan a su vez los efectos reforzantes y aversivos. La aparición de dependencia física y sintomatología de abstinencia con el tiempo introducirá nuevas variables en forma de refuerzo negativo en esta compleja ecuación. A su vez las experiencias subjetivas serán vividas por individuos diferentes, con historias y circunstancias ambientales diferentes, que modularán el valor del refuerzo para cada uno.

Los datos actuales sugieren que la potencialidad de una sustancia para acabar convirtiéndose en droga de abuso o dependencia está en relación con su capacidad para producir desde el inicio una activación de los sistemas cerebrales de recompensa, principalmente aumentando la actividad

dopaminérgica en el núcleo accumbens. La estimulación dopaminérgica es responsable de que aumente la probabilidad de volver a consumir drogas a mediano y largo plazo, pero también es responsable del aumento inmediato de la compulsión tras haber empezado a consumirlas. Cuando esta activación dopaminérgica se mantiene en el tiempo, lleva a mecanismos neuroadaptativos de tolerancia que producen un estado de hipodopaminergia basal, que se traduce clínicamente en un estado amotivacional que favorece el mantenimiento de la adicción. (Rubio, G. et al 2001).

2.1.2.20.-En el presente trabajo asumiremos el término de “motivación” desde el punto de vista del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente y de la Concepción de la Curación Social del Alcoholismo de Griebenow.

A) El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente y la importancia que tiene en nuestra investigación.

En los inicios de los años 50, había alrededor de 36 diferentes sistemas de psicoterapia y por 1975 ya había 130. En el libro original de Prochaska “Systems of psychoterapy” publicado en 1979, Prochaska realizó un análisis comparativo de 18 teorías de la psicoterapia que consideraba relevante para el cambio de conducta y como elevar la consciencia desde el pensamiento de la escuela freudiana, manejo de contingencias desde la tradición skineriana y ayudando en la relación desde la escuela rogeriana. De esta manera surgió el término “transteórico”. En 1994 el Dr. Prochaska escribió el libro “Changing for Good”; en este libro en la búsqueda de los principios comunes de cambio, encontró que estos procesos no eran separados; escogió 10 procesos de cambio como los mecanismos que la gente usa para producir el cambio de conducta; estas son: (aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, autoliberación, liberación social, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos).

Este modelo es útil para comprender cómo se produce el cambio y lo han elaborado dos psicólogos: (Prochaska J. & DiClemente C., 1982. Citado en

Graña 1994). Estos autores han descrito una serie de etapas por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio de un problema. Parece que estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como el cambio ayudado por un terapeuta. Es decir ya sea dentro o fuera de una terapia, las personas parecen pasar por fases similares y emplear procesos de cambio también similares. Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente en una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos. (Miller, W., Rollnick S., 1999; Citado en Graña 1994).

Desde el punto de vista del Modelo Transteórico (Prochaska et al, 2002), la motivación está inserta en un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus actores denominan estadios, procesos y niveles de cambio. (Pérez de los Cobos, J. et al 2003).

El Modelo Transteórico ha sido tomado como guía para solucionar otros 12 problemas de conducta, empleando los estadios de cambio y el balance decisional. Estos problemas de conducta son: dejar de fumar, abandonar la adicción a la cocaína, controlar el peso para obesos, comportamientos delincuenciales, sexo seguro, empleo del condón, adquisición de hábitos de ejercicios, chequeos mamográficos y prácticas médicas preventivas con fumadores. (American Psychiatric Association, [Citado 14-08-07]).

Procesos de Cambio Propuesto por el Modelo Transteórico (MTT), que representa una conceptualización de etapas acerca del cambio. Este modelo incorpora dentro de su bagaje conceptual tres tipos de factores esenciales (Prochaska & Prochaska, 1993. Citado en Graña 1994):

a) un factor referente a la temporalidad del cambio, que determina la caracterización y secuenciación de las etapas por las que éste transcurre. Las etapas oscilan entre la precontemplación y la terminación, pasando por la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento; su medición se hace usualmente a través de la disponibilidad al cambio.

b) un conjunto de variables intermedias, de tipo psicosocial, que determinan cuándo ocurre el cambio, un conjunto de procesos psicológicos, variable independiente que determina ¿cómo ocurre el cambio? Procesos y variables psicosociales. Estas variables se refieren fundamentalmente a los balances decisionales, las tentaciones, y autoeficacia. Los balances decisionales son relaciones entre beneficios (pro) y costos (contras) del cambio; las tentaciones son situaciones en la que se da el consumo; la autoeficacia es la confianza que percibe la persona acerca de que puede controlar el consumo al encontrarse en alguna de las situaciones anteriores y c) Niveles de cambio. Se sitúan en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano.

De acuerdo con el MTT, los procesos de cambio constituyen la auténtica variable independiente, responsable por el movimiento del comportamiento en uno u otro sentido. En la búsqueda de explicaciones acerca de una estructura subyacente al cambio voluntario, ya sea espontáneo o dirigido, los autores del MTT postularon algunos principios básicos acerca de esa estructura (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), principios que empiezan a valorarse como un auténtico paradigma acerca del cambio.

El primer principio, es que el cambio ocurre de una manera secuencial a través de etapas y que la tarea inicial de la persona es tomar consciencia de la etapa en que se ubica.

El segundo principio, es que las estrategias de afrontamiento (procesos de cambio) para moverse proactivamente hacia la acción, difieren según la etapa en que se ubique la persona. ¿Cuáles son esas estrategias y cómo se integran en cada etapa? Para responder a esta pregunta, los autores del modelo han postulado un conjunto de procesos, derivados del análisis de los principales enfoques psicoterapéuticos, así como del análisis del curso que sigue el cambio espontáneo, no asistido, que la mayoría de las personas efectúa en sus vidas cuando tiene éxito en el logro de algunas metas comportamentales.

a) En la temporalidad se distinguen los siguientes seis estadios de cambio que representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del Modelo Transteórico: precontemplación, Contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

Estadio 1 (Precontemplación): Los adictos situados en el estadio de precontemplación no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992. Citado en Graña 1994).

Estadio 2 (Contemplación): Es el estadio en que los adictos son conscientes que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio. Aquí los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello. (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992. Citado en Graña 1994).

Estadio 3 (Preparación): El estadio de preparación se caracteriza tanto por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, como por ser la fase en la que la persona adicta realiza algunos pequeños cambios conductuales aunque dichos cambios no cumplan los criterios necesarios para considerar que el adicto se ubique en el siguiente estadio, el de acción. (Prochaska y DiClemente, 1982. Citado en Graña 1994).

Estadio 4 (Acción): Es la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que las afectan, con el objetivo de superar la adicción. El estadio de acción requiere un compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Aquí la abstinencia conlleva un

mayor reconocimiento externo y refuerzo social. (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992; citado en Graña 1994).

Estadio 5 (Mantenimiento): Aquí el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Es una continuación del cambio.

Estadio 6 (Finalización): Este estadio implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex adicto.

(Velicer, Prochaska, Rossi y Show 1992. Citado en Graña 1994) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo, y b) la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100.

b) En el Factor de variables Psicosociales tenemos, el balance decisional, que es un buen predictor del comportamiento futuro de los adictos situados en dos estadios. Una vez que se ha tomado la decisión de abandonar una conducta adictiva, otras variables determinan el éxito o no del mantenimiento del cambio conductual (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985, citado en Graña 1994).

Otra Variable psicosocial es la autoeficacia (Bandura, A. 1986, citado en Graña 1994), que la define como el juicio respecto a la propia capacidad de alcanzar un cierto nivel de acción (no consumir heroína, por ejemplo).

Las expectativas de autoeficacia contribuyen a la calidad del funcionamiento psicosocial determinado en parte, (Bandura 1986, citado en Graña 1994), por:

- a) Las decisiones que se toman.
- b) La cantidad de esfuerzo y tiempo empleado persistiendo en llevarlas a cabo, a pesar de obstáculos o experiencias adversas.

- c) Los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales durante las interacciones reales o anticipadas con el ambiente.

En la postulación de estos procesos, los autores resaltan la ausencia de superioridad demostrada por algún sistema psicoterapéutico sobre los demás, o la ausencia de superioridad del conjunto de sistemas psicoterapéuticos sobre la determinación individual de las personas para cambiar, cuando así se lo proponen de una manera decidida.

Los procesos conductuales hacen referencia a estrategias que llevan directamente a la producción del comportamiento o a su mantenimiento, tales como el auto manejo de los estímulos discriminativos que alteran la probabilidad del comportamiento (proceso de control de estímulos), el auto manejo de las asociaciones entre el comportamiento y sus consecuencias (proceso de manejo de contingencias), la alteración de la asociación condicionada entre ciertos estímulos y el comportamiento (proceso de contracondicionamiento), y el uso del soporte social que se puede obtener en el medio para alterar o mantener el comportamiento (proceso de ayuda social). (Prochaska, J. 1997, citado en Graña 1994).

La idea de los procesos de cambio surgió de la búsqueda de puntos de contacto entre diferentes sistemas psicoterapéuticos, lo cual condujo a los autores a fijarse más en los postulados de las diversas corrientes acerca del cómo ocurre el cambio y en el qué se debe cambiar: Las diferencias entre las teorías psicoterapéuticas son más evidentes al preguntarse por el “que” cambiar que por el “como” cambiar.

La pregunta acerca del “cómo” explica el cambio en los diversos tipos de psicoterapia, llevan a un conjunto reducido de respuestas, que es lo que los autores del MTT denominan “procesos”. Un proceso de cambio lo definen como “cualquier actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar su pensamiento, sentimientos, o conductas” (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994, p. 25, original en inglés; citado en Graña 1994). Los anteriores autores diferencian entre los denominados procesos experienciales y los procesos conductuales.

Los procesos experienciales hacen referencia a estrategias cognoscitivas y afectivas. En el libro “Changing for Good”, (Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C., 2002), tomamos las caracterizaciones conceptuales de cada proceso para el presente trabajo, distinguiendo diez que a continuación describiremos.

Proceso 1 (La concienciación): Es uno de los procesos más utilizados por la gente para fomentar el cambio, ya sea cuando lo emprende en contextos psicoterapéuticos o cuando lo ejecuta por su propia cuenta; su objetivo es el suministro de información que opera para incrementar la consciencia acerca de los riesgos y de la propia vulnerabilidad frente a ellos, de tal forma que se acepte que un comportamiento (ej. consumir alcohol excesivamente) representa la existencia de un peligro o de un problema real y, a partir de esa aceptación, se supere la ambivalencia frente a la decisión de cambiar y se vence la omnipresente resistencia al cambio.

Proceso 2 (Alivio por dramatización): se refiere a la vivencia emocional que aporta nueva energía al cambio; se trata de poner a favor del cambio la energía o estimulación generada en la conducta emocional. La vivencia emocional aporta motivación para el cambio.

Proceso 3 (La liberación social): Es un proceso social, externo a la persona y se refiere al uso de normas sociales, con respaldo o no en la ley, buscan persuadir a la gente de ejecutar ciertas conductas, y abstenerse de ejecutar otras; las prohibiciones de fumar en lugares públicos o la obligatoriedad de usar el cinturón de seguridad al conducir son algunos ejemplos.

Proceso 4 (La reevaluación social): Es un proceso interno dentro de la persona que consiste en generar motivaciones favorables ante los esfuerzos sociales de ayuda y de liberación de los problemas inherentes a ciertas conductas que dañan la salud propia y la de las demás. Se refiere a la valoración que la gente hace de esas normas.

Proceso 5 (La auto-reevaluación): Es un proceso de valoración personal de cara a un comportamiento problema, en un doble sentido: primero evaluación del grado en que el comportamiento problema está en

contradicción con los propios valores, e impide el logro de metas vitales importantes. Segundo, la evaluación de medida en que el comportamiento problema representa algunos beneficios personales y, por consiguiente, que su modificación no sólo entraña la pérdida de esos beneficios sino, además, el costo mismo inherente a la realización del cambio. La auto-reevaluación ayuda a que la persona tome una firme decisión de cambiar, pero esa decisión debe, primero tomarse y, luego, adjudicársele los recursos necesarios para poder implementarla; el cambio demanda atención, planificación, esfuerzo, e inversión de medios para su realización.

Proceso 6 (La auto-liberación): Es sinónimo de compromiso; al cual se le ha denominado “fuerza de voluntad” que radica en la permanente planificación para ejecutar las acciones y la creencia en las propias capacidades para llevarlas a cabo, o autoeficacia. La auto-liberación implica el conocimiento de las situaciones en la que es mayor la tentación de incurrir en un determinado comportamiento y la planificación de formas alternativas de reacción, distintas a ese comportamiento, con el fin de obtener un determinado resultado (ej. conductas alternativas al consumo de alcohol que permitan obtener la desinhibición o el relax que se atribuye al alcohol).

Proceso 7 (El control de estímulos): consiste en actuar sobre las situaciones que elicitán el comportamiento indeseable, ya sea que se trate de circunstancias medioambientales o sociales (eliminándolas o modificándolas), en especial las que inician una cadena de conductas que culminan en el comportamiento indeseable, se reduce la probabilidad de presentación del mismo.

Proceso 8 (El contracondicionamiento): consiste en actuar sobre el propio comportamiento, más que sobre las situaciones que lo elicitán; específicamente, implica la asociación de nuevos comportamientos, de preferencia comportamientos deseables incompatibles con el que se va a modificar, a la presencia de situaciones o estímulos que antes elicitaban la conducta indeseable; ejemplos de ello son la distracción, el ejercicio, la relajación, el cambio de pensamiento, y las respuestas asertivas.

Proceso 9 (El manejo de contingencias): Es otro proceso conductual, que consiste en alterar las consecuencias del comportamiento, de tal forma que las nuevas consecuencias modifiquen en el sentido deseado la probabilidad de ejecución de ese comportamiento; son bien conocidos los procedimientos de reforzamiento positivo y negativo, de castigo, y otros por el estilo, que se pueden utilizar con bastante eficacia para alterar la posibilidad de una determinada conducta.

Proceso 10 (Las relaciones de ayuda): Mantienen una relación permanente a lo largo de todo el proceso de cambio; el contexto social influye sobre el individuo al proporcionarle un conjunto de creencias y esquemas atribucionales que pueden ayudar a que la persona procese la información en un sentido de solución de los problemas en beneficio del cambio, o por el contrario, pueden influir para profundizar en las interpretaciones sesgadas y en el mantenimiento del statu quo. Las relaciones de ayuda efectiva suelen ser las que representan para la persona un contexto de soporte, de aceptación no- crítica, y de comprensión empática. (Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. 2002).

c) Niveles de Cambio: Los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. Los niveles de cambio se refieren a qué cambios se necesitan hacer para abandonar una conducta adictiva.

La dimensión de los niveles de cambio representa una organización jerarquizada de cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Estos niveles son los siguientes:

- a) Síntoma/situacional.
- b) Cogniciones desadaptadas.
- c) Conflictos interpersonales actuales.
- d) Conflictos sistémicos/familiares.
- e) Conflictos interpersonales.

Según el Modelo Transteórico se prefiere intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional por cuatro motivos fundamentales:

- 1.-El cambio tiene que suceder con más facilidad en ese nivel más manifiesto y observable.
- 2.-Este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude a tratamiento.
- 3.-Puesto que este nivel es el más consciente y contemporáneo (a mayor profundidad, más lejos de la conciencia y más remotos en el tiempo se hallarán los supuestos determinantes), el grado de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínicas es menor.
- 4.- Dado que estos niveles no son independientes, el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros.

Existen tres estrategias de intervención a través de los diferentes niveles. La primera es la estrategia de cambio de niveles: la intervención terapéutica se focaliza en la conducta manifiesta del dependiente a sustancia y en las situaciones que elicitán y/o mantienen dichas conductas. Si mediante la intervención en este primer nivel el paciente progresa a través de los estadios de cambio, la intervención terapéutica puede completarse sin pasar a un nivel más complejo de análisis.

La segunda estrategia es más tradicional, si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición y/o el mantenimiento de la conducta adictiva, el proceso terapéutico puede focalizarse casi exclusivamente en este nivel clave.

La tercera alternativa es la estrategia del máximo impacto; existen claras evidencias de que diferentes niveles están involucrados ya sea como causa, consecuencia o mantenedor de la conducta adictiva; aquí las estrategias terapéuticas deben diseñarse con el objetivo de incidir en el paciente en diferentes niveles de cambio para intentar maximizar el impacto terapéutico y así alcanzar el cambio de manera sinérgica. (Prochaska, J. 2007).

B) Concepción de la motivación involucrada en la Contribución al concepto de la curación social del alcoholismo.-

Denominación de curación social de las dependencias a sustancias.

Está vinculada con la definición de curación y el correlato social derivado del cuadro clínico de esta enfermedad así como del cambio favorable y prolongado de la conducta del dependiente que se torna de improductivo en productivo socialmente.

En la persona la modificación de la enfermedad hacia la salud en forma total o parcial, en un nivel variable, individual y/o grupal es un proceso hacia la curación social.

En dependencia a sustancias el cambio de conducta se obtiene después de un proceso prolongado, usualmente después de varios intentos fallidos. El porcentaje de los que culminan con éxito es variable por la heterogeneidad de las características de la población enferma; casi siempre menor del 50% lo que desalienta a profesionales, familiares y enfermos; la población considera incurable esta enfermedad. El término curación social es una acepción que enfatiza la posibilidad del cambio favorable y tiene como indicador la productividad social.

Con el propósito de formular una concepción que pretende resumir lo principal de las ideas de algunos autores, que han estudiado y definido la motivación que puede tener relación con las adicciones, se subraya el contexto formulado por Kuhn, L. (1985-1986) “que existen estrechas interacciones entre la motivación, el conocimiento y valoración”.

Es conveniente señalar que en el debate de biología frente a cognición (Reeve, J. 1995) demostró que las emociones no se pueden dar sin que antecedan acontecimientos biológicos pero pueden ocurrir sin un acontecimiento cognitivo previo, es decir la emoción es lo primario. Nuestra premisa es que la motivación en las dependencias a sustancias está ligada al afecto (sentimiento- emoción) de una manera más íntima, más estrecha que con la cognición.

La motivación humana, para nuestra investigación es un antecedente causal de la conducta de la persona a la que energiza, regula, mantiene y dirige en forma lineal o con un desarrollo cíclico; a su vez tiene como precedentes variables de estimulación; estados de privación y aprendizajes previos. De origen consciente o inconsciente, vincula necesidades, impulsos, metas e incentivos; mediante regulaciones reactivas (homeostáticas) de naturaleza interna, los esfuerzos del individuo y las capacidades atractivas del objeto (valencias, catexias, intereses); aspectos propositivos (curiosidad, auto-determinación) orientados hacia el futuro.

Puede percibirse originada por discrepancias entre la situación actual e ideal en el ámbito fisiológico, psicológico, social y cultural conformando parte de los procesos psicológicos en el mundo de los objetos y hechos.

Se desarrolla como un proceso, normalmente se manifiesta de manera jerarquizada, transcurre en un estado que puede variar con tendencias de aproximación, evitación y diferenciadas entre primarias y secundarias, (adquiridas) de funcionamiento integrado de procesos sensoriales, neuro-endócrinos, inmunológicos, psíquicos, con las que se lleva a cabo nuestro comportamiento motor externo.

Bases y fundamentos de la Curación Social del Alcoholismo en el Perú". (Griebenow, W. 1984) expone que en el Perú existen dos tipos de Modelos de Curación del Alcoholismo a) la abstinencia total y b) la curación del descontrol, el autor refiere en su tesis Doctoral a la "Curación Social", como una alternativa en el tratamiento del Alcohólico, como un proceso (y lo extiende a todos los dependientes a sustancias). Define al alcoholismo como una enfermedad constituida por la diada consumo anormal de las bebidas alcohólicas y el lapso entre cada consumo que denomina "intervalo".

Asimismo desarrolla sus características:

- 1.- No existe alcoholismo si está presente sólo uno de los componentes de la diada. El "intervalo" necesariamente está en función del consumo anormal del alcohol.

- 2.-El “intervalo” formalmente se extiende entre dos consumos anormales de las bebidas alcohólicas, en cuanto al contenido, incluye a los trastornos psíquicos que comprometen al individuo y sus relaciones interpersonales, causadas por el reciente abuso del alcohol y ocasionalmente el síndrome de abstinencia .
- 3.-Cuando el “intervalo” se extiende más allá del doble de su promedio habitual y se produce la disminución o desaparición de su contenido se establece el “intervalo normalizado”.
- 4.-El “intervalo” normalizado eventualmente puede comprender el denominado “síndrome de descompensación”. Es un cuadro clínico descrito en 1969, caracterizado por presentarse en forma intempestiva, sin causa aparente, luego del inicio y desarrollo de la abstinencia (ausencia del consumo de la sustancia –alcohol-) con manifestaciones que pueden ser psicofisiológicas (de la piel, por ejemplo sudoración en las manos, o del aparato uro-genital, micción frecuente, etc.), psicopatológicas, como angustia, depresión, etc; o deseos imperiosos de consumir.
- 5.-El “intervalo” es un estilo de vida con el alcohol, no comprende las manifestaciones psíquicas de las complicaciones orgánico-cerebrales del alcoholismo ni los cuadros psiquiátricos desencadenados por el abuso del alcohol.
- 6.-En el bebedor no alcohólico no existe el “intervalo” por cuanto el uso del alcohol no influye en el resto de su vida en forma continúa.
- 7.-En el “curado socialmente” existe el “intervalo normalizado”.
- 8.-El Alcoholismo es una enfermedad que determina un trastorno continuo por cuanto el “intervalo” es parte de la enfermedad.
- 9.-La diferencia entre curación social y enfermedad en el alcoholismo está determinada por la diferencia entre el “intervalo normalizado” y el “intervalo”. No por el consumo del alcohol.
- 10.-Muchas manifestaciones del llamado alcoholismo remitente no tienen “intervalo”, por tanto no constituyen alcoholismo con este enfoque.

Inicio, desarrollo y término del proceso para alcanzar la Curación Social.

Cuando el “intervalo normalizado” se establece, se inicia el proceso de Curación Social.

Luego de establecido el “intervalo normalizado”, el proceso de Curación Social del alcoholismo es (mínimo) de un año.

El tiempo de tratamiento que culmina en la Curación Social no es un año en total, ni único para todos los pacientes, sino variables en cada persona. (Actualmente en los dependientes a sustancias que cumplen con los criterios de inclusión para la hospitalización parcial, en la primera etapa, la duración como mínimo es de dos años y medio, en la segunda etapa es no menor de un año; en total puede ser de tres años y medio a cinco años).

(Griebenow, W, [Citado 09-08-07]).

Verbigracia: “intervalo” un mes, “intervalo normalizado” dos meses más un año (en la primera etapa del proceso de curación social). En total dos años y dos meses es la duración del tratamiento (En este ejemplo).

La Evolución Psíquica; en sus estadios desde el punto de vista psíquico existen cuatro estadios; los tres primeros corresponden a otras tantas actitudes del hombre frente al alcohol y el último es independiente del alcohol. La modificación psicológica se exterioriza desde el principio del tratamiento, incluso desde el internamiento, si éste se lleva a cabo, por consiguiente el comienzo de la evolución psíquica puede ser anterior al inicio del proceso hacia la Curación Social. Los estadios son los siguientes:

- 1.- Condena. No poder tomar como los demás, sin problemas; es vivenciado como una limitación que lo ubica en el plano de inferioridad, “mutilación” a su derecho a los placeres de la vida.
- 2.- Aceptación. Adaptación a la nueva situación con satisfacción.
- 3.- Orgullo. Vivenciar con exceso de auto estimación el mantenimiento de su sobriedad.
- 4.- Estadio en relación a la persona (independiente del alcohol).

Reorientación ideo- afectiva. El alcohol deja de tener significación relevante en la vida de la persona; es sustituida por otros intereses. La experiencia muestra que el paso de un estadio a otro, no se realiza después de un tiempo determinado, sin embargo teniendo en cuenta que la duración del tratamiento es algo más de un año, los pacientes que al término de este tiempo continúan en el primer estadio tienen pronóstico de reservado a malo, lo supuesto es superar este nivel en el primer trimestre del proceso de Curación para alcanzar la Curación Social del alcoholismo. Actualmente para el Dr. Griebenow la evolución de la motivación se da en el los siguientes estadios.

PRIMERA ETAPA:

- a).- Rechazo intenso al cambio de conducta.
- b).- Rechazo leve al cambio de conducta.
- c).- Aceptación leve al cambio de conducta
- d). Aceptación intensa al cambio de conducta.
- e).- Identificación con el cambio de conducta.

SEGUNDA ETAPA:

Motivación independiente de la sustancia. (Griebenow W., [Citado 09-08-07]).

El síndrome de Descompensación del paciente alcohólico en proceso de rehabilitación.-

Ubicación.- En el primer estadio, en la fase de condena, además del síndrome de abstinencia que corresponde a la dependencia biológica, posteriormente puede presentarse lo que caracterizamos como síndrome de descompensación.

Aspectos Clínicos.- Este cuadro se manifiesta luego de una evolución satisfactoria de semanas o meses, súbitamente, sin causa eficiente que lo explique, el paciente presenta en forma aislada concomitante

manifestaciones de angustia, depresión, trastornos de carácter, conducta pueril, etc. Es importante recordar que cuando el presunto síndrome de descompensación persiste a lo largo del “intervalo normalizado”; se trata de una entidad clínica coexistente, enmascarada anteriormente, total o parcialmente por el consumo del alcohol. Tener información del síndrome de descompensación es clave para la comprensión del desarrollo evolutivo favorable del cuadro, en cualquier modelo de curación de esta enfermedad; de lo contrario el desconcierto del profesional puede tornarse en pesimismo, desmotivación y abandonar su tarea. Cuando está presente el referido Síndrome sirve de medio de control del proceso de curación del paciente alcohólico. La desaparición brusca es generalmente signo de recaída y la paulatina es de buen pronóstico para el enfermo.

El “tiempo crítico”.- Días, horas y período crítico.

Aunque el “intervalo” tiene contenido, es un concepto que se concibe principalmente en el tiempo, pero ese tiempo no tiene significación uniforme en todos sus momentos para el tratamiento.

Llamamos “tiempo crítico” a lo siguiente:

- 1.- Al lapso de “intervalo” adyacente al consumo anormal del alcohol.
- 2.- Al primer trimestre de curación social del alcoholismo.

Las horas o días fronterizos del “intervalo” con su complementario uso del alcohol son los más proclives a la recaída y se requiere en esas circunstancias una intensificación de las medidas terapéuticas. A ellas las designamos “horas críticas” o “días críticos”.

La experiencia nos ha enseñado que en los tres primeros meses del proceso de curación social del alcoholismo hay un riesgo mayor de recaer; la explicación reside en que el “intervalo normalizado” alberga en su seno la periodicidad de la asociación frustrada de “intervalo” – consumo anormal del alcohol, de manera que en el tiempo correspondiente a lo que serían los momentos inmediatos posteriores a la finalización del anulado “intervalo” y durante el lapso anteriormente cubierto por el uso anómalo del alcohol es

más factible que se presenten o intensifiquen las ideas, recuerdos, sentimientos o actos que conducen a volver al consumo del alcohol.

La Curación Social del Alcoholismo.- “El Continente”.

Es consecuencia de la ruptura de la diada consumo anormal del alcohol (incluye descontrol), “intervalo”, por más de un año, contado a partir del establecimiento del “intervalo normalizado”.

No debe confundirse con readquirir la facultad de beber socialmente (normalmente) lo que implicaría volver a consumir bebidas alcohólicas en cualquier ocasión, a criterio exclusivo del bebedor y hacer desaparecer el descontrol (cuando existe). La evaluación de la curación social se efectúa mediante la observación de la conducta. En el nivel de adecuación y/o rendimiento en el área ocupacional, comunitaria y familiar. No se realiza en función del alcohol sino de la persona.

El “Continente” es la persona curada socialmente del alcoholismo. Ha cumplido con tres requisitos para ser considerada como tal:

- 1.- Dejar de beber un año, contado a partir del doble del “intervalo” promedio (o sea desde el establecimiento del “intervalo normalizado”).
- 2.- Sustitución de la diada del alcoholismo por el “intervalo normalizado”.
- 3.- Por lo menos haber alcanzado la segunda etapa de la evolución psíquica.

En la actualidad se considera lo siguiente:

El “continente” es la persona curada socialmente del alcoholismo luego de haber culminado con éxito las dos etapas del tratamiento y permanecido durante un año continuo en la segunda etapa sin recaídas ni reincidencias.

En los infrecuentes casos de quienes desean volver a beber tienen que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Como mínimo dejar de beber un año continuo, contado a partir del doble del “intervalo promedio” (o sea desde el establecimiento del “Intervalo normalizado”).
2. Sustitución de la diada del alcoholismo por el “intervalo normalizado”.
3. Por lo menos haber alcanzado la segunda etapa de la evolución psíquica.

Condiciones para mantener la “continencia”.-

“El continente” para conservar su condición debe cumplir un programa anual en relación al uso del alcohol, confeccionado de acuerdo con el terapeuta.

Cuando bebe alcohol tiene las siguientes limitaciones:

- a) No puede hacerlo en horas de actividad ocupacional.
- b) No le es permitido continuar bebiendo el día siguiente en época laboral.
- c) La suma del tiempo utilizado en beber y reponerse de sus efectos adversos no debe exceder de diez días útiles por año.
- d) Si consume alcohol en sus vacaciones anuales no podrá hacerlo más de la tercera parte de tiempo asignado.

El cumplimiento del programa anual establecido permite formular ulteriores programas hasta llegar al primer lustro y desde entonces a los “continentes” que deseen utilizar el alcohol en forma programada se les podría dar mayores concesiones. Por cuanto el uso del alcohol despierta en el curado socialmente la inclinación a continuar consumiendo en forma anormal (descontrolada), es aquí donde interviene la ayuda farmacológica (y psicológica), el “continente” al día siguiente debería utilizar medicamentos para reforzar su status (y durante el tiempo de consumo de las bebidas alcohólicas sería controlado estrechamente por el médico y familiares). El acatamiento de estas disposiciones debe ser estricto, la trasgresión impide la continuación del programa y obliga a reiniciar el tratamiento para recuperar la “continencia”.

La programación concluye cuando el curado socialmente prescinde por propia voluntad de continuar bebiendo alcohol.

Las Recaídas.- En el alcohólico sin tratamiento o durante el proceso hacia la Curación Social todo consumo de alcohol es una recaída. Posteriormente la sola utilización del alcohol no tipifica una recaída.

Una vez lograda la “continencia” si se bebe dentro de un programa establecido por el especialista no es tal. Si se usa la bebida alcohólica en forma intempestiva, fuera de programa es recaída.

2.1.2.21.- Dependencia a Sustancias.

- Definición de la adicción desde el punto de vista psiquiátrico.-

Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que inducen que el individuo continúe consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. La necesidad irresistible de consumo, craving se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia a sustancias.

La dependencia se define como un grupo de tres o más de los siguientes síntomas enumerados a continuación que aparece en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado), o una notable disminución de los efectos de la sustancia con el uso continuo de la misma dosis. El grado en el que se desarrolla la tolerancia varía ampliamente según la sustancia. La abstinencia que es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognitivos y fisiológicos, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos, para la mayoría de ellas: a) un patrón compulsivo en el consumo de una o varias sustancias, el sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. b) el sujeto dedica mucho tiempo en obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos. c) todas las actividades de la persona giran, virtualmente en torno a la sustancia, lo social, laboral, recreativo, pueden abandonarse o

reducirse debido al consumo de la sustancia. El sujeto abandona las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir las sustancias, empezando a estar más tiempo con amigos que la consuman. d) El sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de reconocer sus implicaciones psicológicas como fisiológicas. e) El sujeto tiene una imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa. (American Psychiatric Association, [Citado 14-08-07]).

Definición de la adicción.

En la dependencia a sustancias existen daños físicos o psicológicos incluyendo afectación de la capacidad del juicio o comportamiento disfuncional, que puede conducir a una incapacidad para mantener relaciones interpersonales o que éstas sean negativas. Los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades del individuo. (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

– Naturaleza de la Adicción.

La naturaleza de la adicción a sustancia representa un grupo heterogéneo de procesos patológicos. Los factores psicosociales, los genéticos y los conductuales dentro de cada grupo, por ejemplo los biológicos, se encuentra el Gen del receptor para un determinado neurotransmisor, puede estar más implicado que otro. El diseño de estos estudios y la interpretación de sus resultados son tareas difíciles debido a la heterogeneidad de este trastorno y las causas poligénicas del mismo. Algunos estudios han mostrado cómo es tres o cuatro veces más probable que las personas con parientes de primer grado que tienen este trastorno lo sufran, que las personas cuyos parientes no están en esta situación. Además los pacientes con antecedentes familiares de abuso de alcohol es más probable que presenten formas graves del trastorno, que consuman mayores cantidades de alcohol y que presenten más problemas que las personas sin antecedentes familiares.

Los efectos del ambiente se han estudiado a partir de investigaciones con personas adoptadas. Estos estudios muestran cómo los hijos de padres con este trastorno están en situación de riesgo, incluso en el caso de ser criados por familias cuyas figuras parentales no lo presenten. Los niños cuyos padres biológicos no son alcohólicos, no aumentan su riesgo de adquirirlo ni siquiera en el caso de crecer en un ambiente donde alguna de las figuras parentales lo padezca.

Recientemente se ha utilizado la técnica de fragmentación cromosómica para realizar estudios genéticos con las familias en las que existe este trastorno. Algunos de estos estudios describen una asociación entre estos trastornos y los receptores dopaminérgicos tipo 2 (D2), aunque estos resultados no han sido contrastados adecuadamente. Este hallazgo es muy atractivo desde el punto de vista teórico, ya que implica la existencia de patología en los mecanismos cerebrales de recompensa que están relacionados con el área tegmental ventral y el núcleo accumbens. La asociación de los receptores D2 debe ser correcta para un subgrupo de personas con este trastorno, y los estudios que se deriven de aquí pueden hallar asociaciones adicionales entre marcadores específicos de los trastornos relacionados con sustancias y los hallazgos obtenidos a través de la fragmentación cromosómica.

Algunos estudios han hallado concentraciones anormales de neurotransmisores y de alguno de sus metabolitos en el LCR de estos pacientes. Muchos de estos estudios han encontrado concentraciones menores de serotonina, dopamina y GABA, o bien de sus metabolitos. (Kaplan, H; Sandock. J; Grebb, A. 1996).

Historia Infantil.- En cuanto a la historia infantil, se han detectado en los niños de alto riesgo ciertos déficits neurocognoscitivos, una menor amplitud en la onda P300 en las pruebas de potencias evocadas y algunas anormalidades en los registros electroencefalográficos. Estudios realizados con la descendencia de alto riesgo cuando alcanzan los 20 años también han evidenciado un efecto muy característico del alcohol sobre ellos: un

embotamiento que no se aprecia en los sujetos cuyos padres no sufren este trastorno. Estos hallazgos sugieren que existe algún factor hereditario que puede predisponer a una persona a sufrir este trastorno.

Una historia infantil de trastorno por déficit de atención, hiperactividad, trastorno de conducta o los dos a la vez aumentan el riesgo de un niño de convertirse en un adulto con un trastorno relacionado con el alcohol. Los trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno antisocial, predispone a este trastorno.

Aspectos psicoanalíticos.- Las teorías psicoanalíticas se han centrado en hipótesis sobre un Super Yo demasiado punitivo y una fijación en el estadio oral del desarrollo psicosexual. De acuerdo con estas teorías, las personas con un Super yo duro y auto punitivo se vuelcan en el alcohol como única vía para reducir su estrés inconsciente. La ansiedad de las personas fijadas en el estadio oral puede reducirse consumiendo sustancias como el alcohol. Algunos psiquiatras de esta línea describen la personalidad de estos sujetos refiriéndose a aspectos como la vergüenza, el aislamiento, la impaciencia, la irritabilidad, la ansiedad, la hipersensibilidad y la represión sexual. Un aforismo psicoanalítico común es que el Super Yo es soluble en alcohol.

En algunas personas, el consumo de alcohol produce una sensación de poder y aumenta su autoestima.

Factores sociales y culturales: Factores conductuales y de aprendizaje.-

Algunos ambientes sociales inducen a beber en exceso.

Los Campus universitarios y las bases militares son dos ejemplos de contextos en los que es frecuente el abuso del alcohol y donde además, esta conducta se considera normal y es “socialmente deseable”.

Algunos grupos étnicos y culturales tienen más restringido el consumo de alcohol que otros. Por ejemplo, los individuos de origen asiático y los que profesan el protestantismo más ortodoxo consumen alcohol con mucha menos frecuencia que los protestantes más “liberales” y los católicos.

Factores conductuales y de aprendizaje: pueden influir sobre los hábitos respecto al alcohol. Pueden influir sobre los hábitos respecto al alcohol,

también pueden hacerlo las costumbres de la familia, en especial de los padres. No obstante existe evidencia de que aunque los hábitos de los padres respecto al alcohol influyen sobre los hábitos de los hijos, la relación entre los primeros y el desarrollo de un trastorno relacionado con el alcohol por parte de los hijos es menor de lo que se creía, a pesar de que las costumbres parentales desempeñen un papel importante. Desde el punto de vista conductual, el énfasis se pone sobre el refuerzo positivo que supone el alcohol, al inducir sentimientos de bienestar y euforia. Además, el alcohol puede reducir el miedo y la ansiedad, convirtiéndose así en un reforzador negativo que potencia el consumo.

Naturaleza de los opiodes; un 50% de los consumidores de heroína en las ciudades, son hijos de padres solteros o divorciados o provienen de familias en las que por lo menos uno de los miembros tiene un trastorno relacionado con sustancias. Los niños de estos ambientes tienen un riesgo muy alto para la dependencia de estos productos, en especial si presentan problemas en la escuela o existen indicios de un trastorno de conducta.

Algunos patrones de conducta uniformes parecen estar muy pronunciados en los adolescentes con dependencia de estas sustancias. Estos patrones han recibido el nombre de síndrome conductual de la heroína: depresión subyacente, a menudo de tipo agitado y acompañada con frecuencia de síntomas de ansiedad; impulsividad expresada mediante una orientación pasivo- agresiva; miedo al fracaso; uso de la heroína como “ansiolítico” para enmascarar sentimientos de baja autoestima, desesperanza y agresión; estrategias de afrontamiento muy limitadas y baja tolerancia a la frustración, acompañada de la necesidad de gratificación inmediata; sensibilidad a las contingencias de las sustancias, con una aguda conciencia de la relación entre los sentimientos de bienestar y el consumo de estos productos: sentimientos de impotencia junto con otros de control momentáneo de la situación cuando se consume la sustancia; deterioro importante de las relaciones interpersonales que acaban limitándose a los “compañeros de experiencia”. (Kaplan, H. et al 1996).

-Clases de adición.-

La presente clasificación la describiremos según el que efectúa el DSM-IV y el propuesto por el Real Colegio de Psiquiatras Británicos en 1987.

El DSM-IV, distingue once clases de sustancias psicoactivas asociadas a abuso y dependencia:

Alcohol, Alucinógenos, Anfetamina o simpático-miméticos de acción similar, Cafeína, Cannabis, Cocaína, Fenciclidina y arilciclohexilaminas de acción similar, Inhalantes, Nicotina, Opiáceos, Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

La clasificación del Real Colegio de Psiquiatras Británicos es una categorización basada en el hecho que es posible agrupar todas las drogas en cinco grandes grupos que comparten criterios de inclusiones comunes- y un conjunto adicional compuesto por sustancias difícilmente clasificables en los grupos anteriores.

GRUPO I.- Opiáceos.- Este grupo incluye un gran número de sustancias de origen natural, como el opio y la morfina, algunas semi- sintéticas, como la heroína, y otras más recientes y totalmente sintéticas, como la metadona, que tienen las características comunes de acoplarse a unos receptores específicos del SNC, denominados receptores opioides.

GRUPO II.- Depresores.- Este término se utiliza para describir un grupo de sustancias que tienen en común el hecho de disminuir la actividad cerebral y por lo tanto, inducir sedación y somnolencia. Paradójicamente en las primeras fases del consumo pueden producir excitación-estimulación como consecuencia de un proceso de desinhibición generalizado. Pertenecen a este grupo el alcohol, los barbitúricos, el hidrato de cloral, el paraldehído y el clorometiazol.

GRUPO III.- Tranquilizantes.- Se independizan estos psicofármacos del grupo de los depresores, en el que la mayoría de los textos actuales suelen incluirlos, debido a que generan un tipo de dependencia que puede diferenciarse claramente del que producen las sustancias anteriormente

citadas. La extensa familia de las benzodiacepinas es la principal representante de este grupo.

GRUPO IV.- Estimulantes.- Conjunto de sustancias que tienen en común el elevar el estado de ánimo, aumentar el nivel de atención y vigilia y producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento físico y mental. Se incluyen en este grupo sustancias muy diversas de origen natural, como la cocaína, la cafeína y otras sintéticas como las anfetaminas o algunas recientes “drogas de síntesis”.

Grupo V.- Alucinógenos. -Sustancias que producen un abigarrado conjunto de efectos sobre las funciones psíquicas básicas y los procesos de sensorpercepción, que redundan en fenómenos de desorientación, distorsión del espacio y tiempo, alteraciones psíquicas transitorias y alucinaciones. Incluyen sustancias de origen natural como el peyote, la mescalina y los “hongos mágicos” de las culturas americanas. Actualmente predominan las que son producto de síntesis, destacando la dietilamina del ácido Lisérgico (LSD) y en estos momentos algunas moléculas de síntesis.

Grupos de Fármacos no Clasificables.-

Conjunto de sustancias, objeto de abuso y dependencia no clasificables actualmente en los grupos anteriores. Destacan entre ellas el Cannabis que no puede ser clasificado porque tiene representaciones depresoras y alucinógenas; la nicotina con actividad estimulante y sedante; los disolventes que producen efectos sedantes, anestésicos y alucinógenos; la fenciclidina que induce graves cuadros tóxicos y sintomatología psicótica, y finalmente, algunos fármacos antidepresivos y diversas “drogas de síntesis”.

2.2.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Según la concepción de la curación social de las dependencias a sustancias.

Motivación.-

Necesidad, tendencia, deseo, incentivo, meta, hábitos, son las causas más frecuentes de la motivación y conducta, vinculada a emociones que se manifiesta como procesos dinámicos, conscientes e inconscientes,

relacionados a factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales. En el individuo está ligado principalmente con el sistema de recompensa del sistema nervioso y en el ambiente con los estímulos que influyen en dicho sistema.

Rechazo intenso al cambio de motivación.-

Es la constante motivación negativa al cambio de conducta de consumo de los dependientes a sustancias. Clínicamente corresponde a la ausencia de conciencia de la enfermedad.

Rechazo leve al cambio de motivación.-

Es la inconstante motivación negativa al cambio de conducta; puede presentar episodios de ambivalencia y conciencia de enfermedad, lo que disminuye la intensidad de la motivación predominante de rechazo terapéutico.

Aceptación leve para el cambio de motivación

Es la inconstante y sin embargo preponderante motivación positiva al cambio del dependiente a sustancias al tratamiento.

Aceptación intensa para el cambio de motivación

Es la motivación positiva al cambio de conducta del dependiente a sustancias al tratamiento en forma acentuada, con mínima dubitación.

Identificación con el cambio de motivación

Estadio en el cual el paciente demuestra su compromiso con el cambio favorable, en su comportamiento con el entorno íntimo y externo Promoviendo la exclusión del uso de sustancias .La dubitación puede ser mínima y episódica.

Motivación independiente de la sustancia.-

La sustancia ya no forma parte de su vida; la persona tiene motivaciones relacionadas con el desarrollo de su vida normal y el proceso de rehabilitación.

Recaída.-

El paciente vuelve a consumir la sustancia a la cual es adicta; mantiene el propósito del cambio favorable; no deja el tratamiento.

Reincidencia.- El dependiente a sustancias vuelve a consumir la sustancia, abandona el tratamiento. Su conducta retrocede al rechazo intenso al tratamiento.

Motivación como variable dinámica.-

La motivación se puede definir operacionalmente como “la probabilidad en la cual una persona entrará, continuará y se adherirá a una estrategia específica”. (Molinero y Rollnick, 1991; citado en Miller W.)..

Confiabilidad.-

Es el grado de congruencia o exactitud con que un instrumento mide un atributo.

Validez.-

Denota el grado en el que el instrumento mide lo que se supone que debe medir. La validez comprende diferentes aspectos y técnicas de evaluación, pero es en extremo difícil determinar la validez de un instrumento.

Validez aparente.-

Es el hecho de que el instrumento parezca medir el constructo adecuado.

Tratamiento.-

Es la utilización de estrategias, técnicas y acciones que conducen gradualmente de la dependencia a la independencia del sujeto del consumo de sustancias.

Los cambios en motivación y conducta que el paciente va efectuando en el proceso de la enfermedad hacia la recuperación de la salud, puede ser perturbado por fijaciones y retrocesos. Esa evolución atraviesa por dos etapas psicológicas:

Evolución del tratamiento.- En un seguimiento secuencial se trata de las modificaciones conductuales y en la conciencia que se produce en el sujeto durante el proceso de tratamiento; siendo posible que el cuadro se fije sin modificarse; se agrave o progrese hacia la recuperación.

2.3.- DEFINICIONES OPERACIONALES.

Intervención terapéutica.- Conjunto de procedimientos psiquiátricos, médicos y psicológicos aplicados a pacientes dependientes a sustancias con el propósito de reducir o eliminar el consumo de sustancias psicoactivas, que puede realizarse con internamiento o ambulatoriamente.

En el presente estudio las intervenciones corresponden diferencialmente a cada uno de los hospitales y/o Instituto. En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con el enfoque de intervención en que predomina una orientación dinámica en el tratamiento de las adicciones. El Hospital Hermilio Valdizán con el enfoque cognitivo conductual. El Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi utiliza el enfoque del afronte holístico de las adicciones.

Motivación en dependencia a sustancias.- (Enfoque de Prochaska y DiClemente) Es un proceso objetivable directamente a través de la conducta desde el estadio de la acción. Anteriormente mediante las características del pensamiento y el lenguaje vinculado al uso de las sustancias.

Motivación en dependencia a sustancias.- (Enfoque de la Curación de las dependencias a sustancias) Se exterioriza a través del interés en relación a la sustancia, ya sea de rechazo o de aceptación al cambio de conducta del dependiente a sustancias.

2.4.- VARIABLES.

Variable independiente: Intervención terapéutica.

Variable dependiente: Motivación para el cambio de conducta hacia la recuperación.

Variable control: Pacientes con dependencia a sustancias en tratamiento con diferentes intervenciones terapéuticas.

2.5.-HIPÓTESIS.

H₁ = La intervención terapéutica en pacientes dependientes a sustancias modifica los estadios de la motivación para el cambio de conducta.

H₂= El tratamiento recibido durante 4 meses (mayo- agosto 2005) en pacientes dependientes a sustancias modifica los estadios de motivación para el cambio de conducta.

H₃= El tratamiento recibido durante 8 meses (septiembre- diciembre 2005) en pacientes dependientes a sustancias modifica los estadios de motivación para el cambio de conducta.

H₄= El tratamiento recibido durante 12 meses (enero- abril 2006) en pacientes dependientes a sustancias modifica los estadios de motivación para el cambio de conducta.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.- Aplicada, en cuanto se utilizan conocimientos existentes a una nueva realidad.

3.2.- MÉTODO.- Cuasi-experimental en condiciones naturales antes y después, sin grupo control. (Hernández, R. et al 2003).

3.3 .- DISEÑO.- Series cronológicas con grupos intactos y sin grupo control.

1er Momento O1 x O2 (Se empieza con 272 casos)

2do Momento O1 x O2 (Se continuó con 150 casos)

3er Momento O1 x O2 (Se continuó con 139 casos)

3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.4.1.-La población de pacientes dependientes sustancias fue obtenida de tres hospitales representativos en el tratamiento de adicciones, cuyo número no fue posible obtener por limitaciones propias de cada institución, por lo que no se pudo obtener el esquema poblacional para determinar el tamaño de la muestra por método probabilístico.

3.4.2.- Muestra.- Por la razón expuesta líneas arriba, el método de muestreo fue no probabilístico intencional o por oportunidad o conveniencia (Coolican, 1997) p.48, lo que significa que la muestra fue directamente elegida de los hospitales que siendo líderes en el tratamiento de pacientes dependientes a sustancias nos autorizaron para el levantamiento de la información; estos hospitales son el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi; el primero perteneciente al Seguro Social del Perú y los dos últimos al Ministerio de Salud.

Como criterio básico de inclusión se incorporó a los pacientes en tratamiento desde mayo del 2005, como datos adicionales se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- 1.- Pacientes dependientes a sustancias.
- 2.- Que acudan a los hospitales arriba mencionados.
- 3.- Que no se encuentren descompensados psiquiátricamente.
- 4.- Sin deterioro orgánico cerebral perceptible clínicamente.

Al término del mes de mayo del 2005 cerramos la inclusión de más elementos para observar los cambios, quedando la muestra distribuida tal como se reproduce en la tabla número 001.

Tabla N° 001: Frecuencias y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según hospital de procedencia.

HOSPITAL	F	%
Edgardo Rebagliati Martins	93	34
Hermilio Valdizán	71	26
Honorio Delgado Hideyo Noguchi	108	40
TOTAL	272	100

3.4.3.- Características de la Muestra.

Los datos que se reproducen a continuación tienen por objetivo describir la muestra en función de variables demográficas, a lo largo del tratamiento dividido en tres periodos separados de cuatro meses.

3.4.4. - La muestra según la edad de los pacientes dependientes a sustancias por hospitales de procedencia. Los datos indican que existe mayor concentración de dependientes a sustancias entre las edades de 14 a 24 años en los tres periodos.

TABLA N° 002: Frecuencias y porcentajes de pacientes dependientes a sustancias según su edad agrupada en rangos y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

		HOSPITAL						TOTAL
		Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		
EDAD AGRUPADA EN RANGOS		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	55 - 81	26	28	1	1	2	2	29
	45 - 54	31	33	10	14	10	9	51
	35 - 44	20	22	16	23	19	18	55
	25 - 34	14	15	18	25	26	24	58
	14 - 24	2	2	26	37	51	47	79
	TOTAL		93	100	71	100	108	100
SEGUNDO PERIODO	55 - 81	19	33	0	0	1	2	20
	45 - 54	23	40	6	13	3	7	32
	35 - 44	12	21	11	23	9	20	32
	25 - 34	3	5	13	27	9	20	25
	14 - 24	0	0	18	38	23	51	41
	TOTAL		57	100	48	100	45	100
TERCER PERIODO	55 - 81	18	33	0	0	1	2	19
	45 - 54	21	39	5	11	2	5	28
	35 - 44	12	22	10	23	9	22	31
	25 - 34	3	6	13	30	7	17	23
	14 - 24	0	0	16	36	22	54	38
	TOTAL		54	100	44	100	41	100

3.4.5.- La muestra según la edad de inicio del consumo de sustancias de los pacientes dependientes por hospitales de procedencia. Precisa que el mayor inicio del consumo de la sustancia es entre los 16 a 23 años, en los tres periodos.

TABLA N° 003: Frecuencias y porcentajes de la edad de inicio del consumo de la sustancia visto en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

HOSPITAL		Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
EDAD DE INICIO AL CONSUMO		F	%	F	%	F	%	
		PRIMER PERIODO	8 - 15	4	4	8	11	
16 - 23	38		41	38	54	52	48	128
24 - 31	18		19	16	23	15	14	49
32 - 39	13		14	6	8	9	8	28
40 - 47	12		13	1	1	7	6	20
48 - 67	8		9	2	3	3	3	13
TOTAL	93		100	71	100	108	100	272
SEGUNDO PERIODO	8 - 15	4	7	6	13	10	22	20
	16 - 23	19	33	25	52	26	58	70
	24 - 31	12	21	11	23	4	9	27
	32 - 39	8	14	3	6	2	4	13
	40 - 47	9	16	2	4	2	4	13
	48 - 67	5	9	1	2	1	2	7
	TOTAL	57	100	48	100	45	100	150
TERCER PERIODO	8 - 15	3	6	5	11	9	22	17
	16 - 23	19	35	23	52	24	59	66
	24 - 31	12	22	11	25	3	7	26
	32 - 39	7	13	3	7	2	5	12
	40 - 47	8	15	1	2	2	5	11
	48 - 67	5	9	1	2	1	2	7
	TOTAL	54	100	44	100	41	100	139

3.4.6.- La muestra según sexo por hospitales de procedencia. Establece que no existe una presencia numerosa del sexo femenino.

TABLA N° 004: Frecuencias y porcentajes de los dependientes a sustancias según sexo y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

SEXO		VARÓN		MUJER		TOTAL
		F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	HOSPITAL					
	Edgardo Rebagliati Martins	77	83	16	17	93
	Hospital Hermilio Valdizán	67	94	4	6	71
	Honorio Delgado Hideyo Noguchi	97	90	11	10	108
TOTAL		241		31		272
SEGUNDO PERIODO	HOSPITAL					
	Edgardo Rebagliati Martins	49	86	8	14	57
	Hospital Hermilio Valdizán	46	96	2	4	48
	Honorio Delgado Hideyo Noguchi	38	84	7	16	45
TOTAL		133		17		150
TERCER PERIODO	HOSPITAL					
	Edgardo Rebagliati Martins	47	87	7	13	54
	Hospital Hermilio Valdizán	42	95	2	5	44
	Honorio Delgado Hideyo Noguchi	35	85	6	15	41
TOTAL		124		15		139

3.4.7.- La muestra según antecedentes familiares por hospitales de procedencia. Observamos que el consumo de alcohol es el antecedente familiar más encontrado en los tres periodos.

TABLA N° 005: Frecuencias y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según antecedentes familiares y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	ANTECEDENTES FAMILIARES							
	Ninguno	20	22	23	32	42	39	85
	Alcohol	52	56	18	25	43	40	113
	Cocaína	0	0	1	1	1	1	2
	Tabaco	5	5	0	0	1	1	6
	Marihuana	1	1	3	4	4	4	8
	PBC	1	1	1	1	2	2	4
	Tranquilizantes	3	3	0	0	0	0	3
	Policonsumo	11	12	25	35	15	14	51
	TOTAL	93	100	71	100	108	100	272
SEGUNDO PERIODO	Ninguno	15	26	19	40	20	44	54
	Alcohol	33	58	7	15	17	38	57
	Cocaína	0	0	0	0	0	0	0
	Tabaco	2	4	0	0	1	2	3
	Marihuana	0	0	0	0	2	4	2
	PBC	1	2	0	0	0	0	1
	Tranquilizantes	0	0	0	0	0	0	0
	Policonsumo	6	11	22	46	5	11	33
		TOTAL	57	100	48	100	45	100
TERCER PERIODO	Ninguno	13	24	17	39	16	39	46
	Alcohol	32	59	7	16	16	39	55
	Cocaína	0	0	0	0	0	0	0
	Tabaco	3	6	0	0	1	2	4
	Marihuana	0	0	0	0	3	7	3
	PBC	1	2	0	0	0	0	1
	Tranquilizantes	0	0	0	0	0	0	0
	Policonsumo	5	9	20	45	5	12	30
		TOTAL	54	100	44	100	41	100

3.4.8.- La muestra según personas que acompañan al tratamiento al dependiente a sustancias por Hospitales de Procedencia. Se aprecia que los pacientes en su mayoría acuden solos y después con sus familias completas a lo largo de los tres periodos.

TABLA N° 006: Frecuencias y porcentajes de las personas que acompañan al dependiente a sustancias a la unidad de tratamiento según hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos.

PERSONA QUE ACOMPañAN AL DEPENDIENTE AL TRATAMIENTO	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	Solo	64	69	12	17	27	25	103
	Amigo	0	0	0	0	1	1	1
	Familia Completa	22	24	36	51	29	27	87
	Hermana	1	1	1	1	0	0	2
	Madre	2	2	10	14	32	30	44
	Padres	3	3	7	10	15	14	25
	Pareja	1	1	4	6	1	1	6
	Otros	0	0	1	1	3	3	4
	TOTAL		93	100	71	100	108	100
SEGUNDO PERIODO	Solo	41	72	2	4	9	20	52
	Amigo	0	0	0	0	1	2	1
	Familia Completa	14	25	35	73	11	24	60
	Hermana	0	0	1	2	1	2	2
	Madre	1	2	6	13	15	33	22
	Padres	0	0	3	6	6	13	9
	Pareja	1	2	1	2	1	2	3
	Otros	0	0	0	0	1	2	1
	TOTAL		57	100	48	100	45	100
TERCER PERIODO	Solo	38	70	1	2	7	17	46
	Amigo	1	2	0	0	1	2	2
	Familia Completa	13	24	33	75	12	29	58
	Hermana	0	0	1	2	1	2	2
	Madre	1	2	5	11	12	29	18
	Padres	0	0	3	7	6	15	9
	Pareja	1	2	1	2	1	2	3
	Otros	0	0	0	0	1	2	1
	TOTAL		54	100	44	100	41	100

3.4.9.- La muestra según tiempo de consumo de los pacientes dependientes por hospitales de procedencia. Se objetiva ver que existe una mayor concentración del tiempo de consumo de la sustancia entre los 121 meses a 576 meses (10 a 48 años).

TABLA N° 007: Frecuencias y porcentajes del tiempo de consumo de sustancias según hospitales visto en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	TIEMPO DE CONSUMO							
	2 - 6 meses	0	0	0	0	3	3	3
	7 - 12 meses	2	2	15	21	25	23	42
	13 - 24 meses	3	3	6	8	20	19	29
	25 - 36 meses	4	4	9	13	7	6	20
	37 - 48 meses	1	1	4	6	16	15	21
	49 - 60 meses	5	5	2	3	3	3	10
	61 - 120 meses	23	25	13	18	22	20	58
	121 - 576 meses	55	60	22	31	12	11	89
TOTAL	93	100	71	100	108	100	272	
SEGUNDO PERIODO	2 - 6 meses	0	0	0	0	2	4	2
	7 - 12 meses	0	0	13	27	7	16	20
	13 - 24 meses	0	0	6	13	9	20	15
	25 - 36 meses	1	2	6	13	2	4	9
	37 - 48 meses	1	2	2	4	9	20	12
	49 - 60 meses	3	5	1	2	2	4	6
	61 - 120 meses	12	21	8	17	6	13	26
	121 - 576 meses	40	70	12	25	8	18	60
	TOTAL	57	100	48	100	45	100	150
TERCER PERIODO	2 - 6 meses	0	0	0	0	2	5	2
	7 - 12 meses	0	0	12	27	7	17	19
	13 - 24 meses	0	0	5	11	8	20	13
	25 - 36 meses	1	2	6	14	2	5	9
	37 - 48 meses	1	2	2	5	8	20	11
	49 - 60 meses	3	6	1	2	2	5	6
	61 - 120 meses	11	20	7	16	6	15	24
	121 - 576 meses	38	70	11	25	6	15	55
	TOTAL	54	100	44	100	41	100	139

3.4.10.- La muestra según grado de instrucción por hospitales de procedencia. Se visualiza que la mayoría de los dependientes tienen un grado de instrucción de secundaria completa a superior incompleta a lo largo de los tres periodos.

TABLA N° 008: Frecuencias y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según grado de instrucción y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento

	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	GRADO DE INSTRUCCIÓN							
	Superior	40	43	9	13	10	9	59
	Superior Incompleto	18	19	24	34	25	23	67
	Técnico	7	8	8	11	11	10	26
	Secundaria Completa	23	25	15	21	30	28	68
	Secundaria Incompleta	5	5	13	18	28	26	46
	Primaria Completa	0	0	2	3	1	1	3
	Primaria Incompleta	0	0	0	0	3	3	3
	TOTAL	93	100	71	100	108	100	272
SEGUNDO PERIODO	Superior	28	49	5	10	1	2	34
	Superior Incompleto	10	18	14	29	12	27	36
	Técnico	2	4	5	10	6	13	13
	Secundaria Completa	13	23	11	23	12	27	36
	Secundaria Incompleta	4	7	11	23	12	27	27
	Primaria Completa	0	0	2	4	1	2	3
	Primaria Incompleta	0	0	0	0	1	2	1
		TOTAL	57	100	48	100	45	100
TERCER PERIODO	Superior	26	48	4	9	1	2	31
	Superior Incompleto	10	19	14	32	12	29	36
	Técnico	2	4	5	11	4	10	11
	Secundaria Completa	13	24	10	23	11	27	34
	Secundaria Incompleta	3	6	10	23	11	27	24
	Primaria Completa	0	0	1	2	1	2	2
	Primaria Incompleta	0	0	0	0	1	2	1
		TOTAL	54	100	44	100	41	100

3.4.11.- La muestra según ocupación por hospitales de procedencia. Nos indica que en su mayoría los pacientes se encuentran desocupados a lo largo de los tres periodos.

TABLA N° 009: Frecuencias y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según ocupación y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

OCUPACIÓN	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	Desocupado	26	28	30	42	38	35	94
	Empleado	19	20	10	14	20	19	49
	Obrero	2	2	5	7	7	6	14
	Profesional	17	18	4	6	7	6	28
	Comerciante	9	10	13	18	8	7	30
	Artesano	1	1	1	1	1	1	3
	Su casa	7	8	3	4	5	5	15
	Jubilado	7	8	0	0	2	2	9
	Estudiante	5	5	5	7	20	19	30
TOTAL		93	100	71	100	108	100	272
SEGUNDO PERIODO	Desocupado	15	26	21	44	13	29	49
	Empleado	13	23	6	13	7	16	26
	Obrero	2	4	3	6	2	4	7
	Profesional	13	23	2	4	2	4	17
	Comerciante	3	5	10	21	4	9	17
	Artesano	0	0	0	0	1	2	1
	Su casa	4	7	1	2	1	2	6
	Jubilado	6	11	0	0	1	2	7
	Estudiante	1	2	5	10	14	31	20
TOTAL		57	100	48	100	45	100	150
TERCER PERIODO	Desocupado	15	28	19	43	12	29	46
	Empleado	12	22	6	14	6	15	24
	Obrero	2	4	3	7	2	5	7
	Profesional	12	22	1	2	2	5	15
	Comerciante	3	6	10	23	3	7	16
	Artesano	0	0	0	0	0	0	0
	Su casa	4	7	1	2	1	2	6
	Jubilado	5	9	0	0	1	2	6
	Estudiante	1	2	4	9	14	34	19
TOTAL		54	100	44	100	41	100	139

3.4.12.- La muestra según estado civil por hospitales de procedencia.
Observamos que los pacientes en su mayoría son solteros.

TABLA N° 010: Frecuencias y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según estado civil y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL		
		EST. CIVIL		F	%	F	%		F	%
		F	%	F	%	F	%			
PRIMER PERIODO	Soltero	40	43	40	56	74	69	154		
	Casado	36	39	15	21	20	19	71		
	Viudo	2	2	2	3	0	0	4		
	Divorciado	4	4	1	1	0	0	5		
	Conviviente	5	5	6	8	10	9	21		
	Separado	6	7	7	10	4	4	17		
	TOTAL	93	100	71	100	108	100	272		
SEGUNDO PERIODO	Soltero	19	33	29	60	36	80	84		
	Casado	25	44	11	23	7	16	43		
	Viudo	2	4	1	2	0	0	3		
	Divorciado	3	5	1	2	0	0	4		
	Conviviente	4	7	2	4	2	4	8		
	Separado	4	7	4	8	0	0	8		
	TOTAL	57	100	48	100	45	100	150		
TERCER PERIODO	Soltero	19	35	27	61	33	80	79		
	Casado	23	43	10	23	6	15	39		
	Viudo	2	4	0	0	0	0	2		
	Divorciado	3	6	1	2	0	0	4		
	Conviviente	3	6	2	5	2	5	7		
	Separado	4	7	4	9	0	0	8		
	TOTAL	54	100	44	100	41	100	139		

3.4.13.- La muestra según la sustancia que consume el dependiente a sustancias por Hospitales de procedencia. Nos permite ver que es el policonsumo los que prima a lo largo de los tres periodos.

TABLA N° 011: Frecuencias y porcentajes de los pacientes según sustancia que consuma y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	SUSTANCIA QUE CONSUME							
	Alcohol	43	46	16	23	32	30	91
	Marihuana	3	3	7	10	18	17	28
	Cocaína	9	10	9	13	7	6	25
	PBC	5	5	9	13	8	7	22
	Tabaco	5	5	0	0	1	1	6
	Tranquilizantes	4	4	1	1	0	0	5
	Policonsumo	24	27	29	41	42	39	95
TOTAL	93	100	71	100	108	100	272	
SEGUNDO PERIODO	Alcohol	32	56	8	17	12	27	52
	Marihuana	0	0	5	10	10	22	15
	Cocaína	6	11	7	15	2	4	15
	PBC	3	5	4	8	3	7	10
	Tabaco	2	4	0	0	0	0	2
	Tranquilizantes	2	4	0	0	0	0	2
	Policonsumo	12	21	24	50	18	40	54
	TOTAL	57	100	48	100	45	100	150
TERCER PERIODO	Alcohol	30	56	7	16	10	24	47
	Marihuana	0	0	5	11	10	24	15
	Cocaína	6	11	6	14	2	5	14
	PBC	2	4	4	9	2	5	8
	Tabaco	2	4	0	0	0	0	2
	Tranquilizantes	2	4	0	0	0	0	2
	Policonsumo	12	22	22	50	17	41	51
	TOTAL	54	100	44	100	41	100	139

3.4.14.- La muestra según la vía de administración de la sustancia por hospitales de procedencia. Nos permite apreciar que es por múltiples vías la forma como los sujetos se administran las sustancias.

TABLA N° 012: Frecuencias y porcentajes de los pacientes dependientes a sustancias según vía de administración y hospitales de procedencia en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA SUSTANCIA	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
PRIMER PERIODO	Oral	43	46	16	23	32	30	91
	Endovenosa	4	4	1	1	0	0	5
	Esnifado	9	10	9	13	7	6	25
	Fumada	13	14	16	23	27	25	56
	Múltiples vías	24	26	29	41	42	39	95
	TOTAL	93	100	71	100	108	100	272
SEGUNDO PERIODO	Oral	32	56	8	17	12	27	52
	Endovenosa	2	4	0	0	0	0	2
	Esnifado	6	11	7	15	2	4	15
	Fumada	5	9	9	19	13	29	27
	Múltiples vías	12	21	24	50	18	40	54
	TOTAL	57	100	48	100	45	100	150
TERCER PERIODO	Oral	30	56	7	16	10	24	47
	Endovenosa	2	4	0	0	0	0	2
	Esnifado	6	11	6	14	2	5	14
	Fumada	4	7	9	20	12	29	25
	Múltiples vías	12	22	22	50	17	41	51
	TOTAL	54	100	44	100	41	100	139

3.4.15.- La muestra según tiempo sin consumo de los pacientes dependientes a sustancias por hospitales de procedencia. Apreciamos que el mayor tiempo sin consumo es de un mes.

TABLA N° 013: Frecuencias y porcentajes del tiempo sin consumo de sustancias según hospitales visto en cada uno de los tres periodos de tratamiento.

	HOSPITAL	Edgardo Rebagliati Martins		Hermilio Valdizán		Honorio Delgado Hideyo Noguchi		TOTAL
		F	%	F	%	F	%	
	TIEMPO SIN CONSUMO							
PRIMER PERIODO	Menor a 1 mes	13	13	11	15	48	44	72
	1 mes	27	28	44	62	29	27	100
	2 meses	7	8	2	3	5	5	14
	3 meses	10	11	2	3	3	3	15
	4 meses	8	9	3	4	3	3	14
	5 - 12 meses	7	8	6	8	13	12	26
	13 - 24 meses	9	10	2	3	3	3	14
	25 - 276 meses	12	13	1	1	4	4	17
	TOTAL	93	100	71	100	108	100	272
SEGUNDO PERIODO	Menor a 1 mes	5	9	8	17	20	44	33
	1 mes	12	21	31	65	11	24	54
	2 meses	7	12	1	2	2	4	10
	3 meses	8	14	1	2	1	2	10
	4 meses	4	7	2	4	2	4	8
	5 - 12 meses	4	7	3	6	4	9	11
	13 - 24 meses	6	11	2	4	3	7	11
	25 - 276 meses	11	19	0	0	2	4	13
	TOTAL	57	100	48	100	45	100	150
TERCER PERIODO	Menor a 1 mes	4	7	8	18	18	44	30
	1 mes	12	22	28	64	11	27	51
	2 meses	7	13	1	2	2	5	10
	3 meses	8	15	1	2	1	2	10
	4 meses	3	6	2	5	2	5	7
	5 - 12 meses	4	7	2	5	4	10	10
	13 - 24 meses	6	11	2	5	1	2	9
	25 - 276 meses	10	19	0	0	2	5	12
	TOTAL	54	100	44	100	41	100	139

3.5.- ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Para la recolección de datos demográficos se utilizó la ficha de datos y una breve historia; para evaluar el estadio motivacional en el que se encontraban los sujetos dependientes a sustancias se empleó la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) y se elaboró un Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo) que a continuación describiremos:

3.5.1.- Ficha de datos (ANEXO 001) que consta de filiación, antecedentes patológicos e impresión diagnóstica de la personalidad.

3.5.2.- Breve historia (ANEXO 002) del paciente que se compone de datos de filiación, antecedentes patológicos, frecuencia de consumo e impresión diagnóstica de la personalidad.

3.5.3.- La Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island.” URICA” (ANEXO 003).

Nombre: Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA).

Autor: McConnaughy et al, 1993; McConnaughy et al, 1989; Martin et al, 1992; Rossi et al, 1992.

Año: 1992

Objetivo: Es un autoinforme destinado a evaluar el estadio de cambio respecto a la modificación de cualquier conducta-problema. El objetivo radica en una mejor evaluación del grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio.

Forma de aplicación: Individual o colectiva.

Forma de Calificación: Se procede a identificar los ítems de precontemplación que son 1,5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.

Contemplación: 2, 4, 8, 12,15, 19, 21, 24.

Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.

Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

Interpretación: Se ubica a los pacientes de acuerdo al puntaje que alcanzan y se coloca el estadio psicológico que obtiene con La Escala de Evaluación

del cambio de la Universidad de Rhode Island, “Urica”, que explora cuatro estadios que son los siguientes:

Precontemplación: Estos pacientes, no son conscientes de sus problemas de adicción y menos que le representa problemas en su conducta y en su vida.

Contemplación: El paciente es consciente que existe un problema y que debe abandonar la conducta adictiva.

Acción: Aquí el individuo cambia su conducta manifiesta y encubierta; este estadio requiere de tiempo y energía.

Mantenimiento: Las personas intentan conservar y consolidar los logros del estadio anterior y prevenir la recaída.

Validez: En el presente estudio hemos realizado el análisis de validez de ítems mediante el poder discriminativo de las correlaciones significativas de cada uno de ellos con La Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, encontrando los siguientes resultados.

TABLA N° 014: Análisis de validez de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA) en nuestro medio correspondiente a los estadios de Precontemplación y Contemplación.

Ítems	Total	Ítems	Total
Pre contemplación	URICA	Contemplación	URICA
1	0.28**	2	0.4**
5	0.11	4	0.36**
11	-0.2	8	0.46**
13	0.1	12	0.52**
23	0.32**	15	0.54**
26	0.04	19	0.53**
29	0.15*	21	0.54**
31	0.29**	24	0.57**

(**) P<0.01

(*) P<0.05

TABLA N° 015: Análisis de validez de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA) en nuestro medio correspondiente a los estadios de Acción y Mantenimiento.

Ítems Acción	Total URICA	Ítems Mantenimiento	Total URICA
3	0.2**	6	0.45**
7	0.43**	9	0.43**
10	0.51**	16	0.46**
14	0.47**	18	0.44**
17	0.53**	22	0.45**
20	0.49**	27	0.43**
25	0.44**	28	0.39**
30	0.47**	32	0.34**

(**) P<0.01

Adicionalmente, con el propósito de verificar en qué medida los ítems plantean diferencias discriminando al grupo de puntuación alta con el grupo de puntuación baja, hemos comparado mediante la prueba t las medias aritméticas del grupo de mayor puntaje con el grupo de menor puntaje, tomando para ello los sujetos comprendidos dentro de los cuartiles tres y uno; los resultados se reproducen a continuación.

TABLA N° 016: Análisis de los Ítems de Precontemplación con la Prueba t.

Ítems	1	5	11	13	23	26	29	31
MA	2.9	2.1	1.6	2.41	4	2	3	4
VA	3.1	2.7	1.3	2.35	2	2	3	1
MB	1.4	1.4	1.6	1.94	2	2	2	3
VB	1	1.1	1.5	1.90	2	1	2	2
Diferencia	1.4	0.7	-0	0.46	2	0	1	1
EE	0.3	0.2	0.2	0.24	0	0	0	0
t	5.4**	2.8**	-0	1.90	7**	1	2*	7**

(**) P<0.01

(*) P<0.05

TABLA N° 017: Análisis de los ítems de Contemplación con la prueba t.

Ítems	2	4	8	12	15	19	21	24
MA	4	5	5	4.8	5	5	5	4.8
VA	1	1	1	0.2	0	0	1	0.4
MB	3	4	4	3.8	4	4	4	3.8
VB	2	2	2	1.2	1	1	1	1.1
Diferencia	1	1	1	1	1	1	1	1
EE	0	0	0	0.1	0	0	0	0.1
T	6**	6**	8**	12**	9**	10**	8**	9.6**

(**) P<0.01

(*) P<0.05

TABLA N° 018: Análisis de los Ítems de Acción con la Prueba t.

Ítems	3	7	10	14	17	20	25	30
MA	4	4.7	4.7	4.7	4.6	4.7	4.7	4.7
VA	1	0.5	0.3	0.5	0.4	0.5	0.7	0.3
MB	3	3.9	3.5	3.5	3.3	3.9	3.6	3.3
VB	2	1.2	1.5	1.8	1.5	0.7	1.5	2
Diferencia	1	0.8	1.2	1.2	1.3	0.7	1.1	1.3
EE	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
T	3**	6.8**	12**	9.2**	12**	6.5**	7.6**	12**

(**) P<0.01

(*) P<0.05

TABLA N° 019: Análisis de los Ítems de Mantenimiento con la prueba t.

Ítems	6	9	16	18	22	27	28	32	Tot Gral.
MA	4.5	4.2	4.5	4.5	4.6	4.6	4.2	4.1	131.2
VA	1	1.2	0.8	0.7	0.5	0.9	1.3	1.4	14.38
MB	2.9	2.4	2.9	3.2	3.6	3.4	2.7	2.8	97.56
VB	2	2	1.8	1.6	0.8	1.5	1.9	1.8	116.3
Diferencia	1.6	1.7	1.6	1.3	1	1.3	1.5	1.3	33.65
EE	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	2.67
T	9.4**	9.4**	10**	9.4**	9.5**	8.2**	7.7**	6.6**	12.6**

(**) P<0.01

(*) P<0.05

Por lo hallado vemos que la Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad Rhode Island presenta un grado apreciable de discriminación de los ítems para la muestra estudiada, de modo que podemos afirmar que los datos obtenidos indican la presencia de la validez del instrumento utilizado.

Confiabilidad.-

La escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA, para el presente estudio, fue revisada en su confiabilidad con el método de la consistencia interna, utilizando la fórmula alfa de Crombach en el que las varianzas de los ítems de cada uno de los estadios son relacionadas con la varianza total, y lo propio se hizo para la escala general, habiéndose encontrado los siguientes resultados.

TABLA N° 020: Confiabilidad por el método de la consistencia interna de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

	r_{11}
Precontemplación	0.81
Contemplación	0.88
Acción	0.87
Mantenimiento	0.87
Prueba Total	0.88

Como se observa, los coeficientes son elevados, encontrándose en el rango que caracteriza a las escalas psicométricamente elaborados, por lo que se puede decir que, la escala tiene la confiabilidad requerida.

3.5.4.- Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo). Se aplicó teniendo en cuenta las siguientes áreas: a) Presencia personal, b) Expresión corporal; c) Lenguaje; d) Interacción social del sujeto (ANEXO 004).

Autora: Carmen Rosa Jara Chagua.

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Post Grado - Facultad de Psicología.

Año: 2006.

Objetivo: Medir el número de conductas socialmente aceptadas en pacientes dependientes a sustancias.

Edad: 15 años a más.

Forma de aplicación: Individual.

Tiempo de Aplicación: 12 minutos, aproximadamente.

Número de Ítems: Inicialmente se elaboró 25 ítems que fueron depurados por la opinión de los jueces y en el análisis de capacidad discriminativa se eliminaron 16 ítems cuyos contenidos; si bien se refieren a una conducta socialmente aceptada, los hemos eliminado por tener varianzas iguales o próximas a cero, que, como se sabe, son tan comunes en su presencia o ausencia que no discriminan; los ítems se distribuyen de la forma como líneas más adelante mencionamos.

Forma de calificación: Se abona un punto (1) cuando la conducta corresponde a la aprobación social; cero (0), cuando la conducta corresponde a la desaprobación social de conformidad, con la siguiente clave:

Los ítems iniciales fueron: 1, 2, 5, 6, 17, 20, 21, 24 a las respuestas SI abone un punto.

Finalmente de este grupo, no quedó ninguno.

Los ítems iniciales fueron: 3,4,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18,19,22,23,25. A las respuestas NO, abone un punto.

Los ítems que finalmente quedaron son: 8, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 22, 23. A las respuestas NO, debe abonarse un punto.

Interpretación: Sume los puntajes y ubíquelos en las siguientes categorías.

Categorías

Positiva	: 8 a 9
Tendencia Positiva	: 6 a 7
Tendencia Negativa	: 4 a 5
Negativa	: 0 a 3

La categoría positiva indica que la persona tiene el 75% a más de conductas socialmente deseables.

La categoría “tendencia positiva” indica la presencia de conflictos que se van atenuando en la medida que las puntuaciones se acercan a 7.

La categoría tendencia negativa indica la presencia de conflictos que se van agravando en la medida que las puntuaciones se acercan a 4.

La categoría negativa indica que tiene el 75% o más de conductas socialmente rechazadas.

Validez: La validez fue estimada mediante el criterio de jueces; a quienes se les presentó la tabla de especificaciones con los ítems para cada una de las áreas contempladas: Presencia Personal, Expresión Corporal, Lenguaje e Interacción. Se aceptaron los ítems que a un nivel de significación para un Ji cuadrado arrojó una $p < 0.05$.

Confiabilidad: La confiabilidad se estimó mediante el método de la consistencia interna correspondiente a los cuatro momentos observados, encontrando los siguientes coeficientes:

Primera Aplicación : 0.76

Segunda Aplicación (al cuarto mes) : 0.80

Tercera Aplicación (al octavo mes) : 0.67

Cuarta Aplicación (al doceavo mes) : 0.75

3.5.5.- Documento de Consentimiento informado del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (ANEXO 005)

3.5.6.- Documento de Consentimiento informado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. (ANEXO 006)

3.5.7.- Documento de Consentimiento informado del Hospital Hermilio Valdizán. (ANEXO 007).

3.6.- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos con los pacientes dependientes a sustancias se efectuó del siguiente modo:

3.6.1.- Aplicación de las pruebas.-

Se aplicó la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island a la muestra de 272 Pacientes Dependientes a Sustancias de los diferentes hospitales representativos de la Salud Mental en el tratamiento de

dependientes a sustancias de Lima Metropolitana que son los siguientes: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Junto a la Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad Rhode Island, URICA; se elaboró y aplicó un Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo), una breve historia, un documento de consentimiento informado (en el que se le explicaba al paciente la naturaleza de la investigación, la confidencialidad de la misma, los beneficios para el paciente y la posibilidad de retirarse de la investigación cuando lo deseara; el consentimiento informado fue firmado por el paciente si este era mayor de edad y si era menor de edad, la firma fue de su padre o tutor), con el fin que se cumplan las normas éticas para que el paciente pueda participar en la investigación.

Las pruebas psicológicas fueron tomadas con las siguientes consideraciones:

- Se logró la autorización del Director del Hospital y del Jefe de Servicio para iniciar las entrevistas y aplicación de pruebas psicológicas para la investigación.

- Revisión de todas las pruebas que deberían contar con validaciones en nuestro medio.

- Se revisaron la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), y el Registro de Observación de conductas para Pacientes Dependientes a Sustancias (Ficha de cotejo), asimismo la Ficha de datos y la Breve historia, los materiales y las hojas de respuestas estaban dispuestos para garantizar la funcionalidad de éstas y las facilidades en su manejo en el momento en que los pacientes resolvieran las pruebas.

- Se revisaron las instrucciones de la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island y del Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de cotejo), para facilitar la rápida comprensión de las mismas y tener materiales adicionales en caso de necesitarlos.

-Se aplicaron las pruebas en cuatro momentos de la evolución del tratamiento de los pacientes dependientes a sustancias; en cada ocasión se empleó aproximadamente 1 hora y 30 minutos. Las sesiones fueron en Mayo del 2005 con 272 pacientes dependientes a sustancias, agosto 2005 con 150 pacientes, diciembre 2005 con 139 pacientes y abril del 2006 con 104 pacientes; las pruebas psicológicas fueron tomadas en los diferentes hospitales en los que se encontraban los pacientes: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

Para la aplicación de las pruebas se procedió de la siguiente forma:

-Se invitó a los pacientes dependientes a sustancias a participar en la investigación motivándolos respecto a que su participación sería de utilidad para mejorar la terapéutica del tratamiento de pacientes que tienen la misma enfermedad.

-La aplicación de las pruebas fue individual y duró en la primera oportunidad en mayo 2005 alrededor de una hora y 30 minutos; en la segunda en agosto 2005, en la tercera diciembre en 2005 y en la cuarta en abril 2006 un tiempo aproximado de 60 minutos por cada paciente; siempre las aplicaciones fueron de forma individual.

-Se estableció el rapport necesario y los pacientes o sus familias firmaron el consentimiento informado para proceder con la aplicación de las pruebas psicológicas.

-Los médicos, psicólogos y enfermeras especialistas en adicciones derivaban a los pacientes dependientes a sustancias a la investigadora (que contaba con un consultorio para realizar las evaluaciones); de acuerdo a los criterios de inclusión que se les explicó y se les hizo llegar con anterioridad al personal. (Página 84).

-La investigadora motivaba a los pacientes dependientes a sustancias para que participen, expresando que su colaboración sería de gran utilidad para la comunidad científica.

3.6.2.- Calificación de las pruebas.

Como la aplicación fue individual no existió la posibilidad de omitir ítem alguno; se calificaron las pruebas y se obtuvieron los puntajes totales evidenciándose los cambios de estadios motivacionales, movilidad de permanencias, movilidad de deserción de los pacientes dependientes a sustancias en la evolución de sus respectivos tratamientos.

3.6.3.- Observación conductual durante la evaluación psicológica.

Los pacientes participaron con una adecuada disposición para ser evaluados, hubo algunos que dijeron que no querían participar en la investigación, a los cuales se les agradeció y se les invitó a retirarse; otros pacientes venían con alguna suspicacia, pero cuando se les enseñaba los consentimientos informados y la reserva que se iba a tener en la investigación cambiaban de actitud y colaboraban. En otros casos, los pacientes venían a sus citas y si no encontraban a su médico tratante entonces buscaban a la investigadora para socializar y recibir apoyo psicológico lo cual agradecían y cuando les tocaba ser evaluados colaboraban.

3.7.- METODOS ESTADÍSTICOS:

Los datos obtenidos en tres periodos procedieron de las aplicaciones de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island URICA, el Registro de Observación de Conducta para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de cotejo) y una breve historia que incluye datos demográficos, más el documento de Consentimiento informado, firmado por el paciente o sus familiares; estos datos fueron obtenidos durante un año de evaluación.

Con la información se elaboró la data para efectos de análisis estadístico el que se efectuó utilizando el software estadístico SPSS, versión 12 con el que se realizaron los siguientes análisis:

1.- Coeficientes de correlación ítem test total del URICA para efecto de confiabilidad, así como la estimación de consistencia interna con la prueba de alfa de Crombach.

2.- Para el análisis de Ítems mediante el poder discriminativo se calculó el coeficiente de Correlación de Pearson inter ítem e ítem test total para cada estadio de motivación del cambio. Adicionalmente, para averiguar el poder de discriminación exogrupo se contrastó las medias aritméticas de los examinados con puntuaciones altas respecto a los examinados con puntuaciones bajas, mediante la prueba t de student.

3.- Se calculó con la fórmula de Mc Nemar el análisis de contingencias antes y después actuando cada persona como su propio control a un nivel de error de 0.05 para hallar los cambios en cada periodo de observación respecto a los estadios de motivación.

4.- Para determinar la significatividad del contenido conductual medido por cada ítem y averiguar la dominancia calculamos el Ji cuadrado a un nivel del 0.05 de margen de error.

5.- Para contrastar verificando el predominio de porcentajes en la deserción y permanencia al tratamiento por hospitales se calculó la razón crítica de diferencias de porcentajes.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo presentamos los resultados orientados a despejar los problemas en relación a la evolución del tratamiento de los pacientes dependientes a sustancias en tres hospitales representativos en tratamiento especializados en dependencia a sustancias de la Ciudad de Lima metropolitana, para lo cual hemos considerado la motivación para el cambio de conducta favorable como el indicador del progreso en la evolución del tratamiento del paciente, ya que desde el Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y La Concepción de la Curación Social del Alcoholismo (incluye las dependencias a sustancias), en el Perú (Griebenow, W. 1984); se conoce que los pacientes dependientes a sustancias deben mostrar cambios importantes en la motivación para que aumente la posibilidad de éxito en el tratamiento.

Bajo este enfoque hemos examinado a pacientes que iniciaron sus tratamientos en el mes de mayo del 2005 y se concluyó con el levantamiento de información en abril del 2006; los pacientes fueron evaluados cada cuatro meses para observar si hubo cambios en cuanto a estadios motivacionales y a permanencias en el tratamiento, asimismo se contabilizaron las deserciones.

Los resultados serán analizados de la siguiente manera: primero se verá los cambios en los estadios motivacionales; en segundo lugar la

movilidad de deserción y finalmente la cantidad de pacientes que continúan su tratamiento.

Estos datos nos permitirán evaluar la evolución de los pacientes en los diversos programas de tratamiento en cuanto a la motivación para el cambio de conducta favorable para dejar el consumo de sustancias adictivas.

4.1.- EL CAMBIO DE CONDUCTA EN LOS TRES PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DURANTE UN AÑO.

Los pacientes, como ya describiéramos líneas arriba, fueron evaluados cada cuatro meses; los resultados de la aplicación inicial con la aplicación de salida, fueron calificados y categorizados tal como señalan los criterios de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA”, con sus cuatro categorías: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento; que sirvieron para ubicar a cada paciente en el estadio inicial y en el estadio en que se encontraba al concluir cada periodo de cuatro meses, lo que significa que la evaluación efectuada distingue tres periodos. De esta forma, cada paciente actúa como su propio control; hemos contrastado la movilidad de un estadio de motivación para el cambio de conducta hacia otro posterior o en su defecto anterior, y también los casos en que los pacientes se mantienen en el mismo estadio motivacional. Con los datos se procedió a verificar el cambio de estadio motivacional, para lo que utilizamos la fórmula de Mc Nemar encontrando:

4.1.1 Cambios de estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias después de cuatro meses de iniciar con sus programas de tratamiento (primer periodo mayo- agosto 2005).

Después de cuatro meses de aplicarse la primera evaluación realizada en mayo con la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) para categorizar a los pacientes dependientes a sustancias en cada estadio psicológico, se agrupó en negativos a los estadios de precontemplación y contemplación, y en positivos a los estadios de acción

y Mantenimiento, luego se procedió a una nueva evaluación para controlar los cambios que se habían originado durante el tratamiento. Si el paciente pasara de precontemplación a contemplación, en la siguiente evaluación es categorizado como positivo, si por el contrario en la primera evaluación el paciente estuviese en el estadio motivacional de contemplación o los otros estadios más avanzados (acción, mantenimiento) y luego retrocediera, se le ubica en la categoría negativo.

TABLA N° 021: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 en los tres hospitales con la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA”.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	38	48	86
	Negativo	22	42	64
	Total	60	90	150

$$\chi^2=0.31$$

$$P> 0.05$$

En la tabla que se presenta se puede ver que no hay cambios significativos. Apreciamos que es mayor la cantidad de pacientes que continúan en un estadio positivo. Obsérvese que el valor calculado de Mc Nemar es de 0.31 que para un grado de libertad se espera un valor teórico de 3.84 al 0.05 de margen de error, por tanto los cambios observados no son significativos.

Con el objetivo de analizar los efectos de cada una de las terapias sobre el cambio de conducta se desarrolla el análisis para cada hospital correspondiente al primer periodo de tratamiento, presentaremos primero los hallados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

TABLA N° 022: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	14	15	29
	Negativo	16	12	28
	Total	30	27	57

$$\chi^2=0.04$$

$$P> 0.05$$

De los datos notamos que el valor de Mc Nemar es igual a 0.04 que para un grado de libertad se espera un valor teórico de 3.84 al 0.05 de margen de error, lo cual demuestra que en este hospital el número de pacientes que han cambiado a un estadio motivacional favorable no es significativo.

Efectuando el mismo análisis en el Hospital Hermilio Valdizán hallamos los siguientes resultados que se reproducen a continuación:

TABLA N° 023: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	10	17	6
	Negativo	3	18	42
Total		13	35	48

$$\chi^2 = 2.89$$

$$P > 0.05$$

El valor registrado de Mc Nemar igual a 2.89 que para un grado de libertad se espera un valor teórico de 3.84 al 0.05 de margen de error, lo cual señala que el número de pacientes que cambian de un estadio negativo a otro positivo es muy similar al número de pacientes que pasan de un estadio positivo a otro negativo, razón por la cual estamos en condiciones de afirmar que el tratamiento desarrollado en el mencionado hospital no ha modificado significativamente el estadio motivacional para el cambio de conducta.

Efectuado el análisis para el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-- Hideyo Noguchi pueden apreciarse los siguientes resultados:

TABLA N° 024: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el primer periodo mayo-agosto 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	14	16	30
	Negativo	3	12	15
Total		17	28	45

$$\chi^2 = 0.04$$

$$P > 0.05$$

Encontramos un valor de Mc Nemar de 0.04 que no resulta significativo al 0.05 de margen de error, al hallar que el número de pacientes que pasan de un estadio negativo al positivo es menor que el proceso inverso de forma irrelevante, lo que significa que los cambios observados en la motivación no son significativos.

4.1.2 Cambio de estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias después de cuatro meses de continuar con el tratamiento (segundo periodo septiembre- diciembre 2005).

Luego de cuatro meses de 150 pacientes dependientes a sustancias, la muestra quedó reducida a 139, atribuido a deserciones cuyas causas son desconocidas debido a que los pacientes que abandonan el tratamiento no vuelven a reportarse y las instituciones de donde recogimos los datos no

cuentan con el personal necesario en los programas de tratamiento para salir a su búsqueda, por ello se desconoce las causales de la deserción; sin embargo podemos teóricamente atribuirla a la falta de motivación para el cambio de conducta. Como se vio en el primer período la evolución en el estadio de la motivación para el cambio de conducta como producto del tratamiento no se presenta en proporciones relativamente mayores, un referente sería el cambio en algo más del 50%.

TABLA N° 025: De cuatro entradas para mostrar el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el segundo periodo septiembre-diciembre con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” en los tres hospitales.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	24	63	87
	Negativo	29	23	52
	Total	53	86	139

$$\chi^2 = 0$$

$$P > 0.05$$

Los datos obtenidos al concluir el octavo mes de tratamiento nos indica que sólo el 17% ha cambiado saludablemente, esto es 23 pacientes que estando en un estadio negativo han pasado a un estadio positivo, a la otra orilla nos encontramos con 24 pacientes es decir el 17% que estando en un estadio positivo han pasado a un estadio negativo; por otro lado notamos que la tasa de pacientes que permanecen en su estadio son 92 lo que representa al 66%. Concentrándonos sólo en este grupo de pacientes que no cambian de estadio motivacional, encontramos que 29 de ellos, es decir, el 32% del grupo, permanecen en el estadio negativo, lo que significa que estaban en el estadio de Precontemplación o contemplación y se mantienen en los mismos, en

tanto 63 pacientes que equivale al 68% que no ha cambiado, son pacientes que se mantienen en los estadios positivos, es decir, estaban en el estadio Acción o Mantenimiento y siguen en los mismos.

Analizando si los cambios son significativos, hemos calculado el valor de Mc Nemar encontrando que es igual a cero, que para un grado de libertad al 0.05 de margen de error, esperaríamos un valor mínimo de 3.84; por tanto a partir de lo datos podemos afirmar que transcurrido ocho meses de tratamiento estos pacientes no han tenido un progreso significativo en el indicador de cambio de conducta.

A continuación se presentarán las tablas donde se detalla la información encontrada en cada uno de los tres hospitales correspondientes al periodo septiembre – diciembre 2005; empezaremos con el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

TABLA N° 026: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el segundo periodo septiembre-diciembre 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island, “URICA” atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	5	22	27
	Negativo	18	9	27
	Total	23	31	54

$$\chi^2 = 1.79$$

$$P > 0.05$$

En la tabla se muestra que no se han conseguido las variaciones deseadas, al encontrar un valor de Mc Nemar de 1.79, no significativo que para un grado de libertad se espera un valor teórico de 3.84 al 0.05 de margen de error; por tanto los pacientes tratados en este hospital no han cambiado de estadio motivacional en forma significativa.

Siguiendo con el análisis por hospitales continuamos con el Hospital Hermilio Valdizán correspondiente al periodo septiembre – diciembre 2005.

TABLA N° 027: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después, en el segundo periodo septiembre-diciembre 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	8	24	32
	Negativo	2	10	12
	Total	10	34	44

$$\chi^2 = 0.50$$

$$P > 0.05$$

En el Hospital Hermilio Valdizán, al analizar el número de cambios en el segundo periodo con los pacientes que quedaron, encontramos que el valor de Mc Nemar es de 0.50 lo que indica que la terapia utilizada en el mencionado hospital no logra que el paciente pase de un estadio motivacional negativo a otro positivo.

A continuación se muestra un análisis del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi donde se aprecia lo siguiente:

TABLA N° 028: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después, en el segundo periodo septiembre-diciembre 2005 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA” atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	11	17	28
	Negativo	9	4	13
	Total	20	21	41

$$\chi^2 = 2.4$$

$$P > 0.05$$

En el instituto especializado de salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, en el segundo periodo, el valor de Mc Nemar es igual a 2.4 que no llega a ser significativo; para un grado de libertad se espera un valor teórico de 3.84 al 0.05 de margen de error, por ende los datos respecto al estadio de la motivación para el cambio de conducta favorable no son relevantes.

4.1.3 Cambio de estadios motivacionales en los pacientes dependientes a sustancias después de cuatro meses de continuar con el tratamiento (tercer periodo enero- abril 2006).

Al cumplirse este periodo, cabe recordar que ha transcurrido un año de tratamiento especializado, habiendo empezado con 272 pacientes dependientes a sustancias, y que fueron desertando a lo largo de la evolución del tratamiento en los tres hospitales, quedando finalmente 104 pacientes que es igual al 38%, como se puede observar el 62% desertó; actuando cada paciente como su propio control.

Tabla N° 029: De cuatro entradas para mostrar el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias antes y después en el tercer periodo enero-abril del 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” en los tres hospitales.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	22	50	72
	Negativo	14	18	32
	Total	36	68	104

$$\chi^2 = 0.23$$

$$P > 0.05$$

Se aprecia que 18 pacientes que representan el 17% de los que quedaron, han cambiado positivamente, a la otra orilla los que cambian negativamente han sido 22 pacientes que representan al 21%.

Después de un año de tratamiento, 14 pacientes que representa al 13% estaban en un estadio negativo (Precontemplación y Contemplación) y se mantienen en el mismo; mientras que 50 pacientes que representan el 48% se encuentran en el estadio positivo (Acción y Mantenimiento).

Calculando el valor de Mc Nemar para verificar si el cambio observado es significativo, hemos encontrado un valor igual a 0.23, que a un grado de libertad al 0.05 de margen de error deberíamos esperar mínimamente un valor igual a 3.84; por tanto concluimos que después de doce meses de tratamiento especializado con pacientes dependientes a sustancias, las terapias utilizadas en cada centro hospitalario no han conseguido cambios significativos expresados en el cambio de motivación para el cambio de conducta favorable; por ende si los pacientes motivacionalmente se mantienen en los estadios, o los cambios son irrelevantes, podemos afirmar que éstos continúan de manera similar a como ingresaron un año antes.

Independizando los resultados por hospitales, se muestra a continuación los siguientes efectos reproducidos del análisis en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el tercer periodo enero – abril 2006:

TABLA N° 030: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias, antes y después, en el tercer periodo enero-abril 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	8	19	27
	Negativo	7	9	16
Total		15	28	43

$$\chi^2 = 0.24$$

$$P > 0.05$$

Al cumplirse el año de tratamiento, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, esperaríamos cambios marcados, en el sentido que el número de pacientes que pasan de un estadio negativo a un estadio de positivo debería ser significativamente mayor; no obstante encontramos un valor de Mc Nemar de 0.24 no significativo, posiblemente debido a resistencias propias de los pacientes u otras variables no contempladas durante el tratamiento que pueden actuar negativamente, disminuyendo el pronóstico de curación de los pacientes.

Por su parte en el Hospital Hermilio Valdizán respecto al periodo enero – abril 2006 en cuanto al análisis realizado se generó la siguiente tabla:

TABLA N° 031: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias, antes y después, en el tercer periodo enero-abril 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	8	18	26
	Negativo	1	5	6
	Total	9	23	32

$$\chi^2 = 0.31$$

$$P > 0.05$$

El valor de Mc Nemar hallado en el Hospital Hermilio Valdizán ha sido igual a 0.31 que no es significativo, por lo tanto podemos afirmar que el tratamiento practicado en este hospital después de un año no ha conseguido cambios significativos en el estadio motivacional de los pacientes.

Del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi correspondiente al análisis en el tercer periodo enero – abril 2006 se describe lo siguiente.

TABLA N° 032: De cuatro entradas para mostrar las variaciones en el cambio del estadio motivacional para el cambio de conducta de los pacientes con dependencia a sustancias, antes y después, en el tercer periodo Enero-Abril 2006 con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island “URICA” atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

		DESPUES		
		Negativo	Positivo	Total
ANTES	Positivo	6	13	19
	Negativo	6	4	10
	Total	12	17	29

$$\chi^2 = 0.10$$

$$P > 0.05$$

En el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi encontramos un valor de Mc Nemar igual a 0.10 que no es significativo, que para un grado de libertad se espera un valor teórico de 3.84 al 0.05 de margen de error, razón por la cual podemos afirmar que bajo el programa de tratamiento los pacientes no logran cambios resaltantes en sus estadios motivacionales para el cambio de conducta favorable al término de los doce meses. Esto significa que el abordaje terapéutico con los pacientes dependientes a sustancias, debe experimentarse dentro de las limitaciones humanas para lograr mayor eficacia, de lo contrario las intenciones curativas sólo se quedarán en ello, desvaneciendo la esperanza de familiares y de la comunidad para solucionar este problema de repercusión social.

4.1.4.- Movilidad de deserción al tratamiento por hospitales.

En esta parte analizamos la movilidad de los pacientes con dependencia a sustancias desde el momento en que iniciaron los programas de tratamiento especializados, hasta doce meses después, para obtener de esta manera la visión panorámica de permanencia al tratamiento en tres hospitales, altamente representativos de la salud mental en el tratamiento de dependientes a sustancias de la ciudad de Lima.

La mayor cantidad de pacientes lo proporcionó el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, con 108 pacientes, seguido por el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con 94 pacientes y finalmente el Hospital Hermilio Valdizán con 71 pacientes.

TABLA N° 033: De frecuencias absolutas y relativas de la movilidad de los pacientes con dependencia a sustancias en el momento inicial y al término de un año de observación y grupo desertor al tratamiento.

Hospital	Grupo Inicial		Grupo Final		Grupo Desertor		Ji Cuadrado
	F	%	F	%	F	%	
Edgardo Rebagliati	93	34	43	46	50	54	0.04
Hermilio Valdizán	71	26	32	45	39	55	0.00
Honorio Delgado	108	40	29	27	79	73	12.96
Total	272	100	104	38	168	62	1.83

De esta distribución quedan, al completar doce meses, 29 pacientes en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 32 pacientes del Hospital Hermilio Valdizán y 43 pacientes en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; en los porcentajes se aprecia que es el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi el que proporciona mayor número de pacientes y posee la tasa más baja de los mismos que llegan al año de tratamiento, en tanto que los dos hospitales

restantes casi duplican el porcentaje de pacientes que permanecen en sus programas de tratamiento anual.

Observando la tasa de deserciones se advierte que es el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi el que presenta el 73% de pacientes Dependientes a Sustancias que abandonan el tratamiento; los hospitales Edgardo Rebagliati Martins y Hermilio Valdizán se mantienen con un 54% y 55% respectivamente, se puede notar que en los tres hospitales especializados la deserción pasa del 50%. La tasa de deserción es significativamente mayor en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi puesto que el valor Ji cuadrado calculado para el mencionado instituto Especializado es significativo, siendo este igual a 12.96 aún para el 0.01 de margen de error.

4.1.5.- Movilidad de permanencia para continuar con el tratamiento en tres Hospitales altamente especializados en el tratamiento de pacientes dependientes a sustancias.

Con el propósito de verificar la tasa de deserciones por hospitales de Salud Mental especializados, se ha contrastado los porcentajes de pacientes que iniciaron el tratamiento frente a los que desertaron.

TABLA N° 034: De diferencia de porcentajes de la movilidad de pacientes desertores al tratamiento desde el momento inicial y después de un año.

Hospital	Grupo Inicial		Grupo Desertor		Dif. %	EE	RC
	F	%	F	%			
Edgardo Rebagliati	93	34	50	19	15	3.08	5.19**
Hermilio Valdizán	71	26	39	14	12	3.38	3.48**
Honorio Delgado	108	40	79	29	11	4.05	2.63*
Total	272	100	168	62	38	2.95	12.98

(**) P < 0.01

(*) P < 0.05

Encontrando mediante la razón crítica de diferencia de porcentajes (RC) valores mayores de 2.63 y 1.96, que indican que en todos los casos el

porcentaje de deserciones ha sido significativo cuando se compara con el porcentaje de inicio.

En la siguiente tabla analizamos la movilidad de pacientes que permanecen en el tratamiento durante un año.

TABLA N° 035: De diferencias de porcentajes de la movilidad de pacientes que permanecen en el tratamiento desde el momento inicial y después de un año.

Hospital	Grupo Inicial		Grupo Final		Dif. %	EE	RC
	F	%	F	%			
Edgardo Rebagliati	93	34	43	15	19	3.63	5.16***
Hermilio Valdizán	71	26	32	12	14	3.29	4.24***
Honorio Delgado	108	40	29	11	29	3.51	8.28***
Total	272	100	104	38	62	2.95	20.96

(***) $P < 0.001$

Observamos que en todos los casos la razón crítica de diferencia de porcentajes (RC) es significativo, encontrando que el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi es el que presenta la mayor tasa de deserción; nótese que de 108 pacientes iniciales, sólo 29 han llegado al año que representan el 11%, sin embargo 29 pacientes de 108, representan el 27% de sujetos que llegan al año (Teniendo como subgrupo al referido Instituto); esto significa que el 73% ha dejado su tratamiento. En tanto que en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se inició con 93 pacientes y finalizó con 43, que representa el 46% de sujetos que llegan al año en la evolución de su tratamiento. El Hospital Hermilio Valdizán inició con 71 pacientes y llegan al año con 32 pacientes que representa 45%, se observa que ambos hospitales han perdido como ya se analizó líneas arriba alrededor del 55%.

De lo hallado se desprende que cuando se considera a la motivación para el cambio de conducta favorable de Prochaska y DiClemente como indicador de la evolución del tratamiento como producto de los programas

terapéuticos, que estos hospitales especializados aplican de forma regular a sus pacientes, hallamos que durante el tiempo de tratamiento evaluado, un año, no logran beneficios significativos.

Es conveniente continuar investigando al respecto, empezando por el programa de seguimiento con los pacientes desertores, a fin de prever y anticiparnos al fracaso. Finalmente cabe el estudio experimental de los modelos terapéuticos.

4.1.6. Análisis Complementario.-

Con el propósito de describir el diagnóstico de la motivación para el cambio, a continuación presentamos la distribución porcentual de pacientes según el diagnóstico obtenido con la Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad de Rhode Island URICA en cada uno de los cuatro periodos, donde se puede ver la disminución de casos por deserción en cada periodo de evaluación; así mismo es conveniente analizar la distribución de pacientes que quedaron al término de los doce meses y cómo se agruparon según los estadios de motivación para el cambio; además presentaremos los resultados de las conductas observadas mediante la ficha de cotejo como un indicador adicional para observar la mejoría de los pacientes como producto de la acción terapéutica en los diferentes hospitales.

4.1.6.1 Descripción del estadio de la motivación para el cambio de conducta.

A continuación presentamos la distribución porcentual de pacientes según los estadios obtenidos con la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA en cada uno de los cuatro momentos, donde se puede ver la disminución de casos por deserción en cada periodo de evaluación.

4.1.6.2 Distribución porcentual de los estadios durante un año de tratamiento realizado con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA).-

TABLA N° 036: Distribución porcentual de casos en cada periodo de observación según el estadio motivacional encontrado con la Escala de Evaluación de la Universidad de Rhode Island (URICA).

	1er Mes	%	4to Mes	%	8vo Mes	%	12avo Mes	%
Precontemplación	6	2	1	1	2	1	1	1
Contemplación	108	40	49	33	45	32	32	31
Acción	106	39	71	47	60	43	48	46
Mantenimiento	52	19	29	19	32	23	23	22
Casos	272	100	150	100	139	100	104	100

Vemos que el mayor porcentaje de casos desde la evaluación inicial se encontraban en el estadio de acción, con un 39% inicial y un 46% en el último periodo observado. Le sigue en porcentaje los pacientes con el diagnóstico de contemplación, con un porcentaje inicial que llega al 40% y en el último periodo al 31%. El 19% en el periodo inicial se encontraba en el estadio de mantenimiento, al término del año acumula un 22%. Sólo un 2% se encuentra en la etapa de precontemplación y concluyen el año con el 1%. Como se puede observar, el 42% en el periodo inicial se ubicaban en los estadios de menor pronóstico para el cambio de conducta favorable según Prochaska y DiClemente, frente al 58% de buen pronóstico, después de doce meses de tratamiento sólo han quedado 104 pacientes, es decir el 38% del grupo que inició, observando que el 62% abandonaron su tratamiento. Del grupo final, el 32% corresponde a los estadios de precontemplación y contemplación; en tanto que el 68% corresponde a los estadios de acción y mantenimiento. Haciendo una comparación respecto al periodo inicial en los estadios de precontemplación y contemplación en que se concentraba el 42% y en los estadios de acción y mantenimiento, el 58%, en ambos grupos

se observa disminución porcentual en un 10% de precontemplación y contemplación y un incremento del 10% en acción y mantenimiento, este hecho hablaría a favor del tratamiento; sin embargo el cambio del 10% arroja una razón crítica de diferencia de porcentajes de 1.83 que al 0.05 de margen de error espera un valor crítico de 1.96; por tanto las fluctuaciones porcentuales observadas no son significativas.

Realizando el seguimiento con los pacientes que permanecieron en el tratamiento durante los doce meses, es decir con 104 pacientes, se obtiene la siguiente tabla:

Tabla N° 037: De distribución porcentual de permanencia en el mismo estadio de motivación para el cambio de conducta.

URICA	1er Mes	%	4to Mes	%	8vo Mes	%	12avo Mes	%
Precontemplación	2	2	0	0	0	0	1	1
Contemplación	38	37	29	28	30	29	32	31
Acción	41	39	50	48	50	48	48	46
Mantenimiento	23	22	25	24	24	23	23	22
Casos	104	100	104	100	104	100	104	100

En el periodo inicial, el 39% se ubica en los estadios precontemplación y contemplación y el 61% en los estadios de acción y mantenimiento, al término del año, el 32% de pacientes se mantienen en precontemplación y contemplación y el 68% en los estadios acción y mantenimiento; la contrastación entre ambos momentos arroja una diferencia del 7% con un error estándar de 6.61 y una razón crítica de porcentajes de 1.06 que no es significativa al 0.05 de margen de error; por tanto las fluctuaciones halladas después de doce meses de tratamiento no son significativas. Sin embargo cabe destacar que tanto en el momento inicial como en el momento final los pacientes se ubican más en los estadios de acción y mantenimiento, que para

la teoría de Prochaska y DiClemente son estadios motivacionales en los que el paciente cambia con o sin ayuda profesional su conducta manifiesta y encubierta y de precontemplación el paciente no es consciente de su enfermedad, en la contemplación es consciente y considera seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, por tanto los resultados hallados en el presente estudio demuestran que los pacientes que permanecen en el tratamiento corresponden a los estadios motivacionales convenientes para enfrentar el problema en búsqueda de su solución; la dificultad radica en que al parecer, las diferentes herramientas terapéuticas que se utilizan mantienen al paciente en los estados iniciales; que desafortunadamente es solo el 38%, da la impresión de que el 62% que abandona, está asociado a la pre-contemplación..

4.1.6.3 Descripción de conductas en cada uno de los periodos de evaluación realizados con el Registro de Observación de Conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).-

Revisamos las conductas observadas mediante el Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo), de observaciones manifiestas, para lo cual hemos registrado las conductas para cada uno, clasificándolos en cuatro grupos conductuales:

Grupo b: Pacientes que tenían la conducta positiva y pasaron a conducta negativa.

Grupo i: Pacientes que tenían la conducta positiva y continúan con la conducta positiva.

Grupo a: Pacientes que tenían la conducta negativa y continúan con la conducta negativa.

Grupo s: Pacientes que tenían la conducta negativa y pasaron a conducta positiva.

El análisis descriptivo nos ha permitido diferenciar a dos grandes grupos que comparten las conductas observadas que se detallan en las tablas correspondientes; en la primera tabla presentamos el porcentaje de pacientes

según se ubican en cada uno de los grupos conductuales, distinguiendo aquellos que presentaron conducta positiva y continuaron en la conducta positiva, luego presentaremos la tabla de los pacientes que presentaron conductas negativas y continuaron en las mismas conductas.

Los valores en el interior de la tabla son porcentajes que han servido para calcular si tal porcentaje resulta significativo mediante el Ji Cuadrado; los datos que se reproducen a continuación nos indican que el porcentaje mayor es significativo.

TABLA N° 038: De porcentajes por conducta observada enfatizando en el grupo i, es decir los que presentaron conducta positiva y continuaron con la misma conducta en pacientes dependientes a sustancias y para cada uno de los otros grupos conductuales y valor Ji Cuadrado del porcentaje mayor realizados con el Registro de Observación de Conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).

Ítems	Contenido	b	i	a	s	Ji Cuadrado
1	Vestido limpio	0	100	0	0	81***
2	Las prendas de vestir corresponden a la estación	0	100	0	0	81***
5	Calzado Limpio	1	93	6	0	59***
6	Mira cuando se le habla	0	100	0	0	81***
8	Su postura corporal no expresa decaimiento	0	85	13	3	35***
9	Sin gestos de irritabilidad como si algo le hiciera falta	2	88	7	3	45***
10	Sin gestos de ansiedad como si estuviera esperando algo o alguien	1	94	5	0	62***
17	Comunica sus ideas completas	0	92	7	1	56***
20	Saluda	0	99	1	0	78***
21	Se despide	0	97	3	0	71***
24	Conversa con otros pacientes	0	96	4	0	68***

(***) $p < 0.001$

Como se puede observar, esta relación de conductas se presenta de manera significativa en los pacientes, encontrando que en este tipo de trastorno estas conductas no son afectadas (grupo i).

TABLA N° 039: De porcentajes por conducta observada enfatizando en el grupo a, es decir los que presentaron conducta negativa y continuaron con la misma conducta en pacientes dependientes a sustancias y para cada uno de los otros grupos conductuales y valor Ji Cuadrado del porcentaje mayor realizados con el Registro de Observación de Conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo).

Ítems	Contenido	b	i	a	s	Ji Cuadrado
3	Uñas largas y sucias	0	6	94	0	62***
4	Cabellos desgreñados y sucio	1	4	95	0	65***
7	Su mirada no focaliza al interlocutor	0	1	99	0	78***
11	Temblores en la mano	3	23	74	0	14**
12	Se mueve permanentemente	2	20	76	2	18**
13	Presenta tips	0	3	97	0	71***
14	Se olvida de lo que habla	4	28	63	5	2.9
15	Tartamudea	0	4	95	1	65***
16	Se atropella cuando habla (habla muy rápido)	1	21	71	7	10*
18	El tono de su voz es gritando	0	32	67	1	6.1*
19	El tono de su voz es quejumbroso	0	20	77	3	19**
22	Abandona la tarea	0	16	83	1	31***
23	Hace lo que desea sin esperar respuesta	1	18	72	9	12*
25	Se mantiene aislado	0	1	99	0	78***
Total General		0.615	50	48	1.385	1

(***) $p < 0.001$

(**) $p < 0.01$

(*) $p < 0.05$

En el grupo conductual “a”, esto es los pacientes que presentan conductas negativas y permanecen a lo largo del periodo de observación con la conducta negativa, son aquellas donde los porcentajes indican a los otros grupos pero que no resultan significativos.

De la tabla se desprende que de las catorce conductas sólo una de ellas no es relevante, todas las demás dejan entrever que estas conductas no son modificadas y al parecer cuando se instalaron en las personas fue antes del tratamiento y se mantienen sin cambios significativos, observando que este grupo conductual puede ser indicador para identificar a personas con sospecha de consumo de sustancias.

Calculando el total de conductas, encontramos que un 50% de ellas son conductas que no fueron afectadas por el consumo de sustancias y como son positivas tampoco se modifican durante el tratamiento, en tanto que un 48% de las conductas observadas corresponden a características socialmente rechazadas, pero sin embargo, estas personas las adquieren y las mantienen resistiéndose al cambio pese a la intervención terapéutica. Como se puede observar el porcentaje de conductas deseables e indeseables son casi similares; la diferencia del 2% apenas arroja un Ji Cuadrado igual a 1 que no es significativa; por tanto en este tipo de pacientes, la identificación, sobre todo en las fases iniciales es difícil porque se combinan entre conductas positivas y negativas casi en la misma proporción, lo que nos lleva a percibir a estas personas como conflictivas, caóticas, poco previsible, ocultando de esta manera el diagnóstico mediante la observación directa, haciéndola más sintomática y por tanto más difícil de detectar.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Características de la muestra.- El método de muestreo fue no probabilística e intencional o por oportunidad o conveniencia, directamente elegido de tres Hospitales de Lima, el Instituto Especializado de Salud Mental-Honorio Delgado Hideyo Noguchi, el Hospital Hermilio Valdizán y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins -Es Salud

Según la edad de los pacientes la mayor concentración está entre las edades de 14 a 24 años. El mayor inicio del consumo de la sustancia entre los 16 a 23 años. El sexo predominante es el masculino, por encima del 80%. En los antecedentes familiares el consumo del alcohol es el más frecuente. Según las personas que acompañan al dependiente, acuden acompañados de su familia o solos; según el tiempo de consumo de la sustancia entre 121 a 576 meses; según el grado de Instrucción; de Secundaria completa a Superior incompleta, según Ocupación, la mayoría se encuentra desocupado, según el estado civil, la mayoría son solteros, según la sustancia que consume, la mayoría es el policonsumo; según la vía de administración de la sustancia, es por múltiples vías, según tiempo sin consumo; el mayor tiempo sin consumo es de un mes.

Estas características corresponden en términos generales a la población dependiente a sustancias que concurre a los Hospitales del Ministerio de Salud, con escasos recursos económicos, excepto en el grado de Instrucción que en esta muestra es mayor que el promedio normal.

De conformidad con la teoría de Prochaska y DiClemente, la motivación para el cambio de conducta pasa por cuatro estadios explorados por la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island; según este enfoque los pacientes dependientes a sustancias pueden acudir solicitando ayuda especializada en cualquiera de los estadios. Prochaska y DiClemente suponen que la permanencia por no menos de cinco años en el estadio de mantenimiento facilitará que el paciente llegue a la total extinción de la conducta adictiva sin ningún esfuerzo significativo extra.

El Dr. Griebenow en sus hallazgos clínicos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins encontró que el tiempo de permanencia en la primera etapa, en el estadio de motivación en relación al uso de sustancias sería mayor de dos años y medio en condiciones ideales sin complicaciones, para que el sujeto pase a la segunda etapa, con la motivación independiente de la sustancia; que significa que la droga ya no forma parte de la vida del sujeto. Luego a su término, después de un tiempo no menor de un año, el especialista denomina “continentes” a las personas “curadas socialmente”. En total un mínimo de tres años y medio.

Analizando los tipos de tratamiento, de conformidad con lo visto, debemos esperar cambios en los estadios motivacionales a medida que transcurre el tiempo de tratamiento. En la presente investigación se ha realizado un estudio de un año respecto al tiempo que estos pacientes continuaron en su tratamiento en sus respectivos hospitales, de modo que la evaluación de éxito debe implicar modificaciones favorables en los estadios psicológicos, como indicadores de que la acción terapéutica está generando progresos “cambiando para bien”. Los resultados encontrados en el presente estudio indican que durante el año en la evolución del tratamiento los pacientes se mantienen en los estadios psicológicos iniciales y no se consiguen cambios motivacionales significativos, atribuibles a los programas. La alta tasa de deserciones, sesenta y dos por ciento (62%) en un año, señala que los programas no logran sensibilizar a los pacientes dependientes a sustancias

para obtener adherencia que les permita continuar hacia un cambio de conducta.

Esta realidad debe llevarnos a un replanteamiento de las formas como estamos enfrentando el problema de la dependencia a sustancias, poniendo énfasis en la concepción de la curación social de las dependencias a sustancias, frente a la concepción clásica de curación.

Referente al objetivo general en nuestra investigación, conocemos el cambio de los estadios de la motivación según el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente en los tratamientos especializados en los dos Hospitales del Ministerio de Salud, Instituto Especializado de Salud Mental-Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Hospital Hermilio Valdizán y en el Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Es-Salud, y asimismo en los objetivos específicos que están referidos a los cuatro, ocho y doce meses de tratamiento.

En el periodo inicial la suma de la precontemplación en la cual los pacientes no ven el problema y en la contemplación, en la que son conscientes que existe el problema pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio; el 39% se ubica en la precontemplación y en la contemplación. A los cuatro meses disminuye a 28%, a los ocho meses está en 29% y a los doce meses en 32%. La mejoría es del 7% desde el primer mes al doceavo mes.

En lo que se refiere a los estadios de acción y mantenimiento que son los estadios positivos, inicialmente se encuentra el 61%, a los cuatro meses el 72%, a los ocho meses 71% y a los doce meses el 68%.

La contrastación entre ambos momentos, inicial y final, arroja una diferencia del 7% con un error standard de 6.61 y una razón crítica de porcentajes de 1.06 que no es significativa al 0.05 de margen de error; por tanto las fluctuaciones halladas después de doce meses de tratamiento no son significativas.

Independiente del modelo y de la modalidad del tratamiento los resultados obtenidos son modestos.

El tratamiento es de Hospitalización Total, en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, Ambulatorio tipo Hospitalización Parcial, en el Servicio de Dependencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Es-salud y Atención Ambulatoria, tipo Consultorio Externo en el Hospital Hermilio Valdizán y en el Instituto Especializado de Salud Mental-Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

En la tabla N° 34 de diferencia de porcentajes de la movilidad de pacientes desertores al tratamiento desde el momento inicial y después de un año, es el 62% en total. (La mayoría corresponde al Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi) con el 29%, le sigue el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Seguro Social del Perú con 19% y por último el Hospital Hermilio Valdizán con 14%, la suma total es 62%).

En la tabla N° 35 que se refiere a la diferencia de porcentajes de la movilidad de pacientes que permanecen en el tratamiento desde el momento inicial y después de un año en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi el 73% ha dejado su tratamiento, mientras que la deserción en el Hospital Hermilio Valdizán es de 55% y en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es 54%, el 19% menos que en el mencionado instituto.

En nuestra investigación, en la modalidad de atención ambulatoria tipo consultorio es donde hay mayor deserción (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi); declina notoriamente en la Hospitalización Parcial (Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins), y en el Hospital Hermilio Valdizán (en el cual una parte de los evaluados recibieron tratamiento de Hospitalización total en el Centro de Rehabilitación de Ñaña y la mayoría recibió atención solo de consulta externa).

En la tabla N° 36 que se refiere a la distribución porcentual de casos en cada periodo de observación según el estadio motivacional encontrado con la Escala de Evaluación de la Universidad de Rhode Island (URICA), el

resultado final fue de una disminución del 10% de la precontemplación y la contemplación y un aumento del 10% de la acción y mantenimiento.

Nos muestra una mejoría de evolución de los estadios psicológicos poco significativa.

En lo que se refiere a la comparación entre los estadios de cambio de pacientes adictos con formas de tratamiento de internamiento, con régimen residencial y ambulatorio estos datos indican que en base al limitado número de pacientes del Hospital Hermilio Valdizán que se atienden en el Centro de Rehabilitación de Ñaña se puede decir que en esta investigación no existe suficiente información para establecer conclusiones en este tema. Sin embargo la escasa movilidad de los pacientes en un año con las diferentes modalidades de tratamiento, incluyendo el régimen de tratamiento residencial coincide con los hallazgos de Torres E. Roca F. y Llanca J. [Citado el 02-08-06] que no encuentran diferencias significativas entre los estadios de cambio de los pacientes adictos sometidos a un régimen de tratamiento residencial respecto a los pacientes adictos sometidos a un régimen de tratamiento ambulatorio. También existe coincidencia con lo hallado por Guydish et al. 1998-1999 demostrando que tanto el tratamiento residencial como ambulatorio ofrecen los mismos avances o logros a nivel terapéutico. (En pacientes sin complicaciones médicas y/o sociales).

En la tabla N° 37 en el universo de los pacientes en tratamiento durante un año permanecieron 104 dependientes a sustancias, el 38% de los 272 que eran inicialmente, cifra que en un año adicional de tratamiento se presume sería menor del 33%. Alrededor de los dos tercios (66.6%) están fuera de la cobertura del tratamiento y un tercio (33%) continúa, con resultados de mejoría del 7%.

En resumen en el tratamiento de los dependientes a sustancias con los modelos y modalidades investigadas en los tres Hospitales de Lima no se encuentra una cobertura significativa.

Hay sin embargo otros aspectos a considerar; en los 104 pacientes que continuaron la terapia, la asistencia a las citas ambulatorias y la permanencia

en el régimen Residencial impide mayor número de recaídas, reincidencias y daños al enfermo y a la sociedad.

La modalidad del tratamiento ambulatorio se ve adversamente afectada por la desproporción entre una enorme demanda y una escasa oferta de servicios que se manifiesta de un lado en citas excesivamente diferidas, de uno a tres meses de intervalo y de excesivo número de enfermos citados en el rol de atención asignados al profesional.

No es el objetivo específico de esta investigación la comparación entre los estadios de cambio de pacientes adictos con régimen de tratamiento ambulatorio y residencial, tenemos en cuenta que el número de estos últimos está circunscrito a una parte de los 71 dependientes del Hospital Hermilio Valdizán, es decir del 26% del total de los 272 pacientes iniciales. Estos resultados promueven nuevas investigaciones en los aspectos económicos y asistenciales.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1.- Los pacientes dependientes a sustancias, al completar el primer año de tratamiento, en su mayor proporción se han mantenido en los estadios psicológicos motivacionales correspondientes a Acción y Mantenimiento.

2.- La evaluación cada cuatro meses de pacientes dependientes a sustancias en la evolución del tratamiento, no ha registrado cambios significativos en la motivación para el cambio de conducta.

3.-A los ocho meses la distribución porcentual del caso es la siguiente:
La suma de precontemplación y contemplación es de 33% y la de acción y mantenimiento 66%; casi igual que los resultados encontrados a los doce meses (precontemplación y contemplación 32%, mientras que acción y mantenimiento es 68%).

4.- Las intervenciones terapéuticas correspondientes a tres Hospitales especializados de la ciudad de Lima no logran durante un año de tratamiento cambios significativos en la motivación para el cambio de conducta. Las variaciones de la evolución de los estadios psicológicos en los cuatro, ocho y doce meses son mínimas.

5.- La tasa de deserción fue del 62%; empezaron el tratamiento 272 pacientes dependientes a sustancias y al término del año permanecieron 104. En el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi se encontró mayor deserción con un 73% (permanecieron 29 de 108 pacientes) seguido por el Hospital Hermilio Valdizán con 55% (permanecieron 32 de 71 pacientes) y finalmente el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con 54% (permanecieron 43 de 93 pacientes).

6.- Al final del año se encuentran cambios mínimos en la motivación comparando el momento de inicio y el término. El efecto terapéutico se objetiva en la disminución del porcentaje inicial de Contemplación y el discreto aumento de los estadios psicológicos de Acción y Mantenimiento. Se señala que los abordajes terapéuticos que de manera diferenciada se aplican en los tres hospitales no consiguen sus metas en los cambios de estadios motivacionales; debemos precisar que en las diferentes modalidades de tratamientos vigentes, se considera un tiempo aproximado de tres y medio a cinco años para lograr un cambio de conducta significativo.

7.- Referente a la adhesión al tratamiento, el 62% de deserciones indica la necesidad de mejorar la estrategia institucional de los hospitales, por la desproporción entre la escasa oferta y la excesiva demanda así como reevaluar los programas y técnicas de tratamiento utilizados por los profesionales para incrementar el apego al tratamiento.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- 1.- Promover en los centros especializados la modificación conceptual de la curación de los pacientes dependientes a sustancias; con el propósito de disminuir o eliminar la estigmatización de la enfermedad y favorecer la asistencia de los pacientes a los centros de tratamiento.

- 2.- Asumir que el tratamiento de rehabilitación para pacientes dependientes a sustancias es de larga duración: el compromiso terapéutico debe comprender la relación frecuente con el paciente, su entorno íntimo y entorno externo, con énfasis en la motivación de los profesionales de salud mental.

3. No confundir la abstinencia prolongada a la sustancia del dependiente con la curación integral que comprende el paciente y su entorno.

- 4.- Promover el concepto de curación social que postula la modificación favorable de la persona al dejar de ser dependiente y tornarse en sujeto productivo; “continente”; capaz de volver a ser independiente de la motivación en relación al consumo de sustancias.

5.- Establecer la norma de evaluar periódicamente a los dependientes a sustancias con criterio clínico, correlativamente con pruebas de fácil aplicación en los centros de tratamiento especializados

6.-Señalar que se requiere un mayor número de Centros de Investigación, Prevención, Tratamiento y de Rehabilitación de pacientes dependientes, en especial de sustancias.

7.-Incentivar la realización de nuevas investigaciones en torno a la comparación entre los estadios de cambio de pacientes adictos en regímenes de tratamiento Residencial y Ambulatorio.

8.- Los actuales métodos de laboratorio, sólo constatan la existencia de las sustancias o el daño en el organismo que no varía en poco tiempo, por ejemplo el daño hepático. Los profesionales psicólogos y médicos necesitan pruebas que aprecien variaciones funcionales y psicológicas que suceden en lapsos breves, que pueden ser semanas o meses; este es un rol que pretende cumplir la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA, y el test de motivación en su versión “A” y “B” de la curación social de las dependencias a sustancias que permitirá al profesional tomar medidas preventivas oportunas en relación a las variaciones de los estadios de la motivación.

9.- El tratamiento de Hospitalización total prolongado estaría reservado a un tipo de pacientes con mayor compromiso bio-psico-social y no como una opción similar a la Hospitalización Parcial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Albiach C., Lunares, C., Palau C., Santos P. (2000). *Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento.* Disponible en: <www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars%5B%5D=50-22k> [Citado 26-07-06].

American Psychiatric Association (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.* Disponible en <<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html>>, [Citado 14-08-07].

Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*, American psychologist, 37, págs 122-147. Disponible en: <<http://content.apa.org/Journals/amp/37/2/122>>, [Citado 26-07-06].

Battjes, R., Onken, L. y Delany, p. (1999). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement: Report of Meeting on Treatment Readiness. *Journal of Clinical Psychology* 5:643-657.

Bolles, R. (1990). *Teoría de la Motivación: Investigación experimental y evaluación-2ª ed.* Trillas. México.

Castro R., Zavaleta M., Vargas A. (2005) *Epidemiología de drogas en la Población Peruana.* Monografía de investigación número 23. Cedro, Lima-Perú.

Castro R. & Mac R. (2004) *El problema de la drogas en el Perú.* Cedro Lima – Perú.

Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en Psicología.* México: Manual Moderno.

Diario Oficial N° L 019 de 22/01/1997 p. 0025 - 0031 (1997). *Observatorio Europeo de la Droga y las toxicomanías* (OEDT). Disponible en <www.eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997D0102:ES:HTML>, [Citado 14-08-07].

Dorsch, F. (1985) *Diccionario de Psicología*. Quinta edición. Editorial Herder. Barcelona – España.

El Manual Moderno (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. Adaptado para el español. México: Editorial El Manual Moderno.

Ginsburg, J. (2001) *Using motivational Interviewing to enhance treatment readiness in offenders with symptoms of alcohol dependence*. Record 9 of 4034 – Psyinfo 1999 – 2001/08.

Graña, J. (1994) *Conductas adictivas, teoría y evaluación del tratamiento*. Editorial Debate S.A. Madrid – España.

Griebenow, W. (1982). *Dos investigaciones y un caso clínico*. Tesis de Psicología no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Griebenow, W. (1984). *Contribución al Concepto de Curación Social del alcoholismo en el Perú*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Griebenow, W. (1990). *Los Comités de Defensa contra la Fármaco-dependencia y sus rondas urbanas*. Anales del XI Congreso Nacional de Psiquiatría. Págs. 311 – 313. Editores Asociación Psiquiátrica Peruana.

Griebenow, W. (1990) *Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Médica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*, Base Legal Ley 27056 Ley de Creación del Seguro Social del Perú (EsSalud) Lima – Perú, 2006.

Griebenow, W. (2002) *Motivación en la adicción a sustancias y en la ludopatía*. Disponible en <www.impulso-news.com/salud.html> [Citado 09-08-07].

Griebenow, W. (2005) *Motivación en la adicción a sustancias y en la ludopatía*. Disponible en <www.impulso-news.com/salud.html> [Citado 09-08-07].

Griebenow, W. (2007) *Motivación en la adicción a sustancias y en la ludopatía*. Disponible en <www.impulso-news.com/salud.html> [Citado 09-08-07].

Guydish, J.; Werdegar, D.; Sorosen, J., ClarkWayne, L; Acampora, A. (1998 & 1999). *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. Tratamiento de día de abuso de drogas: un estudio aleatorizado que compara el tratamiento de abuso de drogas de régimen residencial y otro de régimen de día, 66 (2), Apr, 280-289.

Hernández R., Fernández C., Baptista P., (2003) *Metodología de la Investigación*. Tercera edición. Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. México, D. F.

Herzberg, F. (1966) *El Legado*, Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/215/21512808.pdf>, [Citado 28/09/06].

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (2006). *Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Médica*. Base Legal Ley 27056 Ley de Creación del Seguro Social del Perú (EsSalud) Lima – Perú.

Hospital Hermilio Valdizán, (2002) *Manual de Organización y funciones del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento*. Lima – Perú.

Hospital Hermilio Valdizán, (1998) *Manual de Organización y funciones del Departamento de Adicciones*. Lima – Perú.

Hospital Hermilio Valdizán (2006) *Departamento de Estadística*. Lima – Perú.

Hungler Polit (2000), *Investigación científica en ciencias de la salud*. Editorial McGRAW-Hill Interamericana.

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2006) *Compendio Estadístico*. Lima – Perú.

Kaplan. H., Sadock B., Grebb A., Jack, (1996) *Sinopsis de psiquiatría*. Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. S. A. Buenos Aires-Argentina.

Kenneth, T., (2001). *Teoría de la Motivación Intrínseca*. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos25/motivacion-trabajo/motivacion-trabajo.shtml> > [Citado 27/09/06].

Kristenson y otros (1983). *Alcoholism clinical and experimental Research*. 7, págs 203-209”. Disponible en <www.adicciones.es/files/healthers.pdf>. [Citado 26-07-06].

López F., Verdejo A, Muñoz. J, Cabello V, Graña J (2005). *Variables de personalidad que motivan hacia el tratamiento*. Disponible en <www.zheta.com/user3/adicciones/files/lpez.pdf> [Citado 26-07-06].

Margolin J. (2001) *The effect of mood on the pursuit of achievement goals*. Record 9 of 4034 – Psyinfo 1999 – 2001/08.

Márquez A. (2004) *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Editorial Polemos S.A. Buenos Aires Argentina.

Miller W., Rollnick S. (1999) *La entrevista Motivacional*. Editorial Paidós. Buenos Aires- Argentina.

Moral, R. (2005). *Avances en la Investigación sobre Dependencia a Sustancias*. Revista Salud Pública y Nutrición Vol 06 N° 4. Disponible en <www.respyn.uanl.mx/vi/4/ensayos/avances.html>, [Citado 14 – 08 – 07].

Navarro, R. (1997). *Comunidad Terapéutica Peruana*, Editorial CEDRO. Lima – Perú.

Navarro R. (1991) *Aprendizaje y Comportamiento*. Asociación Latinoamericana de Análisis y modificación del Comportamiento. Vol. 9 – N°. 1-2.

Nizama, M. (2003). *Módulos para el manejo Familiar de las Adicciones*. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Lima – Perú.

Nizama, M. (2003). *Guía para el manejo familiar de las adicciones*. Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas. Lima – Perú.

Organización- Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra-Suiza.

Organización Panamericana de la Salud (1997), *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* CIE-10 Décima revisión. Editorial oficina Sanitaria Panamericana. USA – Washington.

Pérez de los Cobos, J. Tejero A., Trujols J., (2003) *Adictología*. Editorial Ars Medica, Barcelona- España.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (2002). *Changing for Good*. First Avon Books edition published. USA.

Prochaska, J. & Norcross, J. (2007). *Systems of Psychoterapy*. Sixth Edition. Thomson Books/ cole. Printed in the United States of America.

Quesada, L. (2005). *Estadística con SPSS 14*. Editorial Empresa Editora Macro EIRL. Lima – Perú.

Reeve J. (1995). *Motivación y Emoción*. McGraw-Hill. España.

Ridruejo A., Medina J., Rubio S., (1964). *Psicología Médica*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid- España.

Rodríguez G., Rubio, J. Auba, J. Santo –Domingo. *Alcohol & Alcoholism*. Vol.35, Nº. 3, pp. 270-275. Instituto Municipal de Salud Pública, ajuntament de Barcelona, Complejo Asistencial Benito Menni Madrid – España.

Rojas M., y Espinoza L., (2006). Consejo Psicológico y sesiones motivacionales en casos de drogodependencias. Evaluación de las intervenciones del programa programa “lugar de escucha” de cedro. Revista peruana de drogodependencia Vol. 4. [1] 137- 179. Devida. Lima- Perú.

Rubio G., López F., Alamo C., Santo Domingo J. (2001) *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias*. Editorial Médica Panamericana. Madrid- España.

Saavedra, A. (1991). *Anales de Salud Mental*. Vol. VII, 1.2 Sanéz Briceño Y. Cachay Chavez C. Angeles Carlos V.:47-60.

Sánchez I., Thornton G., Gellens & Alerman (1986-1977). *Brief didactic treatment for alcohol and drug –related problems :An Approach based on client choise..* Disponible en: <http://Scholar.Google.com/Scholar?9=autor:”SanchezCraig?”%20intitle:”Brief%20didactic%20treatment%20for%20”>. [Citado 26-07-06].

Secades R. & Fernández J. (2000). *Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependientes*. Disponible en www.zheta.com/user3/adicciones/files/353-63%20original%204.pdf., [Citado 26-07-06].

Sisson, W. & Mallams H. (1981). *The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholics anonymous, and al-anon meeting*. Ret Revista de Toxicomanía Nro 3 – 1995. Disponible www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/RETO3-3.pdf> [Citado 26/07/06].

Sisson & Azrin (1986). *Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers*. Disponible en <www.adicciones.es/files/365-371%20original%205.pdf> [Citado 26-07-06].

Tejero A., Trujols J., (2003). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Psiquiatría editores, S. L. Barcelona (España).

Tejero, T. (1994). *El proceso de Cambio en dependientes a alcohol, heroína y cocaína*. Disponible en <www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002/2/108-11.pdf>, [Citado 26-07-06].

Torres E., Roca F. y Llanca J., (2004). Comparación entre los estadios de cambio de pacientes adictos con régimen de tratamiento residencial y ambulatorio. *Revista Umbrales de Investigación*. Vol. 1 N° 1. Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología UNFV. Disponible en <www.unfv_bib.edu.pe/facultades/psicologia/umbrales2004/pdfs/ino.pdf> [Citado el 02-08-06].

Vallejo J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría*. Quinta Edición. Editorial Masson, Barcelona- España.

Vicuña L. (2006). *Instituto de Investigaciones Psicológicas*. Vol. IX, 2 Págs. 65-91 UNMSM.

A N E X O S

Anexo 001: FICHA DE DATOS

1.1 Nombre: 1.2 Fecha:

1.3 Edad: 1.4 Domicilio:

1.5 Distrito: 1.6 Telf.:

1.7 Número de hermanos (incluido el paciente):.....

1.8 Lugar que ocupa entre los hermanos: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8()

1.9 ¿Con quién vive actualmente?
.....
.....

1.10 Parientes con antecedentes de consumo.

Padre	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	Sobrino	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	Hermano	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Hijo	<input type="checkbox"/>	Hermana	<input type="checkbox"/>	

1.11 Tiempo de consumo

1.12 Años que vive en Lima: 1() 2() 3() 4() 5() más ()

1.13 Grado de instrucción.

Analfabeto	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>
		completa	<input type="checkbox"/>		

1.14 Ocupación.

Desocupado	<input type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>	Su casa	<input type="checkbox"/>
Empleado	<input type="checkbox"/>	Comerciante	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Obrero	<input type="checkbox"/>	Artesano	<input type="checkbox"/>	

1.15 Estado civil.

Soltero	<input type="checkbox"/>			Separado	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>	Conviviente	<input type="checkbox"/>	Especifique	

1.16 Sustancia(s) que consume:

1.17 Tiempo sin consumir la(s) sustancia(s):

Anexo 002: HISTORIA BREVE DE LA ENFERMEDAD ACTUAL EN DEPENDENCIA A SUSTANCIAS.

(Según la concepción de la curación social de la dependencia)

1.- Filiación:
familiares y personales.

3.- Antecedentes

.....
.....
.....
.....

2.- Enfermedad actual:

Inicio del episodio actual.

.....

Tiempo de enfermedad.

.....

Tiempo de tratamiento.

.....

Internamientos anteriores.

.....

.....

.....

Atenciones ambulatorias anteriores.

Continuo Discontinuo

.....

.....

4.- Fecha de último consumo de sustancia.

.....

5.- Frecuencia de consumo. Expuesto en número de días durante una semana o un mes y descrito en forma de un quebrado aritmético.

(Obtener el promedio o el modo estadístico de los últimos doce meses).

.....

6.- Lapso de no consumo en el período descrito en el ítem inmediato anterior. Señalar el “intervalo”.

7.- Señalar el tiempo crítico (día u hora previa al consumo).

8.-Fecha de inicio del consumo de la(s) sustancia(s) en forma anormal.
..... Excesivo () Descontrol ().

9.-Examen físico.

9.1.-Aspecto general.

9.2.-Aparatos y sistema.

10.-Diagnóstico según la CIE 10 () y/o DSM-IV ().

10.1 De sustancia psicoactiva.

10.2 Personalidad.

10.3 Inteligencia.

10.4 Grado de deterioro.

.....
.....
.....

10.5 Duales.

.....
.....
.....

10.6 Otros diagnósticos.

.....
.....
.....

11.- Apreciación clínica del estado de evolución del dependiente.

a) Del Psicólogo () b) Del médico () c) Otros profesionales ()

EVOLUCIÓN DEL CAMBIO DE MOTIVACIÓN Y CONDUCTA

El examinador puede modificar el texto durante la prueba, sin variar el contenido de cada ítem, para adecuar la pregunta a las características culturales, sociales y de información del examinado.

INDICAR CON UN ASPA LA OPCIÓN ADECUADA:

11.1 Rechazo intenso al tratamiento.

Conducta prevalente

Satisfacción vinculada al consumo de sustancias (alcohol, tabaco, tranquilizantes, cocaína, PBC, etc.). Hostilidad respecto a la posibilidad de cambio de conducta que interfiera con la continuidad de su uso.

Si

No

Respuestas del examinado:

1. ¿Se siente satisfecho con su actual manera de vivir?

Si

No

2. ¿Encuentra que no hay motivo para dejar de consumir la sustancia de su predilección?

Si

No

3. ¿Considera que cualquier medida coercitiva en contra del uso de la sustancia es atentar contra sus derechos humanos?

Si

No

4. ¿Asume que sería correcto adoptar medidas legales contra las personas responsables que intenten interferir con sus hábitos y su libertad de elección?

Si

No

5. ¿Valora como injustas las limitaciones contra la oferta de expendio de sustancias?

Si

No

6. ¿Busca la compañía de personas que consumen la misma sustancia u otras que tienen efectos psicoactivos?

Si

No

11.2 Fase de rechazo Leve al tratamiento.

Conducta prevalente

Evasivo y dubitativo por motivaciones contrapuestas, alternantes o coexistentes de consumir o no consumir la(s) sustancia(s) de su predilección, con predominio del rechazo al cambio de conducta.

Si

No

Respuesta del examinado:

¿Es posible que la conducta del dependiente a sustancias (alcohol) puede modificarse por intervención de terceros?

Si

No

1. ¿Es cierto que obligar a cambiar la conducta de un dependiente a sustancias, es atentar contra su libertad de elección?

Si

No

2. ¿Se puede pensar que utilizar la sustancia por placer o necesidad psíquica o física de su propio organismo es lícito?

Si

No

3. ¿Vivenciar el clima familiar como un entorno disarmónico es una posibilidad en el dependiente a sustancias?

Si

No

4. ¿Se podrá admitir que en su entorno íntimo hay opiniones e intereses contrapuestos en relación al alcohol y/o otras sustancias?

Si

No

5. ¿Sería una correcta opción encontrar satisfacción y comprensión en un grupo del entorno externo que tiene como eje principal el uso de la sustancia (alcohol)?

Si

No

11.3 Aceptación Leve al tratamiento.

Conducta prevalente

Comportamiento evasivo y dubitativo referente al consumo de sustancias con predominio de aceptación al cambio de conducta y episódicamente al rechazo al cambio.

Si

No

Respuesta del examinado.

1. ¿Es una indicación correcta acatar el control estricto externo?

Si

No

2. ¿Sería posible admitir la conveniencia de reprimir la gratificación inmediata y su sustitución por la gratificación (recompensa) a mediano y largo plazo, con beneficios duraderos?

Si

No

3. ¿Es conveniente permitir la administración del dinero por terceros que gocen de su confianza?

Si

No

4. ¿Se debe priorizar las indicaciones de los profesionales de las ciencias médicas y/o expertos en adicciones?

Si

No

5. ¿Es saludable evadir amistades con miembros de agrupaciones que consumen sustancias?

Si

No

6. ¿Es preferible concordar con las decisiones de familiares orientadas hacia el cambio de conducta favorable?

Si

No

11.4 Aceptación Intensa al tratamiento

Conducta prevalente comportamiento de confrontación, opuesto a insinuaciones de consumo de sustancias.

Si

No

Respuestas del examinado:

1. ¿Se puede contribuir al éxito del control externo con su propia intencionalidad (inicio o incremento del control interno)?

Si

No

2. ¿Siempre se debe negar la opción de volver a consumir sustancias psicoactivas (alcohol y otros)?

Si

No

3. ¿Es una buena medida establecer un sistema de prevención de recaídas?

Si

No

4. ¿Es buena la norma de aceptar la ayuda de familiares que colaboran en el propósito de prescindir de sustancias?

Si

No

5. ¿Es indicado buscar nuevas amistades con motivación diferente al uso de sustancias?

Si

No

6. ¿Contribuye a la mejoría participar en actividades productivas en beneficio propio y de su entorno?

Si

No

Según la entrevista el (la) examinado(a) se encuentra en el nivel en el cual hay el mayor número de respuestas afirmativas.

Anexo 003: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA).

NOMBRE.....FECHA...../...../.....
APELLIDOS.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso responde en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con las sustancias.

VALORES:

-
- 1.-Totalmente en desacuerdo
 - 2.-Bastante en desacuerdo
 - 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4.-Bastante de acuerdo
 - 5.-Totalmente de acuerdo

1.-Que yo sepa no tengo problemas que cambiar.

1 2 3 4 5

2.-Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

1 2 3 4 5

3.-Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

1 2 3 4 5

4.-Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

5.-No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.

1 2 3 4 5

6.-Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

1 2 3 4 5

VALORES:

-
- 1.-Totalmente en desacuerdo
 - 2.-Bastante en desacuerdo
 - 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4.-Bastante de acuerdo
 - 5.-Totalmente de acuerdo

7.-Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.

1 2 3 4 5

8.-He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mi mismo.

1 2 3 4 5

9.-He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

1 2 3 4 5

10.-A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.

1 2 3 4 5

11.-Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.

1 2 3 4 5

12.-Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

1 2 3 4 5

13.-Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

1 2 3 4 5

14.-Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

1 2 3 4 5

15.-Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.

1 2 3 4 5

16.-No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

1 2 3 4 5

VALORES

-
- 1.-Totalmente en desacuerdo
 - 2.-Bastante en desacuerdo
 - 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4.-Bastante de acuerdo
 - 5.-Totalmente de acuerdo

17.-Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.

1 2 3 4 5

18.-Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.

1 2 3 4 5

19.-Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

1 2 3 4 5

20.-He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.

1 2 3 4 5

21.-Quizás en este lugar me puedan ayudar.

1 2 3 4 5

22.-Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

1 2 3 4 5

23.-Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

1 2 3 4 5

24.-Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.

1 2 3 4 5

25.-Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

1 2 3 4 5

VALORES:

-
- 1.-Totalmente en desacuerdo
 - 2.-Bastante en desacuerdo
 - 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4.-Bastante de acuerdo
 - 5.-Totalmente de acuerdo

26.-Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por que no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas.

1 2 3 4 5

27.-Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.

1 2 3 4 5

28.-Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.

1 2 3 4 5

29.-Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?

1 2 3 4 5

30.-Estoy trabajando activamente en mi problema.

1 2 3 4 5

31.-Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.

1 2 3 4 5

32.-Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

1 2 3 4 5

Escala de la Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) Información del instrumento

Descripción:

El URICA es un autoinforme que incluye cuatro sub-escalas que mide los estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La respuesta se da en una escala de 5 puntos ordenado desde (1= en fuertemente en desacuerdo a 5= fuertemente de acuerdo).

El URICA puede ser usado para evaluar procesos clínicos y disposiciones motivacionales para el cambio, mide procesos de cambio en diversas áreas de la salud y en conductas adictivas.

Nombre: Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA).

Autor: McConnaughy et al, 1993; McConnaughy et al, 1989; Martin et al, 1992; Rossi et al, 1992.

Año: 1992

Objetivo: Es un autoinforme destinado a evaluar el estadio de cambio respecto a la modificación de cualquier conducta problema. El objetivo radica en una mejor, evaluación del grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio.

Forma de aplicación: Individual y colectiva.

Población Objetivo: Adultos.

Número de ítems: 32 ítems con cuatro sub-escalas que contienen cada uno 8 ítems.

Forma de Administración: Emplear lápiz y autoadministrarse la Escala.

Tiempo requerido para la administración: 5-10 minutos requiere pericia para la administración.

Requiere experiencia para la administración: Ninguna.

Requiere entrenamiento para la administración: No requiere entrenamiento para la administración.

Normas disponibles: Las normas disponibles son para adultos en tratamiento de alcoholismo y en diversas dependencias a sustancias.

Confiabilidad: para los autores fue mediante el método de la consistencia interna, el mismo que hemos repetido en el presente estudio encontrando que la escala tiene la confiabilidad requerida tal como puede verse en la siguiente tabla:

Confiabilidad por el método de la consistencia interna de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. (URICA).

	r_{11}
Precontemplación	0.81
Contemplación	0.88
Acción	0.87
Mantenimiento	0.87
Prueba Total	0.88

La validez de la Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, proporcionada por lo autores corresponde a la validez predictiva tomando en cuenta el estadio del paciente y la variable por predecir, es la conducta definida como mejor, esto es pasar a estadios motivacionales que lo lleven a independizarse del consumo de sustancias adictivas. La validez de la Escala proporcionada por lo autores corresponde a la validez predictiva tomando en cuenta el estadio del paciente y la variable por predecir, es la conducta definida como mejor, esto es pasar a estadios que lo lleven a independizarse del consumo de sustancias adictivas.

Diagnostico Psicológico del estadio Motivacional	Superación del problema
Precontemplación	Negativo
Contemplación	Negativo
Acción	Positivo
Mantenimiento	Positivo:

Forma de Calificación.- para este fin se tiene en cuenta los Ítems de cada uno de los cuatro estadios que mide la escala, los Ítems son puntuados del 1 al 5, donde el mayor valor indica tipificación con el estadio, la calificación se efectúa sumando los valores de los ítems de cada una de los estadios, obteniendo cuatro resultados, la suma de mayor valor identifica el estadio en que se ubica el examinado, en caso de empates se considera el estadio motivacional que favorece al paciente. La tabla de calificación por ítem puede verse a continuación.

URICA – versión de 32 ítems.

Pre-contemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento
1	2	3	6
5	4 (omit)	7	9 (omit)
11	8	10	16
13	12	14	18
23	15	17	22
26	19	20 (omit)	27
29	21	25	28
31 (omit)	24	30	32
Total:			

Se procede a identificar los ítems de precontemplación que son 1,5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.

Contemplación: 2, 4, 8, 12,15, 19, 21, 24.

Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.

Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

Interpretación: Se realiza teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas ubicando al examinado en un determinado estadio de cambio; si empatarán en dos estadios se le asigna el del estadio más evolucionado correspondiéndole las características que puede leerse.

La Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, “Urica”, que explora cuatro estadios que son los siguientes:

Precontemplación: Estos pacientes, no son conscientes de sus problemas de adicción y menos que le representa problemas en su conducta y en su vida.

Contemplación: El paciente es consciente que existe un problema y que debe abandonar la conducta adictiva.

Acción: Aquí el individuo cambia su conducta manifiesta y encubierta con el objetivo de superar la adicción; este estadio requiere de tiempo y energía.

Mantenimiento: Las personas intentan conservar y consolidar los logros del estadio anterior y prevenir la recaída.

Anexo 004: REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS PARA PACIENTES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS (FICHA DE COTEJO).

I. PRESENCIA PERSONAL.

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1.1 Vestido limpio. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Las prendas de vestir corresponden a la estación. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Uñas largas y sucias. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Cabellos desgreñado y sucio. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Calzado Limpio. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

II. EXPRESIÓN CORPORAL.

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 2.1. Mira cuando se le habla. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Su mirada no focaliza al interlocutor | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Su postura corporal expresa decaimiento | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.4. Tiene gesto de irritabilidad como si algo le hiciera falta. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.5. Gestos de ansiedad como si estuviera esperando algo
o alguien | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 Temblores en la mano. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 Se mueve permanentemente. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 Presente tics. | | | | |

Oculares SI NO Labiales SI NO Espasmos SI NO

III. LENGUAJE.

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 3.1 Se olvida de lo que habla | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Tartamudea. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Se atropella cuando habla (habla muy rápido) | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Comunica ideas completas. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 El tono de su voz es gritando. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 El tono de su voz es quejumbroso. | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

IV. INTERACCIÓN.

4.1 Saluda

SI NO

4.2 Se despide.

SI NO

4.3 Abandona la tarea.

SI NO

4.4 Hace lo que desea sin esperar respuesta.

SI NO

Ejm. (Me voy al baño y antes de esperar respuesta se va).

4.5 Conversa con otros pacientes.

SI NO

4.6 Se mantiene aislado.

SI NO

REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS PARA PACIENTES
DEPENDIENTES A SUSTANCIAS
(FICHA DE COTEJO)

Autora: Carmen Rosa Jara Chagua.

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Post
Grado - Facultad de Psicología.

Año: 2006.

Objetivo: Medir el número de conductas socialmente aceptadas en pacientes
dependientes a sustancias.

Edad: 15 a más años.

Forma de aplicación: Individual.

Tiempo de Aplicación: 12 minutos aproximadamente.

Número de Ítems: Inicialmente se elaboró 25 ítems que fueron depurados
por la opinión de los jueces y en el análisis de discriminación de ítems,
eliminando 16 ítems cuyos contenidos si bien se refieren a una conducta
socialmente aceptada, los hemos eliminado por tener varianzas igual o
próximo a cero, que como se sabe son tan comunes en su presencia o
ausencia que no discriminan; los ítems se distribuyen de la forma como
líneas más adelante mencionamos.

Forma de Calificación: Se abona un punto (1) cuando la conducta
corresponde a la aprobación social, cero (0) cuando la conducta corresponde
a la desaprobación social de conformidad con la siguiente clave:

Los ítems iniciales fueron: 1, 2, 5, 6, 17, 20, 21, 24 a las respuestas SI abone
un punto.

Finalmente de este grupo, no quedó ninguno.

Los ítems iniciales fueron: 3,4,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18,19,22,23,25 a
las respuestas NO abone un punto.

Los ítems que finalmente quedaron son: 8,11,12,14,16,18,19,22,23 que a las respuestas NO debe abonarse un punto.

Interpretación: Sume los puntajes y ubíquelos en las siguientes categorías.

Categorías

Positiva	: 8 a 9
Tendencia Positiva	: 6 a 7
Tendencia Negativa	: 4 a 5
Negativa	: 0 a 3

La categoría positiva indica que la persona tiene el 75% a más conductas socialmente deseables.

La categoría tendencia positiva indica la presencia de conflictos que se van atenuando en la medida que las puntuaciones se acercan a 7.

La categoría tendencia negativa indica la presencia de conflictos que se van agravando en la medida que las puntuaciones se acercan a 4.

La categoría negativa indica que tiene el 75% o más de conductas socialmente rechazadas.

Validez: La validez fue por criterio de jueces a quienes se les presentó la tabla de especificaciones con los ítems para cada una de las áreas contempladas: Presencia Personal, Expresión Corporal, Lenguaje e Interacción. Se aceptaron los ítems que a un nivel de significación para un Ji cuadrado arrojó una $p < 0.05$.

Confiabilidad: La confiabilidad se realizó por el método de la consistencia interna correspondiente a los cuatro momentos observados, encontrando los siguientes coeficientes:

Primera Aplicación	: 0.76
Segunda Aplicación (al cuarto mes)	: 0.80
Tercera Aplicación (al octavo mes)	: 0.67
Cuarta Aplicación (al doceavo mes)	: 0.75

Anexo 005: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI”

Yo.....con DNI.....

Estoy informado que puedo participar o no en esta investigación, acepto que se me administre en forma seriada y secuencial por el período de un año la Ficha de datos, breve historia clínica, La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo). La responsabilidad de la administración, calificación y evaluación es de la psicóloga Magister Carmen Rosa Jara Chagua y de quienes la asesoran, estando exceptuados, los funcionarios y profesionales del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

El beneficio de la aplicación de la Escala es conocer la evolución psicológica que va alcanzando el paciente en su tratamiento de dependencia a sustancias con diversos modelos terapéuticos, durante un año que es el tiempo que durará la presente investigación, la cual eventualmente sería útil para optar medidas terapéuticas correctivas.

La confidencialidad de la prueba está garantizada por el cumplimiento de las normas de investigación que están vigentes.

Asimismo tengo conocimiento que con mi participación contribuiré al estudio, que en caso positivo será de utilidad en el tratamiento de los dependientes a sustancias.

Queda como un derecho de mi parte que puedo retirarme del estudio cuando lo considere.

.....
FIRMA

Nombre.....
Apellido.....
Huella.....
DNI.....

Anexo 006: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

Yo.....con DNI.....

Estoy informado que puedo participar o no en esta investigación, acepto que se me administre en forma seriada y secuencial por el período de un año la ficha de datos una breve historia clínica, La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo). La responsabilidad de la administración, calificación y evaluación es de la psicóloga Magíster Carmen Rosa Jara Chagua y de quienes la asesoran, estando exceptuados, a los funcionarios y profesionales del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”.

El beneficio de la aplicación de la Escala es conocer la evolución psicológica que va alcanzando el paciente en su tratamiento de dependencia a sustancias con diversos modelos terapéuticos, durante un año que es el tiempo que durará la presente investigación, la cual eventualmente sería útil para optar medidas terapéuticas correctivas.

La confidencialidad de la prueba está garantizada por el cumplimiento de las normas de investigación que están vigentes.

Asimismo tengo conocimiento que con mi participación contribuiré al estudio que en caso positivo será de utilidad en el tratamiento de los dependientes a sustancias.

Queda como un derecho de mi parte que puedo retirarme del estudio cuando lo considere.

.....
Firma

Nombre.....

Apellido.....

Huella.....

DNI.....

Anexo 007: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN.

Yo.....con DNI.....

Estoy informado que puedo participar o no en esta investigación; acepto que se me administre en forma seriada y secuencial por el período de un año la Ficha de datos, una breve historia clínica, Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, Registro de observación de conductas para pacientes dependientes a sustancias (Ficha de Cotejo). La responsabilidad de la administración, calificación y evaluación es de la psicóloga Magíster Carmen Rosa Jara Chagua y de quienes la asesoran, estando exceptuados, los funcionarios y profesionales del Hospital “Hermilio Valdizán”. El beneficio de la aplicación de las pruebas es conocer la evolución psicológica que va alcanzando el paciente en su tratamiento de dependencia a sustancias con diversos modelos terapéuticos, durante un año que es el tiempo que durará la presente investigación, la cual eventualmente sería útil para optar medidas terapéuticas correctivas.

La confidencialidad de la prueba está garantizada por el cumplimiento de las normas de investigación que están vigentes.

Asimismo tengo conocimiento que con mi participación contribuiré al estudio que en caso positivo será de utilidad en el tratamiento de los dependientes a sustancias.

Queda como un derecho de mi parte que puedo retirarme del estudio cuando lo considere.

.....
Firma

Nombre.....
Apellido.....
Huella.....
DNI.....

Anexo 008: PROGRAMA TERAPÉUTICO DE ÑAÑA.

Modelos terapéuticos que se aplican en las instituciones en las que se recabó la muestra de dependientes sustancias.

La primera parte consta de tres programas de tratamiento. El Hospital Hermilio Valdizán tiene: 1) Programa Terapéutico de Ñaña, 2) Programa del Departamento de Adicciones y 3) Programa del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento; el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi tiene dos modelos de tratamiento para adictos 4) Modelo Biopsicosocial de las Adicciones, 5) Afronete holístico de las adicciones; finalmente el programa de tratamiento para adictos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Programa Terapéutico de Ñaña.

En esta sección describiremos el diseño del programa de tratamiento, denominado Comunidad Terapéutica de Ñaña; que emplea la psicoterapia de orientación cognitivo conductual individual, más atención psiquiátrica, psicológica y psicoterapia de grupo bajo una forma de confrontación; de manera complementaria, los pacientes se comprometen a realizar tareas de mantenimiento y de servicio, en la cocina, limpieza, cuidados del huerto, aceptando a su vez la supervisión del equipo terapéutico.

El programa de la comunidad terapéutica de Ñaña está constituido por 8 módulos denominados “ámbitos comportamentales”; cada módulo tiene objetivos específicos al contenido del comportamiento seleccionados en 8 años de experiencia. (Navarro, R. 1997).

Estos módulos los describiremos a continuación:

Módulo I: Ámbito comportamental I. Este módulo tiene que ver con el comportamiento del dependiente a drogas, que incluye al conjunto de pautas conductuales, actitudes, pensamientos, creencias y emociones vinculadas a las drogas y su consumo. La comunidad terapéutica busca que el paciente sea capaz de explicarse las razones de su conducta adictiva; simultáneamente este módulo persigue la modificación del comportamiento,

en relación a las drogas, mediante el aprendizaje de los principios básicos que generan dependencia, el reconocimiento de situaciones de riesgo para el consumo de drogas, la extinción de la jerga utilizada por el drogodependiente, así como desarrollar conductas evitativas para no conversar y pensar sobre drogas. En este módulo se inicia el autocontrol y se mantiene como una meta continua a lo largo de los 8 objetivos terapéuticos.

Los objetivos de este módulo son ocho, que a continuación mencionaremos y veremos en cada uno de los procedimientos, control y criterios de terminación.

Primer objetivo incorporar los principios básicos del aprendizaje aplicables para explicar el comportamiento de dependencia a drogas.

Procedimientos para alcanzar el objetivo propuesto; el experto informa al residente (paciente) sobre principios básicos del aprendizaje enfatizando en estímulos discriminativos comprendidos y al asimilar la información proporcionada se desarrollan los siguientes contenidos: a) Estímulos discriminativos b) Cadena comportamental, manual programado y técnicas audiovisuales c) Modelos de explicación d) Bases biológicas que enfatiza en la sensibilización neuronal.

Control, es mediante la formulación de explicaciones verbales o escritas.

Criterios de terminación del tratamiento; aprobar con el 90% de aciertos en una prueba escrita específica a los temas tratados.

Segundo objetivo reconocer situaciones que conducen al consumo de drogas.

El procedimiento para alcanzar este objetivo es mediante la confección de una lista de situaciones importantes, tales como grupos de estímulos discriminativos.

El control consiste en la obtención de la lista fundamentada con breves informaciones que pueden ser repetidas.

Criterios de terminación del tratamiento, es el reconocimiento de las situaciones discriminativas.

Tercer objetivo.-Extinguir la jerga del dependiente a drogas.

Procedimiento.-Para este objetivo se confecciona una lista de palabras en jerga. Se desarrolla un condicionamiento verbal diferencial a través del personal terapéutico, quienes para tal fin interrumpen, extinguen y elogian.

Así mismo se inicia la técnica de autocontrol.

El control está basado en la observación que realiza el personal terapéutico respecto a las palabras de la lista que son utilizadas.

Criterios de tratamiento; se termina este objetivo cuando se reduce notablemente el uso de jergas, bajo la observación o información.

Cuarto Objetivo.- Extinguir las conversaciones sobre drogas.

Procedimientos; se debe tener en cuenta las instrucciones sobre:

a) Comprobación de los estímulos discriminativos que controlan el hablar sobre drogas.

Temas alternativos: conversar sobre los logros en el trabajo.

Aprendizaje de técnicas para interrumpir o evitar situaciones críticas sobre esta forma de comportamiento de comunicación verbal.

Mecanismos de retroalimentación.

Controles.- durante el procedimiento la información se efectúa a través de registros del residente y del personal terapéutico.

Criterios de terminación de tratamiento: disminución de las conversaciones sobre drogas bajo observación o información.

Quinto objetivo.-Extinción de pensamientos sobre drogas.

Procedimientos; Se confecciona una lista sobre contenido de pensamientos y sobre estímulos discriminativos que los controlan. Se utiliza los métodos terapéuticos de: sensibilización encubierta, control encubierto, bloqueo de pensamiento.

Control a través de una lista de frecuencia de pensamientos confeccionada por el residente (paciente).

Criterios de tratamiento: reducción significativa de la frecuencia de pensamientos sobre drogas, bajo evaluación individual por auto-observación de procesos encubiertos.

Sexto objetivo.-Evitar situaciones que pudieran conducir al consumo de drogas.

Procedimientos: lista de comportamientos alternativos, utilizar la sensibilización encubierta.

Controles: la lista deberá ser examinada y discutida con el residente.

Observación del residente durante los ejercicios y en situaciones naturales.

Criterios de tratamiento; ordenar y repetir listas de comportamientos alternativos.

Séptimo objetivo.-Extinguir el deseo para comerciar y traficar con drogas.

Procedimientos: argumentos sólidos para no comercializar drogas.

Controles: que repita argumentos contra el comercio de drogas en forma sintética y repetirlas varias veces.

Criterios de terminación del tratamiento; que el residente repita argumentos sólidamente fundados contra el tráfico de drogas.

Octavo objetivo.-Extinguir el consumo de alcohol.

Procedimiento: analizar la conducta con respecto a su historia con el alcohol y mantener la abstinencia.

Ensayo de roles, comportamientos alternativos (pedir bebidas no alcohólicas).

Controles: el equipo terapéutico lo observa durante los ejercicios.

Criterios de terminación: se lograrán demostraciones continuas y seguras del autocontrol.

Módulo I del ámbito comportamental II corresponde al comportamiento en el tiempo libre.

La meta consiste en que los residentes (pacientes) ocupen su tiempo libre en actividades que resulten incompatibles con el consumo de drogas. Se realiza el análisis conductual que permite conocer el tiempo libre del residente.

Al inicio se elabora una lista de intereses y planes, luego se realizará la observación de la participación de los residentes (pacientes) en las actividades programadas para ese fin.

En un inicio los fines de semana, los residentes (pacientes) tendrán horas libres de refuerzo, así como sábado y domingo, con actividades de lectura, deportes, escuchar música, conversaciones etc. La segunda fase consiste en que el paciente puede salir a su hogar pero debe haber pasado por lo menos un segundo mes en la comunidad.

El residente obtiene reforzadores sociales, materiales y auto - reforzamientos.

El programa debe ser implementado para una semana y de preferencia, el día sábado.

Primer objetivo.-Planear y ejecutar actividades en el tiempo libre.

Procedimientos: se analizan los pasatiempos e intereses.

Controles: a través de las listas del comportamiento del tiempo libre realizada por los residentes.

Criterios de terminación.-Cumplir con las actividades programadas.

Segundo objetivo.-Conocer sobre la organización del tiempo libre.

Procedimiento: elaborar una lista de actividades con el residente.

Controles: relatos breves sobre posibilidades existentes.

Criterios de terminación: redacción de un plan para el tiempo libre.

Módulo I del ámbito comportamental III

Primer objetivo.-Trabajar regularmente por largos períodos.

Procedimiento: sistema de puntos, refuerzo positivo verbal.

Controles: registrar los puntos en una cartilla especial.

Criterios de terminación: alcanzar el mínimo de puntos fijados para cada fase.

Segundo objetivo.-ser puntual en el trabajo.

Procedimientos.-sistema de puntos, con el refuerzo positivo verbal.

Controles.-registro de los puntos en una cartilla especial.

Criterios de terminación del trabajo.-Alcanzar un mínimo de puntos por cada fase.

Tercer objetivo.-trabajar hasta terminar.

Procedimientos.-sistema de puntos, con refuerzos positivos verbales.

Controles.-Observaciones de las habilidades y aptitudes en acción sostenida durante el trabajo.

Criterios de terminación.-se cumple el objetivo cuando se logra valores en la escala de evaluación.

Cuarto objetivo.-trabajar con orden y limpieza.

Procedimientos.-adición de puntos, refuerzo positivo verbal.

Controles.-información sobre el orden y la limpieza bajo observación.

Criterios de terminación.-alcanzar valores 5 o 6 en la escala de evaluación.

Quinto objetivo.-Tomar decisiones sobre la profesión u oficio.

Procedimientos.-Entrenar a los residentes en la toma de decisiones y en la orientación vocacional.

Controles.-relación escrita de alternativas ocupacionales y de sus consecuencias.

Criterios de terminación.- Determinación de las metas profesionales u ocupacionales.

Sexto objetivo.-buscar un puesto de trabajo o una institución de entrenamiento ocupacional.

Procedimiento.-Ayuda de entidades relacionadas con estos aspectos.

Controles.-comportamiento de búsqueda de empleo.

Criterios de terminación.-Contrato para ocupar, luego del alta, un puesto de trabajo.

Módulo I ámbito comportamental IV.

Se refiere al comportamiento social, los objetivos están destinados a que los residentes mejoren sus relaciones interpersonales a nivel de pareja y de grupo. Se informa sobre los aspectos sexuales y la terapia para perturbaciones sexuales, que aprenda a manejar sus emociones, conflictos y frustraciones.

Se trata de mejorar su auto-imagen y autoestima, extinguir la depresión y controlar la ansiedad.

Primer objetivo.-Mejorar las relaciones interpersonales. Establecer y mantener contactos. Decir “No”. Formular racionalmente las exigencias o

peticiones. Tolerar fracasos y frustraciones. Aceptar críticas. Superar la ansiedad y otras fobias. Manejo de los conflictos.

Procedimientos: entrenamiento asertivo. Desensibilización sistemática (Wolpe, 1958).

Técnicas de inoculación de estrés (Meinehenbauan, 1980).

Técnicas operantes: aproximaciones sucesivas.

Auto-eficacia o autodominio (Bandura, 1981).

Terapia conductual de grupo (Rose, 1977) (Sank y Shaffer, 1884).

Controles: con el cuestionario: Wolpe, Beck, Turner, Spielberg, Meyer, Taylor. Auto-registro y escala de observación registradas por el personal terapéutico.

Criterios de terminación: mantener una estabilidad en el valor positivo de una lista de comportamientos sociales.

Segundo objetivo.-Mejorar la comunicación, cerrar compromisos, elogiar y discutir en forma no agresiva.

Procedimientos: Entrenamiento de comunicación. Ensayo conductual y retroalimentación.

Controles, escala de observación y auto-observación.

Criterios de terminación del tratamiento: termina con la culminación exitosa del programa de entrenamiento y de las medidas terapéuticas suplementarias.

Tercer objetivo.-informarse sobre aspectos sexuales y terapia para las perturbaciones sexuales.

Procedimientos: el terapeuta habla sobre la sexualidad normal, relaciones con el sexo opuesto y relaciones sexuales.

Controles; se evalúa la incorporación del paciente en las diferentes fases del programa.

Escalas; temores sexuales de Antón, cuestionario de impotencia de Wolpe.

Criterios de terminación: es individual.

Cuarto objetivo.-Prepararse para los encuentros con personas conocidas y por conocer, no consumidoras.

Procedimientos.-Técnica de juego de roles con situaciones de dificultades creciente, en terapia de grupo.

Controles.- participación en juego de roles activa y exitosa.

Criterios de terminación: cada paciente debe contar con planes individuales y objetivos en relación a futuros encuentros.

Quinto objetivo.-mejorar la auto-imagen.

Procedimientos: reestructuración cognitiva.

Controles: entrevistas, cuestionarios.

Criterios de terminación; que el paciente obtenga mayores puntajes en el cuestionario de auto-imagen.

Sexto objetivo.-mejorar la autoestima.

Procedimientos: asertividad (habilidades sociales).Técnicas de terapias cognitivas.

Controles.-cuestionarios, observación del comportamiento general y verbal.

Criterios de terminación, mayores puntajes en el cuestionario de autoestima.

Séptimo objetivo.-Extinguir la depresión.

Procedimiento: identificar la depresión con técnicas de terapia cognitiva y tratarla en forma individual y de grupo.

Controles: Serán a través de las escalas de depresión y la entrevista clínica.

Criterios de terminación: Se concluye cuando se logra una mejora cuantitativa en las escalas de depresión.

Octavo objetivo.-Controlar y superar la ansiedad inadaptativa.

Procedimientos: identificar niveles de ansiedad, utilizando la desensibilización sistemática, inoculación de estrés, relajación y la terapia cognitiva.

Controles: A través de cuestionarios, escalas de ansiedad y entrevistas clínicas.

Criterios de terminación: la terapia concluye cuando se logra una mejora en el resultado de las escalas de ansiedad y en el instrumento de objetivos terapéuticos.

Módulo I del ámbito comportamental V.

Corresponde a la organización personal y la forma como los (residentes) pacientes logran constituir su medio ambiente. Participan en actividades del programa; se mejora su capacidad de planificar a corto plazo. Se trabaja en el autocontrol necesario que les permita manejar el dinero y otros bienes de consumo adecuadamente; aprenden a aceptar responsabilidades con personas investidas de autoridad.

Primer objetivo.- Observar y cumplir con las pautas o reglas del comportamiento.

Procedimientos.-Contrato conductual.

Controles.-Se establece el dosaje de orina etílico y observación por parte del personal.

Criterios de terminación.-Cumplir con todas las pautas del contrato conductual. Termina cuando el residente cumple con los criterios y con las actividades programadas.

Segundo objetivo.-Mantenerse activo durante la permanencia en la comunidad terapéutica.

Procedimientos.- A través de la terapia ocupacional, con las técnicas para reforzar esos comportamientos por parte del personal con un sistema de puntos.

Controles.- Diario del programa de actividades, con demostraciones en cada actividad.

Criterios de terminación.-Cumplir con las actividades de la comunidad terapéutica, en cada fase del tratamiento y rehabilitación.

Tercer objetivo.-Mejorar el comportamiento de planificar a corto plazo.

Procedimientos.-Planificación previa del tiempo.

Controles.-Demostración de la planificación previa del tiempo en las actividades.

Criterios de terminación.-Planeamiento anticipado de actividades.

Cuarto objetivo.- Manejar dinero y bienes de consumo.

Procedimientos.-Informaciones, planeamientos, auto-registros, autocontrol, contrato conductual.

Controles.-Registros directos durante la terapia individual.

Criterios de terminación.-Ausencia de deudas y de derroches de bienes de consumo, con una organización realista de futuros ingresos.

Quinto objetivo.- Vestido e higiene corporal.

Procedimientos.-informaciones, planeamientos, auto-registros, autocontroles y contrato conductual.

Controles.-registro (listas).

Criterios de terminación.-comportamientos regulares de higiene personal y cuidado en el vestido.

Sexto objetivo.-Arreglar el dormitorio.

Procedimientos a través de informaciones, planeamiento, auto-registro, autocontrol y contrato conductual.

Controles.-Registro (listas).

Criterios de terminación.-Dormitorio ordenado.

Séptimo objetivo.-Aceptar responsabilidades que se logra con actividades dirigidas al mantenimiento del local de la comunidad terapéutica. El objetivo de este comportamiento se alcanza bajo un sistema de puntos.

Octavo objetivo.-relacionarse con personas investidas de autoridad.

Procedimientos.- Informaciones, planeamiento, auto-registro, autocontrol, contrato conductual, ensayo de roles, escalas.

Controles.- conseguir un trabajo luego de relacionarse con jefes o autoridades.

Criterios de terminación.-Ejecución repetidas y estables de estos comportamientos en situaciones de ensayo de roles o en el ambiente natural.

Módulo I del ámbito comportamental VI.

Este módulo ha sido diseñado para que los (residentes) pacientes, desarrollen autosuficiencia en el análisis y evaluación de los problemas y que se entrenen en el comportamiento de toma de decisiones realistas. Se

emplea entrenamiento del comportamiento de observación, reconocer la diferencia entre problemas reales u objetivos y problemas como consecuencia de interpretaciones distorsionadas y el desarrollo de programas de autocontrol.

Como control se utilizan líneas de base y escalas, durante el curso de la terapia.

Primer objetivo.-Lograr autosuficiencia en el análisis y evaluación de los problemas. Reducir los comportamientos de evitación. Establecer programas de autocontrol. Aplazar o postergar satisfacciones inmediatas. Desarrollar un plan de objetivos realistas.

Procedimientos.-Se entrena a los pacientes en el comportamiento de observación, en el análisis del comportamiento, entrenamiento en explicaciones racionales sobre los problemas y en el desarrollo de programas de autocontrol en terapia individual y de grupo.

Controles.-A través de línea base y usar escalas durante el curso de la terapia.

Criterios de terminación.- con la ayuda del manual de ejercicios que tiene el programa se comprobará la capacidad que tiene el paciente de reconocer los problemas y solucionarlos.

Segundo objetivo.-Tomar decisiones realistas.

Procedimientos.-Entrenamiento en la toma de decisiones.

Controles.-Manual de ejercicios.

Criterios de terminación.-Tomar decisiones de forma sistemática en relación a lo aprendido y alcanzar calificaciones de 5 a 6 en el instrumento de evaluación de objetivos terapéuticos.

Módulo I del ámbito comportamental VII.

El esfuerzo se centra en lograr que los residentes puedan realizar un reconocimiento de pensamientos y esquemas irracionales para su modificación.

Primer objetivo.-Reconocer los pensamientos y esquemas o concepciones irracionales.

Procedimientos.-Se entrena a los pacientes en un auto-registro de respuestas emocionales perturbadoras, de los pensamientos y concepciones o esquemas relacionados con ellos. Se practica en vivo, en terapia individual y de grupo.

Controles.-Bajo observación directa del personal terapéutico, en las sesiones individuales, de grupo y en la vida de la comunidad.

Criterios de terminación.-El paciente debe confeccionar una lista con las principales concepciones o pensamientos irracionales y sus relaciones funcionales con las emociones perturbadoras. Se deberán alcanzar valores de 5 a 6 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos.

Segundo objetivo.-Modificar los pensamientos y esquemas o concepciones irracionales.

Procedimientos.-Se emplea la Terapia Racional Emotiva, la reestructuración cognitiva y otros métodos cognitivos.

Controles.-Bajo observación directa del personal terapéutico de los auto-registros del residente o en observaciones directas en terapia de grupo o individual.

Criterios de terminación.-Disminución significativa de los esquemas, de las respuestas emocionales perturbadoras y se concluye cuando se alcanza valores de 5 a 6 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos.

Tercer objetivo.-Mejorar el constructo de auto-eficacia.

Procedimientos.-Se identifica las distorsiones en la auto-apreciación y auto-eficacia y se emplea la terapia racional, reestructuración cognitiva y el refuerzo contingente.

Controles.-Se observa el comportamiento del paciente, empleando cuestionarios de auto-eficacia, inventarios de situaciones de consumo de alcohol, cuestionarios de las situaciones de confianza, Inventario de conductas de afrontamiento (Litman et al, 1983), escalas de auto-eficacia y expectativas de resultados.

Criterios de terminación.-Cuando el paciente incorpora mejores niveles de auto-eficacia y los residentes alcanzan de 5 a 6 puntos en la escala de objetivos terapéuticos.

Cuarto objetivo.-Modificar los estilos negativos de afrontamiento al estrés.

Procedimientos.-Identificación de estilos de afrontamiento al estrés, terapia racional y otras técnicas cognitivas.

Controles.-Observación del comportamiento y resolución de problemas.

Criterios de terminación.- Cuando el paciente incorpora estilos eficaces de afrontamiento para resolver el estrés.

Quinto objetivo.-Mejorar los comportamientos inadaptativos en los trastornos de personalidad.

Procedimientos.-Identificación del trastorno de personalidad DSM – IV, CIE-10. Análisis funcional paradigmático. Programa de modificación del comportamiento. Variantes de la terapia cognitiva (Freedman, Kaplan) (Beck et al, 1990).

Controles.- Cuestionarios, observaciones y registros del comportamiento.

Criterios de terminación.-Disminución significativa del comportamiento polarizado, mejorar la tolerancia, adaptación a normas. Reducción del comportamiento inadaptativo diagnosticado. Alcanzar puntajes de 5 ó 6 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos.

Módulo I del ámbito comportamental VIII

Se focaliza en las distorsiones y roles que existen en las transacciones con la familia y el adicto.

Primer objetivo.-Reconocer las distorsiones en los roles y transacciones entre los miembros de la familia.

Procedimientos.-Terapia cognitivo conductual de familia y de pareja.

Controles.-A través de auto-registro, registro y escala.

Criterios de terminación.-Que el paciente mejore en sus relaciones interpersonales, disminuyendo la ansiedad de la familia medida por auto-registro y escalas subjetivas de disturbio. Se fortalecen los lazos naturales, adaptativos de la familia.

Segundo objetivo.-Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia.

Procedimientos.-Se trabaja en habilidades sociales con ejercicios de comunicación.

Controles.-A través de la observación y con cuestionarios de habilidades sociales.

Criterios de terminación.-Con el restablecimiento de la comunicación, transacciones adaptativas y constructivas entre los miembros de la familia, se logra disminuir los conflictos y aumentar el poder reforzante de vivir con la familia. (Navarro, R., 1997).

La Duración del tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Ñaña es de un año bajo el modelo Psicoterapéutico cognitivo conductual; durante este año los pacientes pasan a realizar una serie de actividades en la Comunidad y evolucionan en colores desde el blanco hasta el rojo con el cual se les da de alta. En su modelo psicoterapéutico cognitivo conductual existen técnicas de psicoterapia de grupo donde se confronta a los pacientes, así como sesiones psicológicas y psiquiátricas individuales; luego del alta, el paciente asiste a un programa de seguimiento los días sábados de 9 a 3 p.m. donde realizan psicoterapia de grupo y deportes; la duración total del seguimiento en este modelo es de 5 años.

Anexo 009: PROGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ADICCIONOLOGIA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN.

El Hospital Hermilio Valdizán ha emprendido desde 1998 un arduo proceso de cambio, dirigido hacia el logro de una organización moderna, formulando diversos instrumentos técnicos y de gestión para atender a pacientes involucrados en conductas adictivas, tanto del género masculino como femenino. Cumple con el rol de Hospital especializado en Salud Mental y Psiquiatría, encargado de la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción sociolaboral, en el área de las conductas adictiva.

El Departamento de Adicciones, tiene un programa de tratamiento con un enfoque multidisciplinario de intervención basado en: Captación ambulatoria de pacientes adictos, proceso de internamiento de 45 días y programa de seguimiento.

La intervención integral abarca los aspectos orgánicos, biológicos, de personalidad, estilos de vida e intervención sobre las redes familiares y sociales.

Para cada paciente en particular existe el manejo en farmacoterapia, psicoterapia individual, grupal, familiar, orientándose hasta lograr un grupo importante de seguimiento con supervisión y apoyo terapéutico.

Características del programa:

- Disponibilidad en todo momento.
- No limitado al uso de drogas, sino a todas las necesidades del individuo.
- Flexibilidad con capacidad de modificarse según las necesidades del paciente.
- Posibilidad de ser evaluado.

Objetivos Generales:

- Rehabilitar al paciente adicto con técnicas modernas y participación del equipo multidisciplinario.
- Lograr la reinserción familiar, sociolaboral y continuar con el proceso de rehabilitación.

Objetivos Específicos:

- Lograr una adecuada desintoxicación.
- Motivación permanente.
- Consolidar la conciencia de enfermedad.
- Establecer cambios en el estilo de vida.
- Abstinencia total de consumo.
- Incorporar hábitos saludables y productivos.
- Recuperar la autoestima.
- Restablecer las aptitudes vocacionales.
- Recuperación de su rol en el seno familiar.
- Integrar activamente a la familia en el tratamiento.

Metodología del programa:

Admisión.

Hospitalización.

Seguimiento.

Organización matricial del equipo:

Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Trabajadora Social, Terapeuta ocupacional.

Reglamento interno:

- No fumar.
- No hablar de consumo o jergas del mismo.
- No agredirse verbal o físicamente, la agresión física dará lugar al alta inmediata.
- Están prohibidas las visitas de familia o amigos que estén en consumo de Sustancias Psicoactivas y no guarden abstinencia sostenida.
- No pretender sostener relaciones sentimentales dentro del hospital.
- No robar, vender o cambiar objetos ni prendas.
- No ponerse sobrenombres.
- No burlarse de los pacientes psicóticos.
- No jugarse de manos.
- No tener equipos de sonidos.

- No poseer objetos punzo cortantes.
- No acercarse a puertas externas del hospital por ninguna razón.
- No hacer llamadas telefónicas personales.
- No permanecer fuera del pabellón después de las 6 p.m.
- No formar grupos en los ambientes no asignados.
- No caminar por los pabellones sin polo.
- No traer alimentos preparados al pabellón
- No intercambiar prendas, material, alimento.

Cronograma de Actividades:

6:00	a.m.	Lista de asistencia.
6:10	a. m.	Limpieza.
6:30	a. m.	Deportes.
7:10	a.m.	Aseo Personal.
7:45	a. m.	Desayuno.
8:30	a.m.	Terapia Grupal.
10:00	a.m.	Terapia ocupacional.
12:30	a.m.	Almuerzo.
13:30	p. m.	Reposo.
14:30	p. m.	Terapia ocupacional.
16:30	p. m.	Deportes.
17:30	p. m.	Aseo personal.
18:00	p. m.	Cena.
18:30	p. m.	Escritura del Diario.
19:00	p. m.	Tiempo libre.
20:00	p.m.	Lectura comentada.
21:00	p.m.	Refuerzo.
21:30	p.m.	Televisión.
22:00	p.m.	Hora de acostarse.

Etapas del programa.

1.-Etapa de Admisión: se inicia con la demanda de atención y culmina con el ingreso del paciente.

2.-Etapa de Hospitalización Breve: 45 días, dividido en cuatro fases.

3.-Etapas de Seguimiento: Etapa final del programa.

Etapas de Admisión.

- Fase I : Análisis de la demanda.
- Objetivos : Análisis de la demanda; captación por selección del Paciente.
- Metas : Motivación, red social de apoyo.
- Plan : Entrevista, evaluación de la motivación, evaluación de la familia.
- Fase II : Evaluación y análisis funcional.
- Objetivos : Conocer las áreas de cambio a realizar, establecer metas y planes.
- Metas : Evaluación individual y sociofamiliar.
- Plan : Entrevistas clínicas, auto-informes, psicometría, Laboratorio.

Etapas de Hospitalización.

- Fase I : Adaptación 10 días.
- Objetivos : Incorporación al programa terapéutico y deshabitación física.
- Metas : Control del síndrome de abstinencia, de complicaciones físicas y psicológicas.
- Plan : Evaluación y tratamiento médico. Evaluación psicológica y sociofamiliar.
- Fase II : Deshabitación psicológica: 15 días.
- Objetivos : Lograr la deshabitación psicológica totalmente.
- Metas : Adherencia y aceptación del tratamiento propuesto y tratamiento de la comorbilidad.

- Plan : Psicoterapia individual, grupal, familiar con método sistémico y con la utilización de técnicas cognitivo-conductual.
- Fase III : Rehabilitación breve y normalización: 10 días.
- Objetivos : Proyectar a los pacientes a que asuman responsabilidades en sus trabajos, estudios y en la familia.
- Metas : Evaluación del grado de deterioro. Trabajo actual, separación, comorbilidad.
- Plan : Planificación de metas, entrenamientos en nuevas habilidades, asertividad, solución de problemas, reestructuración familiar.
- Fase IV : Reinserción: 10 días.
- Objetivo : Reincorporación al seno familiar, restablecimiento de opciones laborales.
- Metas : Mantenimiento de la abstinencia, prevención de recaídas.
- Plan : Técnicas de intervención familiar. Generación de redes sociales de apoyo. Técnicas de prevención de recaídas. Entrenamientos en solución de problemas.

Etapas de seguimiento.

1.-Objetivos:

- Evaluación post alta médica.
- Evaluación de su reinserción familiar, académica, laboral y social.

2.-Metas:

Colaboración de la familia, manejo de los conflictos, actividad laboral.

3.-Plan:

- Entrevista personal, terapia grupal, reunión familiar semanal.
- Control ambulatorio por 5 años.

A continuación describiremos las funciones y obligaciones de los profesionales del equipo terapéutico:

El Jefe del Departamento de adicciones: Es quien planifica, organiza, dirige, coordina, controla, supervisa y evalúa las actividades asistenciales y administrativas del Departamento. Propone metodologías adecuadas para la formulación del plan de trabajo anual del área a su cargo, así como normas y procedimientos relacionados con la atención de los pacientes que demandan el servicio.

Existen dos programas:

Programa de consulta externa.- Los médicos atienden a los pacientes en los consultorios externos del hospital, el médico Psiquiatra colabora activamente en la coordinación, planificación y dirección de las actividades técnicas, asistenciales y administrativas del Departamento.

Programa de hospitalización.- Los pacientes con problemas de adicciones son hospitalizados 45 días en el pabellón 6; son examinados por psicólogos, Psiquiatras y demás miembros del equipo y realizan las siguientes actividades:

Terapia ocupacional a cargo de la terapeuta ocupacional, en que se realizan actividades de tejido de carteras, correas, lámparas, etc. Asimismo labores en el huerto y la granja de la institución. Se leen libros con lecturas sobre las que se reflexionan; se ven películas con contenidos psicológicos de las cuales se sacan enseñanzas, con la participación de todos los pacientes. Se llevan a cabo evaluaciones psiquiátricas, a fin de prescribir los medicamentos que requieran los pacientes. Las evaluaciones psicológicas son de gran importancia para el afianzamiento y cambio de conductas de los pacientes y también para obtener datos diagnósticos y pronósticos de los mismos.

Cuando el caso del paciente lo amerita, es transferido por interconsulta a otros especialistas, como medicina general, odontología, etc; si el paciente lo requiere es transferido a la comunidad terapéutica de Ñaña.

Con los dependientes a sustancias se lleva a cabo un programa de seguimiento una vez por semana, a través de la psicoterapia de grupo bajo la responsabilidad del psicólogo.

El Médico Psiquiatra, realiza lo siguiente: Efectúa la historia clínica, la evaluación, prescripción de los medicamentos; brinda atención psiquiátrica en tratamiento; rehabilitación, y reinserción sociolaboral a los pacientes con conductas adictivas. Visita a los pacientes hospitalizados; prescribe, firma transferencias, altas; elabora epicrisis. Atiende a nivel ambulatorio para diagnosticar y tratar.

El Psicólogo del Departamento de adicciónología trabaja: Obteniendo información mediante entrevistas individuales con el paciente y/o familia para aclarar problemas y para una futura orientación del caso; recoge datos mediante la aplicación de técnicas e instrumentos apropiados para cada paciente, con el fin de alcanzar una comprensión de los aspectos dinámicos cognitivos de la personalidad del mismo. Trata al paciente con técnicas de apoyo; psicoterapia breve u otras técnicas de intervención psicológica que se adapte mejor a cada caso, que le permita afianzar el proceso de rehabilitación. Prepara al paciente y/o familia de acuerdo a sus características para su incorporación a continuar su tratamiento en el programa ambulatorio o al programa de Comunidad Terapéutica. Presenta semanalmente al equipo terapéutico los resultados de la evolución psicológica de cada uno de los casos a su cargo. Hace visitas diarias y anota su opinión en la Historia Clínica. Elabora informes sobre los casos atendidos. Acompaña a sus pacientes en las distintas etapas del tratamiento de los programas hospitalarios. Informa las conclusiones psicológicas al paciente y su familia, brindándole la orientación que corresponde.

La Trabajadora Social del Departamento realiza lo siguiente:

Elabora programas de trabajo social de acuerdo al Plan diseñado por el Departamento. Participa con el equipo terapéutico en visitas médicas, reuniones clínicas, aportando con la evolución de la familia.

Entrevista al paciente y familiares con el objetivo de realizar estudios socio-económicos y familiares. Realiza diagnóstico y tratamiento social de las familias del dependiente a sustancias. Orienta al paciente y familia en lo que atañe a rutinas hospitalarias, seguridad social y convenios. Realiza visitas domiciliarias cuando el caso social lo requiere. Elabora estadísticas periódicas del trabajo y mantiene un registro de documentación actualizado. La Enfermera del Departamento: Ejecuta el plan de atención de enfermería, los programas de hospitalización y consulta externa. Contribuye en la elaboración de los planes de tratamiento. Fomenta la comunicación terapéutica entre el dependiente a sustancias, el equipo terapéutico y familia. Contribuye en la captación, motivación y la rehabilitación del asistido y su familia en los programas ambulatorios, hospitalización y Seguimiento del caso. Determina acciones de enfermería dirigidas hacia la modificación de comportamientos del adicto en cada una de las áreas comportamentales establecidas en el programa de tratamiento.

Existen los siguientes profesionales: médico psiquiatra, psicólogo clínico, enfermeras, trabajadora social, tecnólogo ocupacional, técnicos de enfermería, técnicos ocupacionales, secretaria. (Hospital Hermilio Valdizán, 1998).

Anexo 010: PROGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN (DAMOC).

El Departamento de Análisis y Modificación de Conducta fue creado el 15 de noviembre de 1979 por el Dr. Navarro Cueva Rafael, y la Dra. María Arévalo de Navarro. En la actualidad tienen 2 Médicos, 4 Psicólogos, 2 secretarías y 6 internos de psicología. La estructura orgánica del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, cuenta con cuatro unidades:

Unidad de Adultos.-Tiene como objetivo la asistencia y tratamiento de los pacientes derivados por problemas tradicionalmente diagnosticados como desórdenes neuróticos o trastornos de ansiedad y trastornos afectivos.

Unidad de Fármaco-dependencia y alcoholismo.- Cuya principal función es desarrollar programas de evaluación y tratamiento destinados a pacientes consumidores de alcohol y drogas.

Unidad de niños.- Es una de las áreas de aplicación de la terapia conductual de mayor demanda y donde los logros se plasman rápida y eficazmente.

Unidad de docencia e investigación.-Es un campo importante y fecundo porque permite que la terapia conductual y sus beneficios se difundan y consoliden a través de la formación de terapeutas conductuales. (Navarro, R. 1991). En las diferentes unidades se aplican técnicas cognitivo-conductuales en función de las necesidades individuales de cada paciente y en un marco de ética terapéutica. Cuando los pacientes requieren ser hospitalizados, tienen problemas de adicciones, si son varones se les deriva al pabellón 6 y si son mujeres se les interna en el Servicio de hospitalización del pabellón 5. Si el caso lo requiere, el paciente es transferido del consultorio externo a hospitalización de Ñaña. El Servicio consta de un programa de seguimiento de los pacientes dependientes a sustancias que se encuentran en tratamiento, los cuales se realizan una vez por semana y cuenta con la participación de los psicólogos y del jefe del Departamento. (Hospital Hermilio Valdizán, 1998).

Anexo 011: PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES
DEPENDIENTES A SUSTANCIAS DEL INSTITUTO DE SALUD
MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI.

Encontramos dos programas de tratamiento para pacientes dependientes a sustancias:

a) Modelo Biopsicosocial de las Adicciones del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

Propuesto y desarrollado por el Dr. Alfredo Saavedra, en el año 1998 y vigente hasta la fecha. El presente modelo parte del planteamiento que el paciente está ligado inextricablemente desde su condición personal psicológica y biofísica, a sus relaciones interfamiliares y sociales para lo cual mantiene cuatro enfoques que interactúan: el neurofisiológico, el psicofarmacológico, el psicológico y el sociofamiliar (Linn, N. 1980; Engell, 1980; Fink, 1988. Citado en Saavedra, A. 1991).

El entendimiento de una persona saludable resulta por oposición de estos enfoques; así una persona con una adecuada funcionalidad neuronal, sin requerimiento de fármacos con motivaciones intrínsecas y extrínsecas reguladas y controladas por el propio individuo y una interacción adaptativa con la familia y el entorno; desde esta óptica, el modelo de los aspectos biológicos están representados por el avance de la psiquiatría biológica, particularmente las aproximaciones psicofarmacológicas, las mismas que a través de diversas investigaciones han puesto de manifiesto los cambios neurofisiológicos que se producen con las variadas sustancias psicoactivas. Al respecto se tienen las llamadas drogas antiapetencia (anticraving), las específicas para los variados síndromes de abstinencia, las antialcohólicas y por último aquellos psicofármacos con propiedades reguladoras de conductas impulsivas. (Halikas, J ; et al 1989; Fabián 1985; Koster et. al 1987; Kosten, 1989; Newson J. Seymour, R, 1983. Citado en Saavedra, A. 1991).

La aproximación psicofarmacológica es de vital importancia, especialmente al inicio del tratamiento: en cuya etapa las deserciones son elevadas en

respuesta a diferentes factores como son la falta o la escasa motivación por el tratamiento, la poca o ambivalente conciencia de enfermedad, las conductas agresivas, disfóricas o negativas (particularmente el síndrome de abstinencia en cocaína), así como los serios problemas familiares concomitantes. (DSM- III-R, 1987, Kosten 1987; Renner, Jr. J. 1990. Citado en Saavedra, A. 1991).

En el área psicológica resaltan las intervenciones de carácter interdisciplinario que se dan en diferentes formas de psicoterapia. Se utilizan las psicoterapias de apoyo, grupales en sus modalidades individual y multifamiliar, valiosas por su efectividad comprobada (Balis, 1989; Mac Llevan, 1983; Adelman, 1989. Citado en Saavedra, A. 1991).

En este modelo priman las intervenciones a nivel familiar, dirigidas no solamente a la familia directa, sino a toda persona que tenga un vínculo de ascendencia importante sobre el paciente y cuya participación sea crucial en la rehabilitación del mismo.

En el modelo biopsicosocial las aproximaciones iniciales van a depender de las características individuales del paciente (Balis, 1989; Mac Llevan et al. 1983. Citado en Saavedra, A. 1991). En una primera instancia se dividen los pacientes en base a su motivación y/o conciencia de enfermedad.

a) Pacientes sin motivación o sin conciencia de enfermedad:

En estos casos la familia se dirige a la institución, siendo abordada en primera instancia por la enfermera del Departamento, que realiza un triaje y brinda las primeras orientaciones relacionadas a la enfermedad adictiva y al proceso de tratamiento general. El triaje consiste en entrevistar a la familia con la finalidad de determinar el soporte familiar, la zona de residencia y la ausencia de problemas judiciales.

El modelo trabaja con el grupo familiar, el mismo que se erige como un pilar fundamental, en el control y seguimiento del paciente, ya que mientras mayor sea la participación familiar, de terceros (amigos, enamorado, conyüges, otros), mejor es el pronóstico en cuanto a la rehabilitación y abstinencia (Picard, 1989; Koston 1983. Citado en Saavedra, A. 1991).

Si el paciente no tiene familia o tutor responsable, hecho que ocurre algunas veces en la práctica, se le atiende pero tiene menor posibilidad en el pronóstico.

La zona de residencia se investiga debido a las políticas de atención de la institución, y a los problemas judiciales que se pueden suscitar. Se investiga la atmósfera familiar; qué elementos condicionan el alejamiento, rechazo o negativismo del paciente para una intervención médica.

En algunos casos donde el paciente no acepta intervención alguna y en ocasiones desarrolla un sistema de negación completa de su adicción; para estos casos queda sólo el afronte hospitalario coercitivo.

b) Pacientes con algún grado de motivación; la enfermera realiza el triaje respectivo, una vez aceptado, el psiquiatra elabora una historia clínica completa mediante el formato de evaluación de adicciones (FEA) desarrollado por Saavedra Castillo A, en lo que respecta al problema adictivo, se hace un análisis de todos los condicionantes para el consumo de la droga, ya sea en las áreas personales, familiares o sociales.

Se analiza la situación académica y/o laboral para determinar los condicionantes para el consumo de la sustancia en tales contextos y de este modo decidir si el paciente puede o no continuar con tales actividades.

Posteriormente el médico detectará las condiciones médicas familiares, sociales o psiquiátricas asociadas o no a la fármaco-dependencia, pero importantes para el manejo inicial del paciente. Luego el médico formulará el plan terapéutico a seguir. Hará las derivaciones al resto del equipo interdisciplinario, solicitarán las interconsultas médicas y pruebas de laboratorios necesarias para la evaluación del paciente. En la práctica se observa que es una manera de motivar al paciente, puesto que permiten demostrar al mismo las consecuencias de su consumo.

Los médicos utilizan la carbamazepina en la cocaína (Halikas, 1989; Tennant, 1987. Citado en Saavedra, A. 1991), las benzodiazepinas en la abstinencia alcohólica, Feuerlein, 1982; Adelman et. al 1989; Newson J. Seymour, R. 1983. Citado en Saavedra, A. 1991). Clonidina en abstinencia a

opiáceos, tabaco y alcohol (Bond, 1986). Carbamazepina y abstinencia a benzodiazepinas (Ries, et al 1989) así como las drogas antialcohólicas del tipo disulfirán (Balis, 1989) y los reguladores de conducta donde sobresalen la carbamazepina y el valproato de sodio (Neppe, 1982; Luchins, 1983. Citado en Saavedra, A. 1991).

Psicología tiene varios niveles de intervención. En un inicio están las evaluaciones con los tests que abarcan personalidad, organicidad, orientación vocacional; así como algunos tests de autodiagnóstico en especial para el alcoholismo, donde se ha visto que tienen muy buena influencia en la motivación inicial. Estas pruebas se aplican según las necesidades de cada paciente. (Kanas, 1984; Balis, 1989. Citado en Saavedra, A. 1991).

Otro nivel se refiere a las terapias de grupo, en las modalidades multifamiliares con pacientes que tienen problemas parento-filiales y conflictiva sexual etc.

En la terapia ocupacional se determina los niveles de producción, auto-alimentación personal y distribución del tiempo libre, con el objetivo de ayudar a la estructuración de actividades ya sea en el hogar o a nivel académico o laboral.

Del servicio social, su campo de acción está en el nivel familiar y social del paciente. Detectará el tipo de relaciones interfamiliares, e indagará la patología mental o adictiva en la familia que amerite ser evaluada por el equipo. También se programaran visitas domiciliarias.

En la terapia Física, se hace una evaluación del funcionamiento y deterioro físico del paciente y se programan actividades según los déficits hallados. Utilizan técnicas de relajación, psicomotricidad, gimnoterapia, deportes, expresión corporal.

Con respecto al paciente, las primeras medidas consisten, en el control de todas sus actividades, mediante la asistencia continua, llamada también “supervisión compulsiva” de un familiar o soporte responsable. Tal condición ha sido una de las características más frecuentemente encontradas

como factores de buen pronóstico a largo plazo en la abstinencia de pacientes fármaco-dependientes. (Vaillant, 1983, a; 1990. Citado en Saavedra, A. 1991).

El manejo de la conducta violenta o agresiva del paciente se resume así; (Kinney J. & Severinghaus, 1991. Citado en Saavedra, A. 1991):

- No confrontación en situaciones de intoxicación o crisis.
- Ofrecer algún alimento o líquido.
- No intentar cambiar la conducta del paciente.
- Una muestra de fuerza (familiar, vecinos, policías).
- Persuadir para que tome un sedante.
- Tomar acciones legales para los casos de delitos de sevicia.

Las medidas psicofarmacológicas, se caracterizan por el uso de antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivos, antialcohólicos etc; según el caso del paciente y en particular si existe patología psiquiátrica asociada.

El médico tratante tiene una relación recíproca y de retroalimentación con el resto del equipo interdisciplinario para la evaluación y estrategias a seguir en la rehabilitación del paciente.

En el manejo de las recaídas, es importante analizar las causas de las recaídas y en segundo lugar la evolución de las mismas con el proceso terapéutico y de rehabilitación.

El seguimiento del equipo de psicología estará dado a nivel de las terapias de grupo con pacientes y familiares para tratar los problemas intrapsíquicos de cada paciente en particular.

Otro aspecto importante del equipo de psicología se refiere a la orientación vocacional que hará que el paciente decida sus actividades futuras; esta área es muy importante precisamente para que se gane la vida y no se perpetúe la dependencia.

La terapia ocupacional va a diseñarse en función de las condiciones particulares del paciente, de acuerdo a su nivel de instrucción.

En cuanto al servicio social la asistente implementará un plan en relación con los problemas familiares y sociales encontrados.

En la terapia física se diseñarán programas tanto intra como extramurales.

Con el personal de enfermería el seguimiento será en varios niveles, el primero de carácter educativo que se extiende por varios meses debido a las variadas fases del proceso terapéutico.

Las terapias de grupo, se llevan a cabo dos veces por semana y tienen una hora de duración. Una para ingresantes y otras para avanzados (con más de seis meses de abstinencia), se tienen registro de asistencia y los temas tratados son llevados por un miembro de la familia o un paciente en forma rotativa.

Terapia de grupo para pacientes: Es dirigida por un miembro del equipo interdisciplinario teniendo como co-terapeutas al resto de integrantes del equipo. La terapia está relacionada a las drogas, más no experiencias con drogas, para evitar la incitación.

Se tratan aspectos relacionados con consecuencias, ya sean familiares, sociales, laborales, legales, aspectos de recaídas, tratamientos, evolución etc. Se pretende la participación del paciente para que a través de la identificación, se propicie la motivación y conciencia de enfermedad. Por otro lado se trata que aprovechen las experiencias de aquellos que se encuentran más avanzados en la terapia, propendiendo a su participación como co -terapeutas.

Terapia de grupo para familiares; es dirigida por el equipo profesional; se trata de las características de la enfermedad adictiva, hasta el manejo del paciente durante el proceso terapéutico; se incide en los aspectos referentes a la familia como son la agresividad familiar, la marginación, así como las diversas estrategias desadaptativas de la familia en el afronte del paciente. Se estimula la participación de la mayor parte de las familias, utilizando la identificación como elemento de cambio y coadyuvando a la toma de conciencia en el proceso adictivo.

Se espera que los pacientes vuelvan a ser útiles a la sociedad, conserven su abstinencia; los familiares trabajan su disfunción.

El modelo biopsicosocial espera que los familiares de los pacientes fármaco-dependientes se congreguen en una asociación con carácter jurídico denominada AFAMBIS, organización sin fines de lucro, destinada a la ayuda mutua y solidaria a través de una serie de actividades y promoviendo el apoyo de organizaciones de bien social, las cuales han ayudado en lo concerniente a la medicina.

En torno a lo extrainstitucional, se tienen las actividades desarrolladas con grupos parroquiales en especial voluntarios jóvenes, que desinteresadamente han participado en la rehabilitación de los pacientes, organizando actividades deportivas, culturales así como religiosas, beneficiando a los pacientes.

Duración del seguimiento; se estipula entre 5 a 15 años, en base a los estudios de seguimiento a largo plazo de tales pacientes (Vaillan, 1970, 1983, 1990. Citado en Saavedra, A. 1991) y además en función de la complejidad del proceso de rehabilitación.

Se persigue la rehabilitación integral del paciente; una vez que deja las drogas, la persona debe ser capaz de enfrentar sus problemas, ya sean familiares, personales, sociales, sentimentales, económicos, etc. sin recurrir a las drogas y aprender a vivir maduramente.

Los cambios neurofisiológicos que se dan a nivel del cerebro y que se conoce como NEUROADAPTACIÓN (Sunderwirth, 1990. Citado en Saavedra, A. 1991) en la cual el sujeto queda con una suerte de “alergia” que persiste por varios años, y si la persona reincide en el consumo regular, el descontrol se instaura de una manera rápida. (Saavedra, A., 1991).

b) Modelo Familiar Afronite holístico de las Adicciones del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

Modelo Familiar : Afronite Holístico de las adicciones, propuesto por el Dr: Martín Nizama Valladolid elaborado en el año 2003 y aprobado por resolución Directoral el 28 de mayo del 2004 para su aplicación en la Dirección ejecutiva de investigación, docencia y atención especializada de adicciones del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado

Hideyo Noguchi. El autor refiere en su definición ecológica que la adicción es una enfermedad biogenética, volitiva, recidivante y psicosocial, caracterizada por un ritual compulsivo auto-gratificante, el mismo que adquiere prioridad máxima y prelación sobre los demás intereses previos del individuo, quien mayormente carece de conciencia de enfermedad y de motivación genuina para el tratamiento. El entorno ambiental y sociofamiliar del adicto contribuyen decididamente al origen y mantenimiento de la dependencia. (Nizama, M., 2003).

Etiología.-El origen de la adicción es multi-causal, entre ellas podemos mencionar las siguientes: a) ambientales, socioeconómicas, culturales y geopolíticas b) familiares c) Psíquicas, d) Biogenéticas y e) Farmacológicas.

Tipos de adicción.- Existen los siguientes tipos de adicciones a) adicciones electrónicas b) adicciones químicas c) conductas adictivas d) juegos patológicos.

Drogas de mayor consumo y adicciones más frecuentes.-En orden de mayor a menor, en el Perú se consumen las siguientes sustancias psicoactivas: a) alcohol, b) nicotina c) fármacos d) PBC e) marihuana f) cocaína g) inhalables h) heroína y drogas de diseño. (Nizama, M., 2003).

Intervención.-Para el enfrentamiento de las adicciones, este modelo ha desarrollado 35 módulos, de los cuales 6 son aplicados a familias que se inician, 16 para familias comprometidas, 9 en familias avanzadas y 4 en familias exitosas. Este modelo distingue cuatro momentos de la intervención; el primero, familia inicial; el segundo familia comprometida; el tercero familia avanzada y el cuatro, familia exitosa. Cada uno de estos momentos se desarrollan mediante módulos que suman 35 en total; 6 de ellos corresponden al primer momento; 16 al momento de familia comprometida; 9 para el momento de familia avanzada y 4 módulos para el momento final, llamado familia exitosa, cuyas características básicas veremos a continuación:

Momento I familia inicial (Nizama, M., 2003), distingue en este primer momento 6 módulos que a continuación se describen.

a) FAMILIA INICIAL.

Módulo I: Familia nueva.- Es la que acude por primera vez a la asociación de familiares en busca de tratamiento.

Objetivo general.-Brindar acogida agradable dentro de un ambiente fraterno y solidario.

Objetivos específicos.-Lograr que la familia tome conciencia de la importancia de su participación en el tratamiento.

Procedimientos.- Implican un conjunto de acciones orientadas a alcanzar el objetivo específico.

Duración y evaluación.-La duración del módulo depende de la evaluación de los objetivos, sólo si se ha alcanzado el 100% de los objetivos según la evaluación, se pasa al siguiente módulo.

Módulo II: Desconexión mental.-Es la ruptura de la conexión irracional o fijación obsesiva que tiene la familia con el enfermo adicto.

Objetivo general.-Lograr que el paciente deje de ser el foco principal de la preocupación de la familia.

Objetivos específicos.-Cumplir con las medidas emanadas del programa terapéutico y favorecer los cambios en el núcleo familiar.

Procedimiento.- es el conjunto de acciones orientadas al logro de los objetivos específicos.

Duración y evaluación.-El tiempo que durará este módulo dependerá de la evaluación efectuada con la familia; sólo si ésta logra el 100% de los objetivos propuestos se pasa al siguiente módulo.

Módulo III: Apertura mental y actitud de cambio.-Es la disposición consciente de la familia para estar mentalmente receptiva y abierta a toda información sobre el fenómeno adictivo.

Objetivo general.-Lograr la apertura mental de la familia para que adquiera conocimientos que le permitan ver objetivamente la enfermedad adictiva.

Objetivos específicos.-Lograr la estabilidad emocional de la familia, modificando sus emociones, sentimientos, actitudes y conductas negativas.

Procedimiento.- Implica un conjunto de acciones orientadas a alcanzar el objetivo específico.

Duración y evaluación de resultados.-Se aplicará una prueba a la familia sobre las conductas de sus miembros.

Módulo IV: Escotosis en adicciones.-Es la ineptitud mental para reconocer la realidad. Es la incapacidad cognoscitiva (intelectual), afectiva y emocional para reconocer la enfermedad adictiva.

Objetivo general.-Adquirir conocimientos idóneos que permitan el desarrollo de una conciencia cabal del fenómeno adictivo y de actitudes adecuadas.

Objetivos específicos.-Evitar el deterioro del paciente.

Procedimiento.- Implican un conjunto de acciones orientadas a alcanzar el objetivo específico.

Duración y evaluación de resultados.-Se aplicará una prueba, que contiene ítems sobre los mitos, tabúes y prejuicios que la familia posee.

Módulo V: Trato humano.-Es el conjunto de actitudes, gestos, acciones y palabras que debe brindar una persona a otra para sentirse bien.

Objetivo general.-Lograr que las relaciones personales, familiares y sociales sean agradables, positivas y provechosas para todos.

Objetivos específicos.-Practicar una comunicación transparente, respetuosa y comprensiva.

Procedimiento.- Implica un conjunto de acciones orientadas a alcanzar el objetivo específico.

Duración y evaluación de resultados.-La familia responderá un cuestionario; la supervisión estará a cargo del médico tratante y del equipo terapéutico.

Módulo VI: Etiqueta social.-La etiqueta social es un conjunto de usos, cumplidos, comportamientos, actitudes que se observan en círculos y ambientes de carácter relevante.

Objetivo general.-Lograr en las familias una buena calidad de vida, mediante el desarrollo de reglas de urbanidad.

Objetivos específicos.-Aprender y practicar las reglas de urbanidad y buenas costumbres.

Procedimiento.-Acciones que se tomarán orientadas en relación a los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.- Se le aplicará a la familia un cuestionario; el seguimiento estará a cargo del equipo terapéutico.

B) FAMILIA COMPROMETIDA.

Momento II familia comprometida (Nizama, M., 2003); distingue en este segundo momento 16 módulos que a continuación se describen:

Módulo I: Poder familiar.- Permite a las familias tomar conciencia sobre la gravedad del problema de las adicciones.

Objetivo general.-Desarrollar en la familia la capacidad de decidir, mandar, ordenar y controlar mediante el ejercicio responsable de la autoridad.

Objetivo Específico.-Que la familia acepte que la adicción es una enfermedad familiar.

Procedimiento.-Son las acciones que se tomarán, orientadas en relación a los objetivos específicos.

Evaluación y duración de los resultados.- La familia resolverá un cuestionario y tendrá supervisión terapéutica profesional, por familias capacitadas.

Módulo II: Saneamiento ambiental; el adicto nace y se desarrolla desfavorablemente en el medio donde vive junto a su familia. Para curarlo se requiere esencialmente de dos factores: El poder y el saneamiento ambiental, elementos que tienen que conjugarse para lograr el éxito con el tratamiento.

Objetivo general.-Prodigar a la familia de un ambiente saludable, rescatando al adicto del entorno socio ambiental nocivo.

Objetivo específico.-proteger al paciente con el aislamiento protector para liberarlo del ambiente social nocivo. Quitar del ambiente familiar ácidos,

desinfectantes de uso doméstico y otras sustancias con las que pudiera drogarse y objetos o armas cortantes (cuchillos, tijeras, revolver, pistola etc.) con las que pudiera inferirse algún daño.

Procedimiento.-Son las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.-Se aplica a los pacientes y sus familias un cuestionario, que contiene preguntas sobre el nivel en que se encuentra en su reeducación.

Módulo III: Organización Familiar.- Familia que se organiza, familia que triunfa a mediano y largo plazo.

Objetivo general.-Alcanzar los niveles más altos de realización humana en lo, biológico, psíquico, espiritual, económico, cultural y social de la familia.

Objetivos específicos.-Forjar conciencia en la familia que la organización, perseverancia, voluntad, decisión e imaginación conducen al triunfo.

Procedimientos.-Son las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.-Será a través de responder a un cuestionario y el seguimiento estará a cargo del equipo terapéutico y de la “Familia armónica”.

Módulo IV: Conducta adictiva.-Son los actos repetitivos e irrefrenables que ejecuta el individuo carente de toda voluntad y que no es capaz de controlar.

Objetivo general.-Modificar la conducta adictiva, producto de un compromiso responsable de la familia con el tratamiento.

Objetivos específicos.-Capacitar a la familia en la detección temprana de la adicción entre los demás miembros y alcanzar la estabilidad emocional de la familia y el adicto.

Procedimiento.-Son las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.- A través de responder a las preguntas de un cuestionario. La familia armónica debe establecer un rol de visitas no

anunciadas para controlar si se está cumpliendo cabalmente las indicaciones. La supervisión estará dada por el equipo terapéutico.

Módulo V: Co-adicción.-Son las actitudes, conductas nocivas, involuntarias, inconscientes e irracionales del familiar que mantiene la adicción de su paciente, dentro o fuera del hogar.

Objetivo general.-Desactivar el sistema de sostenimiento familiar de la conducta adictiva.

Objetivos específicos.-Lograr en el co-adicto conciencia cabal de la enfermedad adictiva. Dar tratamiento a los trastornos psíquicos del co-adicto: simulación, conmiseración, miedo, culpa, sobreprotección o indolencia.

Procedimientos.-Son las acciones que se llevan a cabo orientadas al logro de los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.- La familia debe responder a unas preguntas de un cuestionario y el seguimiento requiere un control continuo del Co-adicto.

Módulo VI: Recaídas.-Es la reincidencia del paciente en las conductas adictivas después de haber estado en abstinencia por un período mayor de tres meses.

Objetivo general.-Brindar protección segura y continua al paciente para mantenerlo en abstinencia total.

Objetivos específicos.-Desarrollar conciencia de enfermedad en el entorno familiar del adicto, involucrándolo en el control de recaídas, manteniendo ocupado al enfermo para evitar que se aburra o intente fugar.

Procedimientos.- Son las acciones orientadas a mantener al paciente ocupado como dibujo-terapia, diario vivencial, lecturas terapéuticas y grafo-terapia, revisándole y estimulando a que continúe, mostrándose positivos con sus avances.

Duración y evaluación de resultados.- A través de responder un cuestionario sobre la participación de la familia.

Módulo VII: Violencia familiar.- es toda acción psíquica o física que causa daño.

Objetivo general.-Contribuir a reducir la alarmante ola de violencia que ataca a niños y mujeres en la sociedad.

Objetivos específicos.-Educar sobre nuevos estilos de vida saludable en la familia y la comunidad.

Estrategias.-Olvidar el carácter patriarcal de la familia, que domina nuestra cultura, determinando diferencias y desigualdades substanciales en función al sexo y a la diferencia generacional.

Procedimientos.-Son las acciones encaminadas al cumplimiento de los objetivos específicos.

Evaluación de los resultados.- Estará a cargo del equipo terapéutico junto con los miembros de la Asociación “Familia armónica”.

Módulo VIII: Indolencia Familiar.-Es la carencia total de sensibilidad de la familia.

Objetivo general.-Que la familia tome conciencia que sólo con su participación, es posible la recuperación de sí misma y de su paciente.

Objetivos Específicos.-Conseguir que la familia reconozca que es indolente, lograr la aceptación de la familia para su educación y reeducación.

Procedimientos.- Son las acciones orientadas a cumplir con los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.-Se evaluará mediante un cuestionario.

Módulo IX: Endosamiento.- Es eludir responsabilidades, entregando al paciente a terceras personas en busca de la cura mágica, milagrosa, breve o fácil.

Objetivo general.-Quitar la venda de los ojos a la familia para que asuma su responsabilidad sobre el paciente.

Objetivos específicos.-Informar y preparar a la familia acerca del tratamiento y que no existe cura mágica.

Procedimientos.-Se guía a la familia que llega llena de prejuicios y desconocimiento.

Duración y evaluación de resultados.- A través de un cuestionario que la familia deberá contestar.

Módulo X: Puerta giratoria.-Es el acto de internar sucesivamente al paciente adicto en diversos centros hospitalarios, casas de reposo o comunidades terapéuticas sin lograr la curación.

Objetivo general.- Se concientiza a la familia para que asuma una actitud de cambio sobre la enfermedad adictiva.

Objetivos específicos.-Lograr que la familia desarrolle conciencia de la enfermedad.

Procedimientos.-Debe cumplirse con las medidas contempladas en los módulos.

Duración y Evaluación de resultados.-Se realizará a través de un cuestionario que la familia responderá.

Módulo XI.- Lucro anético.-Consiste en tener ganancias a través del paciente adicto, sin tener en cuenta las normas, principios y valores éticos del servicio profesional.

Objetivo general.-Alertar a la familia que no se dejen sorprender por personas inescrupulosas, centros pseudo terapéuticos, comunidades o profesionales de la salud que desconocen el manejo especializado.

Objetivos específicos.-Las familias deben estar informadas que la curación debe ser integral y realizada por profesionales especializados.

Procedimientos.-Desterrar los estilos de vida equivocados, suprimiendo los prejuicios y los malos hábitos. El tratamiento integral abarca la capacitación, el saneamiento ambiental, el cese de la co-adicción y la aplicación de la protección farmacológica.

Duración y evaluación de resultados.- Se realizará a través de responder a un cuestionario

Módulo XII: Manejo farmacológico.-Es la aplicación adecuada por parte de la familia de medicamentos prescritos por el médico tratante.

Objetivo general.-Capacitar a la familia en el conocimiento de los efectos principales y secundarios de los fármacos y en las técnicas de administración de los mismos.

Procedimientos.-La familia debe firmar un compromiso serio donde acepten todos los riesgos que pudieran presentar durante el tratamiento.

Duración y evaluación de resultados.-En este caso se debe realizar el test a la persona responsable de administrar la medicación.

Módulo XIII: Inmadurez.-Es el estancamiento del desarrollo de la personalidad en etapas muy tempranas de la vida del ser humano.

Objetivo general.-Desarrollar la personalidad inmadura del paciente y de los demás miembros de la familia.

Objetivos específicos.-Erradicar los factores que sostienen la inmadurez en el entorno familiar y social: sobreprotección, autoritarismo o indiferencia.

Estrategias.-Cesar el poder destructivo del inmaduro.

Procedimientos.-Se enseñará a la familia acerca de la importancia de una personalidad madura.

Duración y evaluación de resultados.- Se hará a través de la resolución de un cuestionario relacionado con lo que acontece en la familia.

Módulo XIV: Mal pronóstico.-Se refiere al riesgo de evolución desfavorable del caso por la presencia de factores negativos permanentes en el paciente, en el entorno familiar y social del mismo.

Objetivo general.-Revertir el pronóstico desfavorable del paciente, superando la inconstancia de enfermedad en la familia.

Objetivo específico.-Lograr el compromiso total de la familia con el tratamiento. Reeducar a los familiares hasta convertirse en co-terapeutas para la recuperación total del paciente.

Procedimientos.-Lograr en las familias cambios de costumbres y actitudes positivas

Duración y evaluación de resultados.-Se le aplicará al paciente un test de mal pronóstico, que contiene preguntas acerca de las actitudes del paciente.

Módulo XV: Familia inayudable.-Es aquella que no demuestra compromiso ni cooperación en el proceso terapéutico del paciente adicto que tiene en el hogar.

Objetivo general.-Impedir que la familia se paralice o retroceda en el proceso evolutivo de la curación del paciente.

Objetivos específicos.-Reinstalar en las familias inayudables la apertura mental con el fin de re-introyectar el compromiso que ha asumido para curar a su paciente.

Procedimientos.-El líder de la familia debe transmitir constantemente los conocimientos que adquiere y las nuevas directivas que imparten en las terapias a todos los miembros del hogar.

Duración y evaluación de resultados.-A través de responder un cuestionario, acerca de las actitudes del paciente y la familia.

Módulo XVI: Deserción.-La deserción es el acto por el cual la familia abandona el tratamiento, se niega así misma la oportunidad de recibir un tratamiento profesional y especializado.

Objetivo general.-Evitar el abandono del tratamiento por parte de la familia, creando en ella conciencia cabal de la enfermedad adictiva.

Objetivo específico.-Concientizar a la familia sobre la importancia del tratamiento y los riesgos de la deserción.

Procedimientos.-Brindar a las familias la confianza y comprensión necesarias para que se sientan cómodas.

Duración y evaluación de resultados.-Se responderá a un test que se le aplicará a la familia respecto a la información que tenga del problema adictivo.

c) FAMILIA AVANZADA

Momento III familia Avanzada (Nizama, M., 2003), distingue en este tercer momento, 9 módulos que a continuación se describen:

Módulo I: Reciclaje humano.-Es un proceso de auto -reconocimiento, por el cual se interiorizan y descubren conductas perniciosas, para eliminarlas.

Objetivo general.-Lograr el cambio radical de pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos negativos.

Objetivos específicos.-Lograr la curación total y definitiva de las adicciones.

Procedimientos.-Desterrar la mentira y el autoengaño, reconocer los prejuicios, tabúes, mitos y estilos de vida malsanos.

Duración y evaluación de resultados.- Aquí la meta es lograr la madurez de la personalidad y el proyecto de vida.

Módulo II: Educación y reeducación.- Educar es un conjunto de conocimientos y acciones que brinda la familia para promover el desarrollo de la personalidad de sus miembros hasta lograr su madurez.

Objetivo general.-En la educación se tiene que lograr una familia saludable y responsable; para reeducar se tiene que lograr cambios en la familia, erradicando hábitos y conductas inadecuadas.

Objetivos específicos.-Concientizar a la familia que ella es el eje principal del manejo de la conducta adecuada y de hábitos saludables.

Estrategias.-Las familias deben evitar la sobreprotección, el castigo físico, las actitudes negativas por las positivas.

Procedimientos.-Practicar dentro y fuera del hogar la disciplina firme ante cualquier acto de indisciplina.

Duración y evaluación de resultados.-El paciente debe responder un cuestionario, sobre las ideas que tiene la familia sobre como llevar el hogar.

Módulo III: Pareja Saludable.-Es el binomio hombre/mujer que vive en armonía, amándose y respetándose mutuamente.

Objetivo general.-Lograr y desarrollar una estrecha relación de amor y compañerismo en la pareja.

Objetivos específicos.-Desarrollar vínculos de amor a través de la práctica, de la cortesía y el afecto con demostraciones de cariño.

Procedimientos.-Concientizar a la pareja en conflicto sobre la difícil etapa que atraviesa donde se aprecia: Inestabilidad, nerviosismo y confusión por falta de diálogo.

Duración y evaluación de resultados.-La pareja contestará un cuestionario, que tocará temas relacionados a como viven su relación.

Módulo IV: Paternidad responsable.-Es el conjunto de hábitos y conductas saludables que realizan los padres para lograr el desarrollo integral y armónico de los hijos.

Objetivo general.-Lograr la paternidad responsable, desarrollando actitudes y hábitos saludables que permitan a los padres ejercer su rol educativo.

Objetivo específico.-Los padres deberán planificar los hijos que desean tener, cultivando la comunicación auténtica y abierta.

Procedimientos.- Escoger bien a la pareja con quien se desea contraer matrimonio.

Duración y evaluación de resultados.- Aplicar una prueba de evaluación de paternidad responsable.

Módulo V: Espiritualidad.- Es la esencia de la persona; comprende los sentimientos, valores y principios que constituyen la fuerza interior del ser humano.

Objetivo general.-Lograr el desarrollo espiritual de la familia y del paciente.

Objetivos específicos.-Lograr la apertura mental y desarrollar conciencia de la necesidad de cambios profundos en la vida interior de la familia.

Procedimientos.-Desarrollar el espíritu y el cambio interior de la familia.

Módulo VI: Familia saludable.-Es una familia que funciona armónicamente.

Objetivo general.-Lograr un entorno familiar saludable, fortaleciendo los vínculos de amor y compañerismo.

Objetivo específico.-Lograr que cada miembro asuma el rol que le corresponda.

Procedimientos.-Practicando el diálogo abierto, transparente, no herir a nadie, darse tiempo para convivir y compartir responsabilidades.

Duración y evaluación de resultados.-Hacer visitas sorpresivas a los pacientes. Contestar un cuestionario sobre espiritualidad.

Módulo VII: Filoterapia.- Es un sentimiento que siempre busca el bien del prójimo.

Objetivo general.-Transmitir amor y conseguir la unidad familiar mediante el respeto, la responsabilidad, la comunicación y la solidaridad.

Objetivos específicos.-Motivar el compartir con los más necesitados.

Procedimientos.-Guardar serenidad en los momentos difíciles.

Duración y evaluación de resultados.- A través de un cuestionario, que contiene ítems sobre el amor en la familia.

Módulo VIII: Madurez.-Son las emociones, sentimientos, actitudes, hábitos y metas que se desarrollan a lo largo de la vida, que permite hacer frente a todas las situaciones que se presentan.

Objetivo general.-Lograr la madurez de la familia, promoviendo el desarrollo permanente de la personalidad de sus miembros.

Objetivos específicos.-Desarrollar actitudes saludables ante las dificultades que se presentan en la familia.

Procedimientos.-Conocer las características psicológicas de la madurez personal para poder aplicarla al interior de la familia.

Duración y evaluación de resultados.-El familiar responsable del tratamiento debe contestar unas preguntas acerca de la conducta del paciente.

Módulo IX: Protección al Menor.- Es enseñarle el aprecio que debe tener de sí mismo, física y emocionalmente.

Objetivo general.-Lograr el desarrollo armonioso del niño dotándolo de una barrera mental que lo proteja de situaciones de riesgo.

Objetivos específicos.-Identificar en el niño capacidades y dones para reforzarlos y ayudar a reconocer que hay algo especial en ellos.

Procedimientos.-Las familias que asisten a las terapias y que tienen menores de edad, deben reforzar los cambios que han realizado en su modo de vida para prevenir y proteger a los niños de los peligros que entrañan el consumo de las drogas.

Duración y evaluación de resultados.-A través de un cuestionario las familias responderán unas preguntas relacionadas con su conducta en el hogar.

d) FAMILIA EXITOSA

Momento IV familia comprometida (Nizama, M., 2003), distingue en este segundo momento 4 módulos que a continuación se describen.

Módulo I: Seguimiento.-Es la vigilancia continua del desenvolvimiento personal del paciente dado de alta por el médico tratante.

Objetivo general.-Vigilar discretamente la conducta del paciente en estado de alta médica para conocer su desenvolvimiento familiar, social, laboral o académico.

Objetivos específicos.-Desarrollar en el paciente de alta la perseverancia y el anhelo de alcanzar metas superiores.

Procedimientos.- Después del alta-clínica debe seguir asistiendo a la terapia una vez al mes.

Duración y evaluación de resultados.-Contestar a un cuestionario sobre su conducta de adherencia al tratamiento.

Módulo II: Prevención Familiar.-Es adoptar las medidas necesarias para evitar caer en situaciones de riesgo adictivo.

Objetivo general.- Lograr que las familias estén alertas para impedir que sean víctimas de las adicciones.

Objetivos específicos.-Desarrollar la madurez y responsabilidad en cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Procedimientos.-Enseñar a las familias la detección temprana de casos de consumo de drogas.

Duración y evaluación de Resultados.- se hará a través de responder a un cuestionario acerca de las conductas del paciente.

Módulo III: Rol de la Familia.-Es el funcionamiento familiar con una sólida organización, cabal cumplimiento de roles, comunicación transparente y una ecología saludable.

Objetivo general.-Crear un ambiente grato, fraterno y solidario; estimulando a la familia a continuar el tratamiento.

Objetivos específicos.-Concientizar a la familia acerca de la naturaleza de la enfermedad, integrando a todos sus miembros.

Procedimientos.-Se relaciona con las acciones que se toman para cumplir con los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.- Se dará a través de responder unas preguntas acerca de la vida de la familia.

Módulo IV: Rol del Paciente.-Este módulo tiene como finalidad planificar todas las intervenciones y actividades terapéuticas.

Objetivo general.-Cortar definitivamente el consumo de drogas legales e ilegales, desarrollando una vida completamente saludable, competitiva y productiva.

Objetivo específico.-Vivir en un ambiente saludable, desarrollando, madurez, seguridad, imagen positiva.

Procedimientos.-Estará relacionada con las acciones para alcanzar los objetivos específicos.

Duración y evaluación de resultados.-Será a través de resolver un cuestionario que hable de la ecología de la familia. (Nizama, M., 2003).

Anexo 012: PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA DEPENDIENTES A SUSTÂNCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

Antecedentes:

Creación de la Unidad de Adicciones (por el Dr. Walter Griebenow Estrada) el 17 de Octubre de 1977, formando parte del Servicio de Psiquiatría que corresponde al Departamento de Neuro-Psiquiatría.

1977- 1986 Funcionamiento de la Unidad de Adicciones del Servicio de Psiquiatría. Inicialmente en el personal profesional trabajaba un sociólogo. La profesora de Educación Física se mantiene hasta la actualidad.

1986-1988 Servicio de Dependencias (Ex - Fármaco-dependencia)

1987 a los dos Consultorios Externos y al internamiento en Hospitalización II se incorpora la Hospitalización Parcial (Hospital de Día).

1990 Reapertura del Servicio de Dependencias, formando parte del Departamento de Psiquiatría

1991-Nov.- 1992-Julio; en el Servicio de Hospitalización 2 de la Dirección de Salud Mental del HNERM. funciona de manera regular la Hospitalización Vespertina y la Hospitalización Nocturna, ésta última contando eventualmente con una cama adicional. Estas Unidades son parte funcional del Servicio de Dependencias.

1992.-Reapertura formal de Hospitalización Parcial. (Hospital de Día)

(Después al desaparecer la Dirección de Salud Mental se mantiene el Servicio de Dependencias en el Departamento de Psiquiatría).

Local: Un amplio pabellón adyacente a la playa de autos, ubicado al frente de la entrada principal del Departamento de Salud Mental, y en el extremo proximal hacia el edificio principal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Personal: Dos Médicos Psiquiatras.- Un Jefe y un asistente.

Tres enfermeras.

Una Psicóloga.(plaza vacante desde el 2006)

Una Profesora de Educación Física especializada.

Dos Bachilleres de Psicología.

Dos Auxiliares.

Un personal de mantenimiento.

Ingreso de los pacientes dependientes:

Se realiza por las siguientes vías:

1) Por el Servicio de Emergencia de Salud Mental.

Su ubicación es en el extremo derecho del Departamento de Salud Mental, el lugar más alejado del Hospital de Día de Dependencias. Hasta Julio del 2002 de las 25 camas con las cuales cuenta Emergencia de Salud Mental, en el siglo XXI, alrededor del 10% son ocupadas por dependientes a sustancias. El tiempo de permanencia promedio es de 24 a 48 horas, a su término son transferidos a Hospitalización total (I y II) o transferidos al Hospital de Día de dependencias a sustancias.

2) De los pisos de Hospitalización Total del Departamento de Salud Mental y de otros Departamentos, transferidos por los Médicos de los Servicios correspondientes o por indicación de Psiquiatras del Departamento de Salud Mental; luego de efectuar las Inter.-consultas.

3) Por el Hospital de Día en dependencia a sustancias.-

Transferencia de las Clínicas de la red del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Tratamiento Principal.

La terapia de los dependientes a sustancias se efectúa por personal profesional mediante Psiquiatras que en los Servicios de Emergencia y Hospitalización Total no pertenecen a Fármaco-dependencia y en el Hospital de Día de Dependencias por Psiquiatras y el Equipo de Salud Mental especializado en Dependencias.

El eje del tratamiento es de tipo grupal en el cual participan todos los profesionales de Lunes a Viernes en un horario de 8 a.m. -13 hrs.

Los Médicos, la Psicóloga y Bachilleres de Psicología realizan psicoterapia individual, generalmente directiva ,breve, además de la grupal.

No existe un modelo de psicoterapia en el Servicio, lo que predomina es una orientación ecléctica. El Médico asistente (desde el 2006 es el encargado de la Jefatura) tiene formación de Psicoterapia Dinámica: Las intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes son la Breve y el Consejo Psicológico.

La duración programada del tratamiento en Hospitalización parcial es de cuatro meses, el alta es indicada por el médico tratante.

En el Hospital de Día se atienden regularmente alrededor de 30 pacientes. En las reuniones de los sábados se atienden 45 pacientes o más, en ocasiones hasta 60 pacientes. En el Hospital de Día como en las reuniones de los días sábados, aproximadamente entre el 15 y 20% son ludópatas. (Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2006).

Reuniones Clínicas los días sábados.

Locales utilizados por Hospitalización Parcial:

1. Auditorio del Departamento de Salud Mental (11 a.m. a 13 horas).
2. Cancha de fútbol del Departamento de Salud Mental (9 a. m - 11 a. m.)
3. “Auditórium” del Servicio de Fármaco-dependencia.
(Atención grupal de familiares de Dependientes).
Actividades físicas (dirigidas por la Profesora de Educación Física).
Reuniones grupales. En forma separada de los dependientes y familiares respectivamente dirigida por los médicos.
Una vez por mes familiares y dependientes tienen reuniones conjuntas.
La duración del seguimiento es de 2 a 5 años.

La asistencia es controlada por el personal de enfermería y auxiliares de enfermería. (Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2006).