


- 1.- Unidad Académica: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2.- Título del proyecto: “Apoyo Social Percibido en pacientes que cursan tratamiento de rehabilitación por adicciones”.
- 3.- Informe final del “Trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 553/2009”
- 4.- Apellido, nombres, matrícula y DNI de los alumnos: Chamorro Gina Mat: 08697/09 DNI: 35.970.864
- 5.- Apellido y nombre de los Supervisores: Gonzalez Sergio. Krzemien Deisy
- 6.- Cátedra de radicación: Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT).
UNMDP – CONICET. Facultad de Psicología
- 7.- Fecha de presentación:


"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Chamorro Gina de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora ".

Chamorro Gina

Quienes suscriben manifiestan que el presente informe final ha sido elaborado por la alumna Chamorro Gina Mat: 08697/09 conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los 8 días del mes de ...Junio... del año 2017

Firma, aclaración y sello del Supervisor y Co-supervisora


Dr. Sergio S. P.
Mat. 16.340
16.340


DR. KRISTINA K.

INFORME DE EVALUACIÓN

1.- "Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Chamorro Gina matrícula N° 08697/09

2.- Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

3.- Fecha de aprobación.

4.- Calificación.

El presente trabajo de investigación sigue las normas APA publicadas en American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC.

PLAN DE TRABAJO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

- **Alumna:** CHAMORRO, Gina
- **Matricula:** 8697/09
- **Cátedra de radicación:** Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). UNMDP – CONICET. Facultad de Psicología
- **Supervisor:** Lic. Sergio Gonzalez
- **Co-supervisora:** Dra. Deisy Krzemien
- **Título del proyecto:** “Apoyo Social Percibido en pacientes que cursan tratamiento de rehabilitación por adicciones”
- **Descripción resumida del proyecto (máximo 200 palabras):**

En este estudio se analizará el apoyo social percibido en los pacientes ambulatorios del Centro Provincial de Atención de las Adicciones (CPA) de la ciudad de Mar del Plata. Existe evidencia de la importancia del apoyo social en los tratamientos de rehabilitación de adicciones debido a los efectos positivos en el bienestar emocional y como factor preventivo de la reincidencia en el consumo. El objetivo de esta investigación es analizar el nivel de apoyo social percibido en una muestra conformada por 30 pacientes en tratamiento de rehabilitación por adicciones a sustancias psicoactivas, adultos, de ambos sexos, a los cuales se les administrará una entrevista y el cuestionario MOS, y se realizarán observaciones de grupos terapéuticos de pacientes y de grupos de familiares. La hipótesis básica supone que la percepción de apoyo social será mayor en los pacientes que se encuentran en la etapa avanzada del tratamiento que los que se hallan en la etapa inicial. Los datos obtenidos aportarán evidencia en relación al rol del apoyo social percibido en los pacientes, en función del grado de avance de los logros de objetivos terapéuticos, lo cual será de utilidad para el abordaje terapéutico en los equipos de salud interdisciplinarios.

- **Palabras clave:** adicción –rehabilitación – pacientes – apoyo social percibido

Descripción detallada

Motivos y antecedentes

En esta investigación se abordará la concepción de adicciones desde una mirada integrativa, tomando la definición proporcionada por el psiquiatra chileno Humberto Guajardo en su libro “Manual terapéutico para la rehabilitación de trastornos adictivos” (2006):

La adicción es una enfermedad caracterizada por el abuso de sustancias químicas que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, con la capacidad de provocar compulsión irracional e irresistible de continuar con el uso y generadoras de daño para el individuo y la sociedad. Dado que es anormal, prolongado y compulsivo, provoca tolerancia y dependencia. Siendo invencible el deseo por consumir, el adicto procura obtenerla por cualquier medio. (2006, p.191)

Según Guajardo (2006) la adicción no es el abuso de sustancias sino que es el uso deliberado para alterar la forma de conectarse con el mundo. Las drogas generan cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central produciendo placer, alterando el metabolismo y la actividad cerebral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975), por otro lado, define a la drogadicción como el consumo repetido de una droga que lleva a un estado de intoxicación periódica o crónica. Y al término droga lo define como cualquier sustancia que introducida en el organismo es capaz de modificar una o varias de sus funciones; esta puede ser de origen natural, sintético o semisintético.

Usualmente, el término adicción está vinculado con el consumo de sustancias psicoactivas pero su uso se va extendiendo a otras situaciones como la ludopatía, la compulsión al uso de internet, etc. Es decir que el término hace referencia a una conducta dependiente que tiene consecuencias negativas tanto para la persona como para la sociedad (Barrionuevo, 2011).

El abuso de sustancias es uno de los problemas de salud pública más importante en la actualidad, se estima que el 10% de la población mundial consume drogas ilegales. A nivel nacional el SEDRONAR hizo en 1999 el Primer estudio Nacional sobre uso de drogas dando como resultado que cerca de 600.000 personas consumían drogas ilegales en el país (Sanz, Medici, 2010).

Por lo tanto, las adicciones y sus tratamientos son de importancia a nivel de las políticas de salud pública. Las estrategias para enfrentar esta problemática van dirigidas en una parte a prevenir el consumo y por otro al tratamiento de las personas ya afectadas. La nueva ley de Salud Mental sancionada en el año 2010 define a las adicciones como una problemática que debe ser abordada como parte de las políticas de salud mental y que deben estar enmarcadas dentro de esta ley.¹

Dicha ley no sólo propone un cambio en la concepción de los tratamientos y de las adicciones; sino que propone un cambio paradigmático en relación a la concepción de la Salud Mental ya que según el artículo 3° se entiende a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Las adicciones son parte de la salud mental en tanto causan sufrimiento psíquico por esto se enmarcan dentro de esta ley.

Los enfoques de los tratamientos fueron cambiando con el paso de los años: en un primer momento eran tratamientos de choque proporcionado por un grupo de “pares” (otros adictos en recuperación), estas intervenciones tienen su origen en los programas de AA (Alcohólicos Anónimos) y de NA (Narcóticos Anónimos); éstas estrategias confrontativas se basan en el presupuesto que los adictos poseen un nivel elevado de mecanismos de defensa que los convierte en personas inaccesibles si se utilizan los métodos habituales de la terapia. Luego, en un segundo momento se dio la inclusión de los profesionales dentro de dichos tratamientos (Guajardo, 2006).

Actualmente, tanto dentro de las comunidades terapéuticas como en los tratamientos ambulatorios, además de los profesionales de la salud que intervienen en los tratamientos de rehabilitación siguen siendo figuras de importancia otros adictos recuperados ya que son ellos quienes colaboran con el tratamiento del nuevo paciente generándose un vínculo especial entre ellos signado por la comprensión del problema (Guajardo, 2006).

Desde la inclusión de una mirada profesional sobre los tratamientos se desarrollaron diferentes enfoques y teorías en relación a este fenómeno, según Miller y Rollnick (1991):

¹ Ley 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental” (2010)

enfoques biológicos, corrientes conductuales, orientación cognitiva, enfoques psicoanalíticos y enfoques familiares.

El fenómeno de las drogas es multicausal ya que no sólo está determinado por factores biológicos o psicológicos sino que también intervienen fenómenos culturales, sociales, económicos, entre otros (Guajardo, 2006; Zapata Vanegas, 2009; Becoña Iglesias, s.f)

Dentro de la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657 también se proponen cambios en los tratamientos, dichas modificaciones apuntan y ponen el énfasis en los derechos de los pacientes: el paciente tiene el derecho de ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares y otros afectos lo que genera que las internaciones en comunidades terapéuticas deben realizarse cerca de la comunidad de origen y de los afectos del paciente e incentivar el contacto con la familia y seres queridos.

Por otro lado, los tratamientos deben orientarse al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales por lo que las instituciones deben promover el mantenimiento de los vínculos salvo razones debidamente fundadas como puede ser, en el caso de este tipo de tratamientos, que los lazos sociales más cercanos al paciente abusen de sustancias.

Tomando lo planteado en esta ley y las evidencias empíricas existentes, los lazos sociales son uno de los pilares fundamentales de los tratamientos sobre las adicciones, aunque no son lo único. Según lo propuesto por Grandfiel y Cloud (1999) como “capital de recuperación” se pueden apreciar distintas áreas que colaboran al éxito del tratamiento; los autores con este concepto describen la cantidad y cualidad de recursos internos y del ambiente en los cuales se apoya una persona para mantener la recuperación:

- 1) Asistencia y soporte en vivienda
- 2) Ascenso o continuidad en procesos educativos
- 3) Atención de las necesidades en salud
- 4) Posibilidad para el desarrollo de habilidades vocacionales y oportunidades de empleo
- 5) Soporte y empoderamiento familiar
- 6) Aprendizaje de actividades alternativas y utilización adecuada del tiempo libre
- 7) Soporte Legal
- 8) Acompañamiento y apoyo de pares y grupos de apoyo
- 9) Espacios y medios para el desarrollo espiritual

Estos son factores que hacen al bienestar personal y dentro de los mismos se encuentran el apoyo y soporte tanto de la familia como de otros grupos de apoyo que puedan existir. El soporte ofrecido debe posibilitar la individuación y autonomía del paciente dejando de lado la imagen de persona incompetente, poco responsable y necesitada de protección con la que suele ser vista al inicio del tratamiento. El individuo que durante el tratamiento no cuente con una red de apoyo debe ser vinculado con otra red equivalente que cumpla la función de acompañamiento, comunicación y afecto con el objetivo de generar estabilización emocional y afectiva y la reparación para asumir una vida independiente (Zapata Vanegas, M.A, 2009).

El concepto de apoyo social se sitúa dentro del marco de considerar al ser humano como ser social y donde las relaciones que mantiene el sujeto tanto con su familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. son vínculos de importancia. Se constituye como modelo en la década del '70, es entonces cuando se produce un redescubrimiento del valor de las redes de apoyo y se consolida el movimiento de la salud social comunitaria. Este modelo sostiene que la participación activa en espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida (Arias, 2009).

Durante el tratamiento de las adicciones, el apoyo social es un factor importante; hay evidencias que está relacionado con la no reincidencia en el consumo como así también un factor importante para mitigar los efectos de las situaciones estresantes. Esto se debe a la parte emocional del apoyo, también es importante recalcar que no solo debe haber apoyo disponible sino que también de las características personales para acceder a ese apoyo. (Rodríguez Espinola y Enrique. S.f).

Gottlieb (citado por Rodríguez Espinola, S. y Enrique, H.C. s.f) concibe al apoyo social como: *“información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor”*

Como plantean Pérez Bilbao y Daza en su trabajo “El Apoyo Social” (s.f); este concepto puede ser analizado desde dos perspectivas: una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. Mientras la primera evalúa la cantidad de vínculos que correspondería con el apoyo social recibido; la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación que realiza el sujeto de las mismas, esta segunda perspectiva correspondería con el apoyo social percibido.

Desde la perspectiva funcional se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red; se proponen tres tipos de apoyo social:

- 1- Emocional (sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona)
- 2- Tangible o instrumental (posibilidad de disponer de ayuda directa)
- 3- Informativa (provisión de consejo o guía de ayuda para resolver los problemas)

Por otro lado, Rodríguez Espinola, Héctor Carmelo (s/f) explicitan que se pueden realizar análisis en distintos niveles del apoyo social:

- un nivel comunitario: sentimiento de pertenencia e integración al entramado social
- un nivel medio: apoyo que brinda las redes sociales a las que pertenece el individuo como el trabajo, el barrio, etc.
- un nivel de las relaciones íntimas (familia, amigos)

Objetivo General

- Describir el nivel de apoyo social percibido por los pacientes en tratamiento de rehabilitación por adicciones a sustancias psicoactivas del Centro Provincial de Atención de las Adicciones (CPA) de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Específicos

- Describir y Evaluar el nivel de apoyo social percibido entre pacientes en dos etapas de tratamiento: grupo de etapa inicial y grupo de etapa avanzado, respecto a los objetivos terapéuticos alcanzados.
- Especificar si hay cambios significativos en el nivel de apoyo social percibido en función del nivel de avance de los logros de objetivos terapéuticos alcanzados por el paciente.
- Identificar características particulares del apoyo social percibido por los pacientes con respecto a los otros como fuentes de apoyo.

Hipótesis

- La percepción de apoyo social será mayor en los pacientes que se encuentran en la etapa avanzada en el tratamiento que aquellos que se hallan en la etapa inicial.

Métodos y Técnicas:

Diseño: Descriptivo transversa, no experimental

Muestra: Será una muestra no probabilística, seleccionada intencionalmente, conformada por 30 pacientes, de ambos sexos, en tratamiento ambulatorio de rehabilitación por adicciones de sustancias psicoactivas del Centro Provincial de Atención de las adicciones (CPA) de la localidad de Mar del Plata. Se considerarán pacientes pertenecientes a dos grupos conformados según criterios clínicos: uno definido Grupo de etapa inicial (GI) conformado por pacientes en proceso de admisión o en una etapa inicial del tratamiento, y un segundo grupo definido Grupo de etapa avanzada (GA), cuyos logros terapéuticos han sido alcanzados para ser considerados en una etapa avanzada del tratamiento. La diferenciación entre los dos grupos se fundamenta en base a los criterios clínicos determinados por el equipo de intervención a cargo del tratamiento en la institución, considerando una abstinencia de consumo de cuatro meses y el progreso clínico de cada paciente. Dentro de la muestra se excluirán los pacientes duales: aquellos pacientes que sólo concurren a tratamiento individual por tener alguna patología psiquiátrica de base. La participación de los pacientes de la muestra será de carácter anónimo y voluntaria.

Instrumentos:

- 1- Cuestionario de apoyo social percibido MOS (Sherbourne 1991) validado en el país por Rodríguez Espinola, S y Enrique, H.C. (s.f). Este instrumento presenta un índice de confiabilidad de alfa de Crombach de .919. con un tiempo de administración de entre 10 y 15 min.
- 2- Entrevista semidirigida con el objetivo de profundizar la exploración del apoyo social percibido. Con un tiempo de administración de 30 minutos.
- 3- Observación de grupos terapéuticos de pacientes en la etapa inicial y avanzada, y de grupos de orientación a familiares.
- 4- Información de las historia clínicas de los pacientes a fin de obtener datos sobre el consumo de sustancias, datos socio-demográficos y familiares, y evolución en el tratamiento según los criterios clínicos terapéuticos para la conformación de los grupos de etapa inicial (GI) y etapa avanzada en el tratamiento (GA).

Procedimiento: Las técnicas de recolección de datos (entrevista y cuestionario MOS) se administrarán a los participantes individualmente, mediante condiciones estandarizadas y

Aporte del proyecto

Por medio de este estudio se pretende aportar evidencia acerca de la importancia del apoyo social percibido en pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, contribuyendo al campo del conocimiento sobre los factores preventivos de la adicción y en particular, los datos de esta investigación, resultarán de interés para el campo clínico para los profesionales que atienden a pacientes, aportando una mirada amplia y evidencia empírica para la determinación de criterios clínicos avalados por datos de investigación de utilidad para la psicoterapia de las adicciones.

La aplicación de los datos obtenidos de este estudio podrá contribuir a optimizar el trabajo de los equipos de salud mediante la oportunidad de reflexión y discusión de información producto de un proceso de investigación en el ámbito clínico-asistencial, en beneficio de favorecer procesos terapéuticos con base en evidencia empírica de la importancia del apoyo social percibido en el tratamiento a fin de que resulten más efectivos en la práctica de rehabilitación de adicciones.

Por otra parte, los datos obtenidos podrán servir vía transferencia de resultados a una cooperación interinstitucional entre la UNMDP y la institución de salud mental, que podría orientar al equipo interdisciplinario tanto en cuanto a la reorientación de las intervenciones terapéuticas como las orientadas a la prevención y promoción de la salud comunitaria.

Bibliografía

- Barrionuevo, A.J. (2011). Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. Ficha de cátedra Psicología Evolutiva Adolescencia de la UBA
- Saenz, I; Medici, S. (2010). La relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y la adolescencia. Universidad Abierta Latinoamericana
- Ley N°26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, 25 de Noviembre de 2010.
- Zapata Vanegas, M.A. (2009). La familia, Soporte para la recuperación de la adicción a las drogas”. Revista CES Psicología *Volumen 2* (2), 86-94
- Rodriguez Espinola, S; Enrique, H.C. (s/f). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate 7*. Psicología, cultura y sociedad.

- Miller, W.R; Rollnick, S. (1991). La entrevista motivacional, Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed .Paidós
- Guajardo Sáinz, H. (2006). Manual Terapéutico para la rehabilitación de trastornos adictivos. Ed. Mares de Tinta
- Pérez Bilbao, J; Martin Daza, F. (s/f). El Apoyo Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- Becoña Iglesias, E. (s/f). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Universidad de Santiago de Compostela.
- Hernandez Sampieri, R y cols. Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill. 3ra edición, 2003.
- Aron, A. y Aron, E (2002) Estadística para Psicología. Buenos Aires: Editorial Prentice Hall.
- Arias, C.J. (2009) La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Revista de Psicología da IMED, vol. 1, n.1. pag.147-158

Firma Supervisor:

Firma Co-supervisora:

Firma alumna

P/Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:

INDICE GENERAL

Resumen.....	1
Introducción.....	2
CAPÍTULO 1.Marco Teórico.....	4
1.1 Adicciones.....	4
1.2 Instituciones de Atención de las adicciones. Dispositivos de Atención.....	7
1.3 Apoyo Social.....	14
CAPÍTULO 2. Objetivos e Hipótesis.....	21
CAPÍTULO 3. Aspectos Metodológicos.....	22
3.1 Diseño de Investigación.....	22
3.2 Caracterización de la muestra.....	22
3.3 Técnicas de recolección de datos.....	25
3.4 Procedimiento.....	27
3.5 Análisis de datos.....	27
CAPÍTULO 4. Resultados.....	28
CAPÍTULO 5. Discusión y Conclusión.....	39
Referencias Bibliográficas.....	44
Anexos. Instrumentos.....	46

Resumen

En este estudio se analizó el apoyo social percibido en los pacientes ambulatorios del Centro Provincial de Atención de las Adicciones (CPA) de la ciudad de Mar del Plata. Existe evidencia de la importancia del apoyo social en los tratamientos de rehabilitación de adicciones debido a los efectos positivos en el bienestar emocional y como factor preventivo de la reincidencia en el consumo. El objetivo de esta investigación fue analizar el nivel de apoyo social percibido en una muestra conformada por 30 pacientes en tratamiento de rehabilitación por adicciones a sustancias psicoactivas, adultos, de ambos sexos, a los cuales se les administró una entrevista semidirigida y el cuestionario MOS, por otro lado, se realizaron observaciones de grupos terapéuticos de pacientes y de grupos de familiares. La hipótesis básica supone que la percepción de apoyo social es mayor en los pacientes que se encuentran en la etapa avanzada del tratamiento que los que se hallan en la etapa inicial. Los datos obtenidos aportaron evidencia en relación a la importancia del rol del apoyo social percibido en los pacientes, en función del grado de avance de los logros de objetivos terapéuticos.

Palabras clave: adicción –rehabilitación – pacientes – apoyo social percibido

Introducción

En nuestra sociedad el abuso de sustancias es uno de los problemas de salud pública más importante en la actualidad; según el Informe Mundial sobre las drogas del 2016 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2016) 250 millones de personas de entre 16 y 64 años consumieron drogas en el año 2014, y 29 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo, de las cuales solo 1 de cada 6 recibe tratamiento; estas cifras muestran como el consumo de sustancias psicoactivas tiene impacto sobre la salud y en este marco, el estudio tanto de las consecuencias que trae el consumo problemático de sustancias como de los tratamientos y modelos de prevención cobran relevancia.

Los estudios actuales consideran que el fenómeno de las drogas es multicausal ya que no sólo está determinado por factores biológicos o psicológicos sino que también intervienen fenómenos culturales, sociales, económicos, entre otros. Esta multicausalidad no solo debe tenerse en cuenta para la instalación del trastorno de abuso de sustancias y adicción, sino también en todas las intervenciones que se realicen (Zapata Vanegas. 2009).

La nueva Ley de Salud Mental N°26.657 sancionada en el año 2010 propone que los tratamientos deben tener en cuenta los derechos de los pacientes; por ejemplo: el paciente tiene el derecho de ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares y otros afectos lo que genera que las internaciones en comunidades terapéuticas deben realizarse cerca de la comunidad de origen y de los afectos del paciente e incentivar el contacto con la familia y seres queridos.

Por otro lado, los tratamientos deben orientarse al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales por lo que las instituciones deben promover el mantenimiento

de los vínculos salvo razones debidamente fundadas como puede ser, en el caso de este tipo de tratamientos, que los lazos sociales más cercanos al paciente abusen de sustancias.

Considerando que el ser humano es un ser social, y las relaciones que mantiene con su familia, amigos, compañeros de trabajo o estudio representan vínculos constitutivos de la subjetividad, e inspirándose en lo planteado en la ley de Salud Mental, los lazos sociales son uno de los pilares fundamentales de los tratamientos de las adicciones. En los últimos años fueron tomando importancia los estudios en relación al apoyo social y cómo éste influye en la salud y el bienestar psicológico en general (Nava Quiroz, Bezies Álvarez, Vega Valero. 2015).

En particular en los tratamientos de rehabilitación de adicciones, existe evidencia de la importancia del apoyo social debido a los efectos positivos en el bienestar emocional y como factor preventivo de la reincidencia en el consumo, así también es un factor importante para mitigar los efectos de las situaciones estresantes (Rodríguez Espinola y Enrique. s/f).

En el presente trabajo se propuso investigar el apoyo social percibido en los pacientes ambulatorios del Centro Provincial de Atención de las Adicciones (CPA) de la ciudad de Mar del Plata. En general, los datos obtenidos han aportado evidencia en relación a la importancia del rol del apoyo social percibido en los pacientes, en función del grado de avance de los logros de objetivos terapéuticos pautados por la institución. Estos resultados resultan de utilidad, en especial desde dos puntos de vista: primero desde las implicancias profesionales para el abordaje terapéutico en los equipos de salud interdisciplinarios; y otro desde el campo de la investigación ya que aporta evidencia empírica a la escases de estudios dedicados a la relación del apoyo social percibido en las adicciones tanto a nivel nacional como en el extranjero. Esta preocupante cuestión puede deberse a la persistencia de la mirada clínico-médica tradicional en las instituciones de salud cerradas, que deja de lado los factores sociales y culturales en el tratamiento de los pacientes.

Capítulo 1

Marco Teórico

En función de considerar una mirada integrativa de las adicciones, se exponen primeramente un breve marco referencial sobre adicciones, instituciones y dispositivos de atención, y por último se aborda el constructo fundamental en que se centra esta investigación, el apoyo social.

1.1 Adicciones

En este trabajo se utiliza la concepción de las adicciones desde una mirada integrativa, tomando la definición proporcionada por el psiquiatra chileno Humberto Guajardo Sáinz y Diana Kushner Lanis en su libro “Manual terapéutico para la rehabilitación de trastornos adictivos” (2006):

La adicción es una enfermedad caracterizada por el abuso de sustancias químicas que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, con la capacidad de provocar compulsión irracional e irresistible de continuar con el uso y generadoras de daño para el individuo y la sociedad. Dado que es anormal, prolongado y compulsivo, provoca tolerancia y dependencia. Siendo invencible el deseo por consumir, el adicto procura obtenerla por cualquier medio.
(2006, p.191)

Según Guajardo Sáinz y Kushner Lanis (2006) las drogas generan cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central produciendo placer, alterando el metabolismo y la actividad cerebral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975), por otro lado, define a la drogadicción como el consumo repetido de una droga que lleva a un estado de intoxicación

periódica o crónica. Y al término droga lo define como cualquier sustancia que introducida en el organismo es capaz de modificar una o varias de sus funciones; esta puede ser de origen natural, sintético o semisintético.

El abuso de sustancias es uno de los problemas de salud pública más importante en la actualidad; según el Informe Mundial sobre las drogas del 2016 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) 250 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en el año 2014, y 29 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo, de las cuales solo 1 de cada 6 recibe tratamiento; estas cifras ponen en evidencia que el consumo de sustancias psicoactivas tiene impacto sobre la salud. Cabe destacar que el panorama mundial de consumo cambió en los últimos años ya que, por un lado, se viene registrando un aumento del policonsumo, es decir que se utiliza/consume más de una sustancia simultáneamente o sucesivamente; y por otro lado, como plantean Guajardo Sáinz y Kushner Lanis (2006) el consumo de sustancias está tomando popularidad dentro de los más jóvenes, siendo que la edad de inicio de consumo se ubica entre los 11 y 14 años de edad.

El consumo de drogas no solo afecta la salud física, sino que también afecta otros ámbitos de la vida personal como las relaciones interpersonales, el trabajo y la economía, las habilidades sociales, y la salud psíquica ya que la persona comienza a padecer de estados de ánimo negativos, irritabilidad, actitudes defensivas, baja autoestima, falta de control e intensos sentimientos de culpa (Guajardo Sáinz & Kushner Lanis. 2006).

Por lo tanto, el tratamiento de las adicciones es de importancia a nivel de las políticas de salud pública. Las estrategias para enfrentar esta problemática van dirigidas en una parte a prevenir el consumo y por otro al tratamiento de las personas ya afectadas. El fenómeno de las drogas es multicausal ya que no sólo está determinado por factores biológicos o psicológicos

sino que también intervienen fenómenos culturales, sociales, económicos, entre otros. Esta multicausalidad no solo debe tenerse en cuenta para la instalación del trastorno de abuso de sustancias y adicción, sino también en todas las intervenciones que se realicen (Zapata Vanegas. 2009).

La nueva ley de Salud Mental sancionada en el año 2010 define a las adicciones como una problemática que debe ser abordada como parte de las políticas de salud mental ya que causan sufrimiento psíquico y por ende debe estar enmarcada dentro de esta ley. Propone no solo un cambio en la concepción de los tratamientos y de las adicciones; sino que plantea un cambio paradigmático en relación a la concepción de Salud Mental ya que según el artículo 3° se entiende a la Salud Mental *“como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*.

Por otro lado, en nuestro país se encuentra vigente la ley nacional N°23.737 llamada Ley de Estupefacientes sancionada y promulgada en el año 1989; en la misma se considera delito tanto el consumo como el tráfico de estupefacientes. Es decir, que se estipula una pena y/o una multa para los consumidores de drogas y las personas dependientes tanto psíquica como físicamente de las mismas; además, desde el poder judicial, se estipula una medida de seguridad curativa (tratamiento), esta se debe llevar adelante en establecimientos adecuados, como estipula el artículo N°19 de esta ley, con conducción profesional, reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y habilitadas por la autoridad sanitaria nacional o provincial. En esta ley está previsto que el tratamiento se llevará adelante cuando el paciente preste su consentimiento o cuando exista un peligro para sí mismo y/o para terceros. También estipula que el Servicio Penitenciario deberá contar dentro del penal con un espacio separado donde llevar adelante los tratamientos.

1.2 Instituciones de Atención de las Adicciones. Dispositivos de atención

Los enfoques de los tratamientos de atención de las adicciones fueron cambiando con el paso de los años: en un primer momento los tratamientos eran de “choque” proporcionado por un grupo de pares (otros adictos en recuperación), estas intervenciones tiene su origen en los programas de AA (Alcohólicos Anónimos) y de NA (Narcóticos Anónimos); y en un segundo momento se dio la inclusión de los profesionales dentro de los mismos. El presupuesto que guía estas estrategias confrontativas es que los adictos poseen un nivel elevado de mecanismos de defensa que los convierte en personas inaccesibles si se utilizan los métodos habituales de la terapia (Gujardo Sáinz & Kushner Lanis. 2006).

Miller y Rollnick (1991) citan en su libro “La entrevista Motivacional” un ejemplo de esta modalidad de intervención proveniente del fundador del programa de rehabilitación Synanon, Chuck Dederich:

Ahora tío te voy a explicar lo que tienes que hacer. Y te lo voy a mostrar. O lo haces o sabrás lo que es el infierno fuera de la propiedad de Synanon. Te afeitarás el bigote, irás a los grupos y te comportarás como un señor de buenos modales tanto tiempo como vivas aquí. ¿No te gusta esto? Pues que Dios se apiade de ti, te daré los mismos buenos deseos que les doy a otras personas como tú cuando dejaban esto para volver a la cárcel. Así lo hacemos en Synanon, ¿lo entiendes?, estás sometido a una pequeña operación emocional. Si no te gusta esta operación, de acuerdo, vete, y haz lo que tengas que hacer. Probablemente te volvamos a ver después de que salgas de la cárcel o después de una sobredosis. “¿Nadie me tiene que decir lo que tengo que hacer?”. Nadie en el mundo dice eso, excepto algunos desgraciados, como los drogatas, los alcohólicos o los espaldas mojadas. (pág. 27)

En la actualidad, tanto dentro de las comunidades terapéuticas como en los tratamientos ambulatorios, siguen siendo figuras de importancia otros pacientes más antiguos

y avanzados o recuperados ya que son ellos quienes colaboran con el tratamiento del nuevo paciente generándose un vínculo especial entre ellos signado por la comprensión del problema, la solidaridad y el deseo de ayudarse (Guajardo Sáinz & Kushner Lanis. 2006).

Desde la inclusión de una mirada profesional sobre los tratamientos se desarrollaron diferentes enfoques y teorías en relación a este fenómeno, según Guajardo Sáinz y Kushner Lanis (2006):

- Enfoques Biológicos: desde ese enfoque surgen aportes en relación a la comprensión de los diferentes circuitos de recompensa y los mecanismos de acción de las diferentes drogas que determinan la acción de neurotransmisores sobre el sistema nervioso central.
- Corrientes Conductuales: señalan la importancia del ambiente donde los estímulos actúan impactando en la personalidad del individuo. Desde esta corriente se señala la importancia del refuerzo tanto positivo (efecto directo de la droga, la aprobación del grupo de pares y la gratificación de la socialización lograda) como los negativos (los efectos de la abstinencia que incentivan el consumo).
- Orientación cognitiva: su aporte está relacionado con las alteraciones cognitivas del adicto tales como las ideas irracionales como puede ser “la droga me calma”; alteraciones en la percepción de la autoimagen dado que la persona termina desvalorizándose buscando evadirse en el consumo, fallas en la capacidad de resolución de conflictos lo que lleva a un bajo control de los impulsos perdiendo la capacidad de autocontrol.
- Enfoques Psicoanalíticos: las personas con trastornos adictivos tienen una historia de conflictos o situaciones traumáticas en su pasado las cuales se mantienen reprimidas pero diferentes estímulos subliminales pueden traerlas al presente

generando angustia, rabia u otras emociones negativas, que pueden llevar al consumo o a una recaída.

- Enfoques Familiares: desde este enfoque surgen diferentes explicaciones del fenómeno de la adicción. Se han descrito situaciones que pueden ser causa o coadyuvantes de la adicción; en varios casos es posible encontrar la presencia del mecanismo de coadición en el cual la persona del grupo familiar a través de la sobreprotección facilita, sin quererlo, el proceso adictivo. También se alteran las líneas de autoridad y se generan alianzas disfuncionales entre los miembros del grupo.

La mayoría de los programas de tratamiento en adicciones trabajan con terapias grupales. Los grupos que se conforman durante el tratamiento de las adicciones generan “fuerza de aprendizaje” por cuatro razones fundamentales: calidad de las relaciones personales, vivenciar experiencias emocionales correctivas, el grupo representa un microcosmos social y facilita patrones de comportamiento y comunicación (Guajardo Sáinz & Kushner Lanis. 2006).

Yalom (citado por Guajardo Sáinz & Kushner Lanis. 2006) considera que los aportes más importantes de la terapia grupal en tratamientos de adicciones son:

1. Infundir esperanza: considerando que el grupo está basado en la fe y el deseo de progreso, ver compañeros en etapas avanzadas genera una fuerte mística
2. Universalidad: constatar que el problema es común a todos
3. Entrega de Información: el grupo permite apertura al conocimiento mediante la entrega de educación y formación
4. Altruismo: el grupo facilita el sentirse útil

5. Facilita la socialización a través de la comunicación y la dinámica grupal
6. Aprendizaje mediante comportamiento imitativo
7. Catarsis: compartiendo el mundo interior y sabiéndose aceptado por sus compañeros
8. Aceptación: sabiéndose aceptado por el grupo externo, puede posteriormente integrar y producir un cambio
9. Recapitulación de su grupo familiar primario: la dinámica del grupo genera interacciones similares a lo que algún día fue su grupo familiar de origen
10. Factores Existenciales: el grupo genera sentido de trascendencia, sentido de vida y responsabilidad
11. Cohesión: valida el sentido de pertenencia a través de la participación

Dentro de la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657 también se proponen cambios en los tratamientos, dichas modificaciones apuntan y ponen el énfasis en los derechos de los pacientes. Por ejemplo: el paciente tiene el derecho de ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares y otros afectos lo que genera que las internaciones en comunidades terapéuticas deben realizarse cerca de la comunidad de origen y de los afectos del paciente e incentivar el contacto con la familia y seres queridos. Según esta ley, los tratamientos deben orientarse al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales, por lo que las instituciones deben promover el mantenimiento de los vínculos salvo razones debidamente fundadas como puede ser, en el caso de este tipo de tratamientos, que los lazos sociales más cercanos al paciente abusen de sustancias. Los tratamientos deberán realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Tomando lo planteado en esta ley y las evidencias empíricas existentes, los lazos sociales son una de las aristas fundamentales de los tratamientos sobre las adicciones. Según lo propuesto por Grandfiel y Cloud (1999, citado por Zapata Vanegas. 2009) como “capital de recuperación” se pueden apreciar distintas áreas que colaboran al éxito del tratamiento; los autores con este concepto describen la cantidad y cualidad de recursos internos y del ambiente en los cuales se apoya una persona para mantener la recuperación:

- 1) Asistencia y soporte en vivienda
- 2) Ascenso o continuidad en procesos educativos
- 3) Atención de las necesidades en salud
- 4) Posibilidad para el desarrollo de habilidades vocacionales y oportunidades de empleo
- 5) Soporte y empoderamiento familiar
- 6) Aprendizaje de actividades alternativas y utilización adecuada del tiempo libre
- 7) Soporte Legal
- 8) Acompañamiento y apoyo de pares y grupos de apoyo
- 9) Espacios y medios para el desarrollo espiritual

Estos son factores que hacen al bienestar personal y dentro de los mismos se encuentran el apoyo y soporte tanto de la familia como de otros grupos de apoyo que puedan existir. El soporte ofrecido debe posibilitar la individuación y autonomía del paciente dejando de lado la imagen de persona incompetente, poco responsable y necesitada de protección con la que suele ser vista al inicio del tratamiento. El individuo que durante el tratamiento no cuente con una red de apoyo debe ser vinculado con otra red equivalente que cumpla la función de

acompañamiento, comunicación y afecto con el objetivo de generar estabilización emocional y afectiva y la reparación para asumir una vida independiente (Zapata Vanegas. 2009).

Frente a esta propuesta de intervención que pone el foco de atención en el apoyo de la familia y otros grupos de apoyo, los mayores inconvenientes pueden ser que el paciente que se acerca no cuente con una red de apoyo, o que la familia se niegue a involucrarse en el tratamiento. Pero estas barreras pueden superarse, buscando otras redes de apoyo que puedan cumplir con el acompañamiento del paciente garantizando solidaridad, afecto y comunicación positiva (Zapata Vanegas, 2009).

CPA Mar del Plata

Este centro de atención, es un centro de gestión estatal dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires que comenzó a funcionar a fines de la década del 90' integrando la red provincial de atención a las adicciones, como respuesta a la necesidad y demanda de los sectores afectados por la problemática del consumo de sustancias y como parte de las políticas llevadas adelante por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

Es un servicio de atención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de abuso de sustancias, así como también se realizan tareas de prevención de las adicciones en el área educativa, laboral y comunitaria. Los servicios son públicos y gratuitos, y actualmente se trabaja con una población de aproximadamente 180 usuarios.

Durante esta investigación se ha tenido acceso a los dispositivos de tratamiento ambulatorio y al dispositivo de Casa de Día. Los tratamientos ambulatorios son aquellas intervenciones en las cuales los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de

tratamiento, siendo que el resto del día se dedican a otras actividades como puede ser un trabajo o estudios. La estrategia de intervención se centra en el trabajo con el paciente y con su familia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

A partir de la información brindada por el equipo de atención de la institución se pudo recabar los siguientes datos sobre los dispositivos de atención: los pacientes que llegan al tratamiento ambulatorio pueden llegar tanto de manera voluntaria, acompañados por algún familiar o derivados del poder judicial; los requisitos para ser incorporados en este dispositivo en particular son: que pueda mantener la abstinencia de consumo, que tenga disponible una red de contención y apoyo (familia, pareja, amigos), estén realizando algún trabajo o estudio que pueda mantenerse en el tiempo. Durante el proceso del tratamiento el paciente debe evitar ciertas situaciones de riesgo como son juntarse con otras personas que consuman sustancias psicoactivas, manejar dinero, autoadministrarse los medicamentos recetados por el psiquiatra, y, dentro de lo posible, no salir solo.

El recorrido institucional comienza en la etapa de admisión, en esta primera entrevista el profesional a cargo evalúa si el paciente está motivado para realizar el tratamiento o no. Si se encuentra motivado comienza el tratamiento en el Grupo de Admisión, en caso contrario empieza asistiendo al Grupo de Motivación para el Cambio Terapéutico. Luego de 1 o 2 meses, según los avances que realicen los pacientes, pasan a alguno de los tres Grupos Terapéuticos, donde los pacientes que se encuentran en la etapa inicial del tratamiento trabajan aspectos personales y vinculares, realizándose un abordaje de la conflictiva psíquica y familiar; esta es la fase del tratamiento más prolongada y tiene por objetivo el hacerse responsable de la adicción. La última fase del tratamiento se realiza en el Grupo de Sostenimientos de Logros.

Otro de los dispositivos de la atención ambulatoria es la Casa de Día, en ella se busca lograr el sostenimiento de la abstinencia y establecer pequeños objetivos a cumplir. Este dispositivo se basa en el trabajo desde la cotidianidad, los pacientes asisten al dispositivo de lunes a viernes de 9 a 15hs. Se busca fomentar los hábitos saludables y las responsabilidades; cada uno de los pacientes se asume responsable de alguna actividad como por ejemplo: el responsable de cocina es quien prepara los almuerzos debiéndose organizar en dicha tarea.

Desde el año 2015 se incorporaron al tratamiento los talleres como otras actividades a las que pueden asistir los pacientes, actualmente se encuentran en funcionamiento los talleres de huerta, música, artes plásticas, taller literario, terapia artística, natación, y actividad física.

Dentro del tratamiento también está previsto el acompañamiento y asesoramiento a los familiares de los pacientes, una vez por semana se reúne el Grupo de Asesoramiento a Familiares. Por otro lado, se realizan Sesiones Multifamiliares una vez cada 15 días aproximadamente donde se reúnen los pacientes y sus familiares para una sesión en conjunto. Por último, dentro del tratamiento existen otros dispositivos a disposición de los pacientes como los espacios de entrevistas individuales, las sesiones vinculares y familiares, y entrevistas con el psiquiatra de la institución.

1.3 Apoyo Social

El modelo teórico del apoyo social surge desde los modelos ecológicos que intentan comprender y explicar la conducta humana en función de la relación dialéctica entre el individuo y su ambiente (Arias, 2001). El concepto de apoyo social se sitúa dentro del marco de considerar al ser humano como ser social y donde las relaciones que mantiene el sujeto tanto con su familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. son vínculos de importancia. En la década del setenta se inicia el movimiento del apoyo social y pasado los años se fue

demostrando su importancia en la comprensión de diferentes problemas de salud como las enfermedades crónicas, la educación y el bienestar psicológico en general (Nava Quiroz, Bezies Álvarez & Vega Valero. 2015).

En la actualidad los trabajos realizados en torno a este concepto han generado desarrollos tanto a nivel teórico e investigativo como en prácticas de intervención concretas que se han ido expandiendo en los ámbitos de aplicación institucionales y comunitarios y en el trabajo con grupos vulnerables o aislados socialmente (Arias, 2001). En cuanto a la definición de apoyo social no existe una definición unívoca, sino que existen tantas definiciones como propuestas teóricas planteadas, por lo cual resulta un concepto ambiguo por la variación de factores y condicionantes considerados por cada autor. Es un constructo complejo y multidimensional donde se entrecruzan diferentes aspectos que tienen relación con redes sociales, vínculos familiares, e integración social (Alonso Fachado, Menéndez Rodríguez & Gonzales Castro. 2013).

Considerando la definición de Gottlieb (citado por Rodríguez Espinola, S. y Enrique, H.C. s.f) se concibe al apoyo social como: *“información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor”*.

Según Gracia Fuster (1997) el apoyo social puede surgir espontáneamente o bien puede ser estimulado a través de distintas iniciativas formales o informales. Las fuentes informales de apoyo tienen su origen en la red personal e incluyen numerosas alternativas entre las que se encuentran la familia inmediata y extensa, amistades y vecinos, miembros y asociaciones de la comunidad, compañeros de trabajo. Los vehículos formales para el apoyo comprenden distintos modelos de programas que confían en la ayuda mutua como principal método para proveer apoyo y asistencia o bien como un elemento fundamental en su acercamiento a su

intervención; en este grupo se encuentran los grupos de autoayuda, los programas de intervención que incorporan el apoyo social, los grupos de apoyo y las organizaciones de carácter voluntario.

Por otro lado, Cobb et. al (1976, citado por Nava Quiroz, Bezies Álvarez, Vega Valero. 2015) afirma que el apoyo social es la extensión con la que los individuos perciben o creen que son amados, estimados e incluidos en la familia, grupos de amigos y otros significativos. Además Vaux et.al (1986, citado por Nava Quiroz, Bezies Álvarez, Vega Valero. 2015) sostiene que el apoyo social es un metaconstructo que está conformado por:

- a) El apoyo como una red de recursos de apoyo. Tamaño, estructura de la red de apoyo
- b) Actos de apoyo específico por ejemplo escuchar, prestar dinero, asistencia, ayuda en tareas, etc.
- c) Apreciación de apoyo. Percepción o creencia que uno es amado, cuidado, respetado

Por tanto, se observa que los actos como las relaciones sociales son importantes para formar una adecuada percepción de apoyo social.

La red de apoyo está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo que la persona puede disponer en situaciones críticas y para desarrollar soluciones creativas frente a problemas y conflictos. Estas redes no son estáticas, poseen la característica de sistemas abiertos y se encuentran en un proceso de construcción y deconstrucción permanente (Arias. 2009).

Por otro lado, Rodríguez Espinola, Héctor Carmelo (s/f), explicitan que se pueden realizar análisis en distintos niveles del apoyo social:

- un nivel comunitario: sentimiento de pertenencia e integración al entramado social
- un nivel medio: apoyo que brinda las redes sociales a las que pertenece el individuo como el trabajo, el barrio, etc.
- un nivel de las relaciones íntimas (familia, amigos) que da lugar a un sentimiento de seguridad, compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Varios autores coinciden que la presencia de apoyo social es beneficiosa para la salud del sujeto: el apoyo social entendido como la ayuda emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social cumple un papel sumamente importante ya que ayuda a proveer sentido a la vida, aporta retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud, propicia una serie de actividades personales que se asocian positivamente con la sobrevida y que se orienta al cuidado y a la promoción de la salud (Arias. 2009).

En el artículo “Apoyo social, mecanismos y modelos de influencia” (2013) Alonso Fachado, Menéndez Rodríguez, Gonzales Castro postulan que se han definido dos teorías que explican la asociación entre el apoyo social y la salud:

- A. Efecto Directo: afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Se han propuesto dos mecanismos, uno relacionado con los efectos que el apoyo social posee sobre algunos mecanismos psico-fisiológicos; y otro relacionado con el cambio de conductas, adopción de hábitos saludables que tendrían consecuencias positivas en la salud.
- B. Efecto Amortiguador: postula que el apoyo social genera que se atenúen las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad. Por un lado, el apoyo social permite que el sujeto sea capaz de redefinir la situación estresante o inhibir los

procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social. Y por otro lado, genera que el sujeto sienta la seguridad de contar con ciertos recursos materiales y emocionales para enfrentar la situación de estrés.

Alonso Fachado, Menéndez Rodríguez, Gonzales Castro (2013) plantean que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de salud. Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas conductuales asociadas al estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social. También, su presencia, aumenta las conductas de autocuidado y mejora los índices de calidad de vida.

Durante el tratamiento de las adicciones, el apoyo social es un factor importante; hay evidencias que está relacionado con la no reincidencia en el consumo como así también un factor importante para mitigar los efectos de las situaciones estresantes. Esto se debe a la parte emocional del apoyo, también es importante recalcar que no solo debe haber apoyo disponible sino que también de las características personales para acceder a ese apoyo (Rodríguez Espinola y Enrique. S.f).

Las evidencias demuestran que una red personal estable, sensible, activa y confiable es salutógena, protege a las personas de las enfermedades, acelera el proceso de curación y aumenta la sobrevida. De la misma manera hay evidencia que cuando el sujeto enferma también se deteriora la calidad de su interacción social (Sluzki. 1995).

La red de apoyo brinda una retroalimentación cotidiana de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos; es decir, que la red actúa como monitor de salud y activador de las consultas médicas. Por otro lado, las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la vida por lo que le otorga sentido a las conductas de cuidado (Sluzki. 1995).

El apoyo social puede ser definido según dos dimensiones (Alonso Fachado, Menéndez Rodríguez, Gonzales Castro. 2013; Rodriguez Espinola y Enrique. s/f; Pérez Bilbao y Daza s/f) una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. Mientras la primera evalúa la cantidad de vínculos que correspondería con el apoyo social recibido; la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación que realiza el sujeto de las mismas, esta segunda perspectiva correspondería con el apoyo social percibido:

- Apoyo estructural o cuantitativo que hace referencia a la cantidad de relaciones sociales con las que cuenta el sujeto y la interconexión entre estas redes. Esta red tendrá sus características particulares de tamaño, frecuencia de relación, composición, fuerza, densidad, parentesco y homogeneidad.
- Apoyo funcional o cualitativo que tiene un carácter subjetivo y refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte; es la percepción que se tiene de sentirse amado, cuidado y valorado. Esta dimensión es la del apoyo social percibido y tiene diversos componentes, como se dimensiona y evalúa en el cuestionario MOS seleccionado para esta investigación:
 - Apoyo Emocional: Es la expresión de afecto y comprensión empática.
 - Apoyo Informativo: Se refiere a la información que una persona puede ofrecerle a otra para que estas puedan usarlas para hacer frente situaciones problemáticas. Esta información no es la solución en sí misma sino que ayuda a que la persona puede resolver la situación problemática por sus propios medios
 - Apoyo Instrumental: La provisión de ayuda material o instrumental que pueda recibir directamente una persona

- Apoyo Afectivo: Se refiere a las expresiones de amor y de afecto que se reciben por parte del grupo social.
- Interacción Social Positiva: La disponibilidad de las personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse; es el pasar tiempo con otros.

Evaluación del apoyo social

En cuanto a la evaluación del apoyo social percibido existen diversos instrumentos psicométricos, en español se destacan: la adaptación al español de la escala de apoyo social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart realizada por Sandín y Chorot (1990), la adaptación al español del inventario de apoyo familiar para trabajadores de King, Mattimore, King y Adams realizada por Martínez Pérez y Osca (2002), y la adaptación de la escala para la evaluación del apoyo social del California Department of Mental Health realizada por Conde y French. (Rodríguez Espinola y Enrique. s.f).

En esta investigación se optó por el cuestionario MOS el cual fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991. Este cuestionario tiene en cuenta tanto el apoyo estructural (tamaño de la red social) como el apoyo funcional (percepción de apoyo) fundamentando la elección ya que se trata de un instrumento multidimensional. Además se fundamenta su elección en que presenta un formato de lectura sencillo y es de fácil aplicación; y porque es un instrumento validado en nuestro país (Rodríguez Espinola y Enrique. s.f).

Capítulo 2

Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

- Describir el nivel de apoyo social percibido por los pacientes en tratamiento de rehabilitación por adicciones a sustancias psicoactivas del Centro Provincial de Atención de las Adicciones (CPA) de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Específicos

- Describir y Evaluar el nivel de apoyo social percibido entre pacientes en dos etapas de tratamiento: nivel inicial y nivel avanzado, respecto a los objetivos terapéuticos alcanzados.
- Especificar si hay cambios significativos en el nivel de apoyo social percibido en función del nivel de avance de los logros de objetivos terapéuticos alcanzados por el paciente.
- Identificar características particulares del apoyo social percibido por los pacientes con respecto a los otros como fuentes de apoyo.

Hipótesis

- La percepción de apoyo social será mayor en los pacientes que se encuentran en la etapa avanzada en el tratamiento que aquellos que se hallan en la etapa inicial.

Capítulo 3

Aspectos Metodológicos

3.1 Diseño de investigación

Este estudio ha sido de tipo descriptivo transversal, no experimental.

3.2 Caracterización de la muestra

La muestra fue no probabilística, seleccionada intencionalmente, conformada por 30 pacientes, de ambos sexos, en tratamiento ambulatorio de rehabilitación por adicciones de sustancias psicoactivas del Centro Provincial de Atención de las adicciones (CPA) de la localidad de Mar del Plata.

Se consideraron pacientes pertenecientes a dos grupos conformados según criterios clínicos de la institución: uno definido como Grupo de etapa inicial (GI) conformado por pacientes en proceso de admisión o en una etapa inicial del tratamiento; y un segundo grupo definido como Grupo de etapa avanzada (GA), cuyos logros terapéuticos han sido alcanzados para ser considerados en una etapa avanzada del tratamiento. La diferenciación entre los dos grupos se fundamenta en base a los criterios clínicos determinados por el equipo de intervención a cargo del tratamiento en la institución, considerando a pacientes del GA cuando tengan una abstinencia de consumo mínima de cuatro meses y el progreso clínico de cada paciente. Por esta razón el tiempo cronológico de tratamiento no fue relevante para la conformación de los grupos.

Dentro de la muestra se excluyeron los pacientes duales: aquellos pacientes que sólo concurren a tratamiento individual por tener alguna patología psiquiátrica de base.

El Grupo de etapa inicial (GI) está conformado por 16 sujetos de los cuales el 87,5% son varones (14 sujetos) y el 12,5% son mujeres (2 sujetos). En relación a la edad la media es de 34,69 años. El tiempo de permanencia en el tratamiento en este grupo es de aproximadamente 7 meses. En la tabla 1 se presenta la edad del GI, en la tabla 2 el sexo, y en la tabla 3 el tiempo de permanencia en el tratamiento de este grupo.

Tabla 1. Datos sobre la edad del Grupo de Etapa Inicial

N	Válidos	16
	Perdidos	0
Media		34,69
Desv. típ.		12,142
Mínimo		17
Máximo		50

Tabla 2. Datos sobre el sexo del Grupo de Etapa Inicial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos masculino	14	87,5	87,5	87,5
femenino	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Tabla 3: Datos sobre el tiempo de permanencia en el tratamiento del Grupo de Etapa Inicial

	Tiempo de tratamiento
Válidos	16
Perdidos	0
Media	7,53
Desv. Típ.	11,227
Mínimo	1
Máximo	48

El Grupo de etapa Avanzada está conformado por 14 sujetos de los cuales el 78,6% son varones (11 sujetos) y el 21,4% mujeres (3 sujetos). En relación a la edad el promedio de la misma es de 40,29 años. El tiempo de permanencia en el tratamiento de este grupo es de aproximadamente un año y dos meses. En la tabla 4 se presentan los datos de la edad de GA, en la tabla 5 el sexo y en la tabla 6 el tiempo de permanencia en el tratamiento de este grupo.

Tabla 4. Datos sobre la edad Grupo de Etapa Avanzada

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		40,29
Desv. típ.		7,859
Mínimo		27
Máximo		55

Tabla 5. Datos sobre el sexo Grupo de Etapa Avanzada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos masculino	11	78,6	78,6	78,6
femenino	3	21,4	21,4	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabla 6: Datos sobre el tiempo de permanencia en el tratamiento GA

	Tiempo de tratamiento
Válidos	14
Perdidos	0
Media	15,21
Desv. Típ.	8,331
Mínimo	5
Máximo	36

Cabe destacar que el escaso porcentaje de mujeres en los grupos de la muestra de esta investigación se trata de un dato socio demográfico que se presenta en la población que se atiende en el CPA de Mar del Plata y, como se puede ver en el informe de Gestión de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones del año 2012 también es un dato socio demográfico en relación a la población que se atiende en toda la provincia de Buenos Aires.

3.3 Técnicas de Recolección de datos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

1. Cuestionario de apoyo social percibido MOS (Sherbourne & Sterwart, 1991) validado en nuestro país por Rodríguez Espinola, S y Enrique, H.C (s/f). Este instrumento presenta un índice de confiabilidad de alfa de Crombach de .919, el tiempo de administración es de 15 minutos. Este cuestionario cuenta con dos ítems relacionados con el tamaño de la red social y luego 19 ítems en forma de escala likert que están referidos a los cuatro componentes del apoyo social funcional o percibido: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Se pregunta en una escala del 1 al 5, donde 1 es nunca y 5 es siempre, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. La puntuación se obtiene mediante la suma de las respuestas brindadas por el entrevistado siendo el puntaje mínimo 19 y el máximo 95 puntos para el índice global; a mayor puntuación mayor sería el apoyo social percibido por el entrevistado. Los puntos de corte que presenta este instrumento para determinar la presencia o no de apoyo social percibido para el índice global y sus componentes se presentan en la siguiente tabla (tabla 7):

Tabla 7. Puntajes máximos, mínimos y puntos de corte para el índice global y los componentes del apoyo social percibido

	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	Punto de Corte
Índice Emocional	40	8	24
Índice Instrumental	20	4	12
Interacción Social Positiva	20	4	12
Índice Afectivo	15	3	09
Índice Global	95	19	57

En el anexo se presenta este cuestionario.

2. Entrevista semidirigida, elaborada ad hoc, con el objetivo de profundizar la exploración del apoyo social percibido en los pacientes del grupo de etapa avanzada. Se indaga el apoyo social percibido en función del cambio observado por la persona en esta variable desde el inicio del tratamiento hasta el momento actual de la entrevista, el grado de apoyo de la red social frente a un problema, y la percepción de reconocimiento propio de parte de otros. Con un tiempo de administración de 30 minutos. Se presenta en el anexo.
3. Observación de grupos terapéuticos de pacientes de la etapa inicial y avanzada y de grupo de orientación a familiares con el objetivo de conocer el funcionamiento del dispositivo de atención al que pertenecen los sujetos de esta investigación y conocer la dinámica y la interacción social que se da en dichos grupos.
4. Información de las historias clínicas de los pacientes a fin de obtener datos sobre el consumo de sustancias, datos socio-demográficos (edad, sexo, tiempo de tratamiento) y familiares, y la evolución en el tratamiento según criterios clínicos terapéuticos utilizadas para la conformación de los grupos de etapa inicial (GI) y de etapa avanzada en el tratamiento (GA).

3.4 Procedimiento

El orden de uso de los instrumentos fue en primer lugar, la lectura de las historias clínicas durante 2 semanas; luego la observación de los grupos terapéuticos de pacientes en etapa inicial así como en la etapa avanzada del tratamiento y grupo de orientación a familiares asistiendo a diferentes encuentros durante 4 semanas. Por último se realizó la administración del cuestionario MOS y de la entrevista semidirigida a los 30 sujetos de la muestra. El cuestionario MOS fue administrado en ambos grupos de pacientes (30 sujetos), mientras que las entrevistas semidirigida fueron administradas sólo a los pacientes del grupo de etapa avanzada que conformaban el grupo de sostenimiento de logros (7 sujetos).

Las técnicas de recolección de datos (entrevistas y cuestionario MOS) se administraron a los participantes individualmente, mediante condiciones estandarizadas y sistemáticas guiadas por la investigadora tesista. Se aseguró el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos de los participantes por escrito, se adjunta en el anexo el consentimiento informado utilizado.

3.5 Análisis de datos

Se realizó un análisis cualitativo mediante técnicas de análisis de contenido para los datos obtenidos en las entrevistas semidirigidas y un análisis cuantitativo para los datos obtenidos mediante el cuestionario MOS. Para ello, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva (frecuencias, medias de TC y DE) para caracterizar la variable de estudio, y una prueba de diferencias de medias con el fin de comparar el comportamiento de dicha variable en los dos grupos de estudio (GI y GA). Para este análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS (Hernandez Sampieri, 2003; Grawitz, 1996; Aron & Aron 2002).

Capítulo 4

Resultados

A continuación se exponen los resultados de la investigación según los objetivos planteados.

Objetivo 1: Describir y Evaluar el nivel de apoyo social percibido entre pacientes en dos etapas de tratamiento: etapa inicial y etapa avanzada, respecto a los objetivos terapéuticos alcanzados.

Como se registra en la Tabla 8, la media de la variable apoyo social percibido (funcional) en el grupo de etapa inicial es de 54,69 puntos para el índice global, que indica la puntuación total acogida en promedio por este grupo en el apoyo social general. El desvío estándar es de 19,78 puntos. Este puntaje obtenido se halla inmediatamente por debajo del punto de corte, de 57 puntos, determinado por el instrumento para estipular la presencia de apoyo social percibido. Por tanto, es posible decir que el apoyo social percibido en este grupo es medianamente escaso.

Considerando los resultados obtenidos por el GI en cada componente de la dimensión de apoyo social percibido que se evaluó con este instrumento y tomando en cuenta los puntos de corte para cada uno de estos componentes del apoyo social percibido, se ha hallado que:

- En el índice Instrumental se alcanzó una media de 10,88 cuando el punto de corte es de 12 puntos
- En el índice Emocional una media de 22,5, siendo el punto de corte de 24 puntos
- En el índice de Interacción Social Positiva una media de 11,75, siendo el punto de corte de 12 puntos
- En el índice Afectivo una media de 9,5, cuando el punto de corte es de 9 puntos

Por lo tanto, en el grupo de etapa inicial las medias de los puntajes obtenidos en cada uno de los componentes se encuentran 1 o 2 puntos por debajo del punto de corte que determina la presencia de apoyo social menos en el componente de apoyo afectivo que el puntaje obtenido está 0,5 puntos por sobre su punto de corte.

Por otro lado, con respecto a los datos obtenidos en el grupo de nivel avanzado, como se observa en la tabla 9 el índice global de apoyo social percibido obtuvo una media de 68,64. Por lo tanto se observa la presencia de apoyo social percibido por encima del punto de corte, lo cual indica la presencia de bastante apoyo social percibido. El desvío estándar es de 15,82.

Considerando los resultados obtenidos por el Grupo de etapa Avanzada (GA) en cada componente del apoyo social percibido/funcional que se evaluó con este instrumento y tomando en cuenta los puntos de corte para cada uno de estos componentes se ha hallado que:

- En el Índice Instrumental se alcanzó una media de 13,86 puntos, cuando el punto de corte es de 12
- En el índice emocional se obtuvo una media de 28,78 puntos, siendo el punto de corte de 24
- En Interacción Social Positiva obtuvo una media de 14 puntos, cuando el punto de corte es de 12
- En el índice Afectivo una media de 12 puntos, siendo el punto de corte de 9 puntos

Por lo tanto, en el grupo de etapa avanzada las medias de los puntajes obtenidos en cada uno de los componentes del apoyo social percibido (funcional) se encuentran 1 o 2 puntos por encima del punto de corte que determina la presencia de apoyo social para cada componente, salvo en el índice emocional que se encuentra 4 puntos por encima de dicho punto de corte.

Cabe señalar que en cuanto a los componentes de apoyo social percibido el GI obtuvo 1 o 2 puntos por debajo del punto de corte y el GA alcanzó 1 o 2 puntos por encima, sin

presentarse puntajes muy por debajo o muy por encima de los puntos de corte; por otro lado, considerando el índice global el GI obtuvo un puntaje por debajo del punto de corte y el GA obtuvo un puntaje por encima. De esta manera se corrobora la hipótesis de este estudio que la percepción de apoyo social sería mayor en los pacientes que se encuentran en la etapa avanzada en el tratamiento que aquellos que se hallan en la etapa inicial.

Tabla 8: Puntajes obtenidos por el Grupo de etapa Inicial (GI) en la variable de apoyo social percibido y sus dimensiones

		Índice Global	Instrumental	Afectivo	Emocional	Interacción Social
N	Válidos	16	16	16	16	16
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		54,69	10,88	9,5000	22,5625	11,7500
Desv. ttp.		19,785	5,667	3,38625	9,79094	4,28174
Mínimo		19	4	3,00	8,00	4,00
Máximo		94	20	14,00	40,00	20,00

Tabla 9: Puntajes obtenidos por el Grupo de etapa Avanzada (GA) en la variable de apoyo social percibido y sus dimensiones

		Índice Global	Instrumental	Afectivo	Emocional	Interacción Social
N	Válidos	14	14	14	14	14
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		68,64	13,86	12,0000	28,7857	14,0000
Desv. ttp.		15,824	5,157	2,77350	7,52614	3,28165
Mínimo		37	5	6,00	16,00	10,00
Máximo		90	20	15,00	40,00	20,00

Por otro lado, como se puede ver en la tabla 10, de los 16 sujetos pertenecientes al GI sólo 8 obtuvieron puntajes superiores o iguales a 57 puntos dando cuenta que sólo dichos sujetos obtuvieron puntajes que dieran cuenta de presencia de apoyo social percibido.

Mientras que como se puede ver en la tabla 11, en el GA, 10 sujetos de los 14 que conformaron este grupo obtuvieron puntajes superiores al punto de corte.

Tabla 10. Detalle de la frecuencia de cada valor del índice global del apoyo social percibido para del Grupo de Etapa Inicial (GI)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19	1	6,3	6,3	6,3
	26	1	6,3	6,3	12,5
	29	1	6,3	6,3	18,8
	50	3	18,8	18,8	37,5
	52	1	6,3	6,3	43,8
	53	1	6,3	6,3	50,0
	57	3	18,8	18,8	68,8
	58	1	6,3	6,3	75,0
	60	1	6,3	6,3	81,3
	81	1	6,3	6,3	87,5
	82	1	6,3	6,3	93,8
	94	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Tabla 11. Detalle de la frecuencia de cada valor del índice global del apoyo social percibido para el Grupo de Etapa Avanzada (GA)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	37	1	7,1	7,1	7,1
	50	3	21,4	21,4	28,6
	68	1	7,1	7,1	35,7
	71	2	14,3	14,3	50,0
	73	1	7,1	7,1	57,1
	74	1	7,1	7,1	64,3
	80	1	7,1	7,1	71,4

81	1	7,1	7,1	78,6
82	1	7,1	7,1	85,7
84	1	7,1	7,1	92,9
90	1	7,1	7,1	100,0

Objetivo 2: Especificar si hay cambios significativos en el nivel de apoyo social percibido en función del nivel de avance de los logros de objetivos terapéuticos alcanzados por el paciente.

Para dar respuesta a este objetivo se optó por una prueba t de diferencias de medias para variables independientes, considerando el nivel de significación de 0,05; como se ve en la tabla 12 no se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos ni en el índice global ni en cada uno de los componentes del apoyo social percibido. Por lo tanto, las diferencias en el nivel de apoyo social percibido entre los grupos no demostró ser estadísticamente significativa. Comparativamente las puntuaciones mayores del Grupo de Etapa Avanzada con respecto a las puntuaciones alcanzadas por el Grupo de Etapa Inicial no son significativamente mayores; es decir que el grupo de etapa avanzada no obtuvo una puntuación significativamente mayor que el grupo de etapa inicial en cuanto al apoyo social percibido.

Tabla 82. Puntajes obtenidos en el análisis de diferencias de medias para variables independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Indice Global										
Se han asumido varianzas iguales	,049	,827	-2,112	28	,044	-13,955	6,607	-27,489	-421	
No se han asumido varianzas iguales			-2,144	27,803	,041	-13,955	6,508	-27,290	-621	
Instrumental										
Se han asumido varianzas iguales	,183	,672	-1,499	28	,145	-2,982	1,989	-7,057	1,093	
No se han asumido varianzas iguales			-1,509	27,946	,143	-2,982	1,977	-7,031	1,067	
Afectivo										
Se han asumido varianzas iguales	,579	,453	-2,192	28	,037	-2,50000	1,14062	-4,83646	-1,16354	
No se han asumido varianzas iguales			-2,222	27,897	,035	-2,50000	1,12522	-4,80529	-1,19471	
Emocional										
Se han asumido varianzas iguales	,308	,583	-1,930	28	,064	-6,22321	3,22490	-12,82913	,38270	
No se han asumido varianzas iguales			-1,964	27,585	,060	-6,22321	3,16817	-12,71733	,27090	
Interaccion Social										
Se han asumido varianzas iguales	,548	,465	-1,597	28	,121	-2,25000	1,40890	-5,13601	,63601	
No se han asumido varianzas iguales			-1,626	27,566	,115	-2,25000	1,38386	-5,08672	,58672	

Objetivo 3: Identificar características particulares del apoyo social percibido por los pacientes con respecto a los otros como fuentes de apoyo.

Se expresan a continuación los datos obtenidos de las entrevistas realizadas al grupo de pacientes pertenecientes al grupo de sostén de logros terapéuticos que conformaron parte del grupo de etapa avanzada de acuerdo a los ítems de la entrevista administrada.

Primeramente todos los pacientes informaron que percibieron cambios en la relación de apoyo con las personas que conforman su red de apoyo desde el inicio del tratamiento. Algunos entrevistados pusieron el foco de atención en los cambios positivos que se dieron con su familia:

“De no darnos ni bola ahora llego de navegar y voy a verlos, me intereso, los acompaño al médico, hay más diálogo” (hombre de 43 años – en relación a sus padres)

“Fue muy deprimente cuando me empiezo a dar cuenta la distancia que se había creado” (hombre de 43 años - en relación a sus hijas)

“Empecé a tratar de acercarme, a permitirme llegar, a permitirme querer y a poder querer y poder demostrarlo” (hombre de 43 años. - en relación a su esposa)

Otros dieron cuenta del cambio en sus relaciones de amistad, haciendo hincapié en la diferencia entre los llamados “compañeros de consumo” y las verdaderas amistades:

“Tengo casi 20 años de consumo, entonces la gente que yo creía amigos era gente que compartíamos consumo, tuve que apartarme de ellos” (mujer de 41 años)

“Yo pensé que tenía un montón de amigos, pero eran compañeros de consumo, no eran amigos. Yo me alejo de mis verdaderas amigas de toda la vida porque me aburría con ellas porque no consumían, después nos volvimos a reencontrar” (mujer de 36 años)

“Lo que es amigos, me abrí de todos, no conozco a nadie porque eran... no había nadie que no consumiera del grupo de amigos. Hoy en día digo, no eran amigos, nos juntábamos a consumir... Empiezo a hacer nuevas relaciones con gente sana, no me interesa ya gente que consume” (hombre de 43 años)

“Me quedó una amiga, ella no compartió nunca el consumo conmigo y ella volvió, me llamaba durante el tratamiento para hacerme saber que contaba con ella. Me cuesta armarme un grupo de amigos, me cuesta divertirme, pero apunto a construir una nueva vida” (mujer de 41 años)

También, uno de los entrevistados dio cuenta de cambios en la interacción social en general, no sólo con las personas significativas de la red de apoyo sino también en relación a la forma de relacionarse con otros en la vida diaria:

“El cambio nace de mi parte para con los demás” (hombre de 51 años)

Por otro lado, los entrevistados dieron cuenta del cambio que vivenciaron en las relaciones interpersonales en cuanto a la forma de comunicación con las personas significativas de su red, siendo esta una comunicación más eficiente a través de la cual se lograron objetivos propuestos durante el tratamiento.

“Poder empezar a conversar, a charlar de un montón de cosas, de lo que nos gustaba de nosotros, lo que no nos gustaba. A poder pedir perdón” (mujer de 55 años. - en relación a su hijo)

“Se mejoraron las relaciones con mis seres queridos y con la gente, puedo estar en contacto, puedo hacer un trabajo y a medida que lo fui hablando se me fue haciendo más fácil” (hombre de 43 años)

Otro de los entrevistados enfatizó en el cambio que vivenció al desarrollar una habilidad de escucha a los otros:

“Puedo decirte que mejoró un montón las relaciones a través del grupo, de escuchar”
(hombre de 43 años)

En relación a la cuestión indagada en la entrevista si percibían apoyo por parte de su red frente a un problema, todos los entrevistados dieron cuenta de la presencia de apoyo pero se suscitaron diferentes cuestiones en relación al tipo de apoyo percibido. La mayoría de los entrevistados dieron cuenta de un apoyo emocional e informacional frente a la presencia de un problema, donde sienten que las personas que conforman la red expresan afecto y comprensión empática, así como guía y oferta de consejos e información:

“Afectivamente el apoyo incondicional” (hombre de 51 años)

“Y con mi mujer hablamos cualquier cosita, ella también hace 5 años dejó el consumo, tenemos buenos diálogos, nos comunicamos bien y nos apoyamos” (hombre de 43 años)

“El apoyo es en estar, en decirme mirá que acá estoy, en lo que necesites estoy, si necesitas un oído yo estoy. Cosas que nunca lo... o no lo escuche. Tal vez lo tuve y no lo escuché”
(hombre de 43 años)

También dieron cuenta de la presencia de apoyo instrumental donde la red brinda una ayuda material:

“Fui lo hablé con mis viejos y ellos en otro momento no me hubieran prestado ni diez centavos, ¿entendes? Les pedí plata y me la dieron” (hombre de 43 años)

Por otro lado, algunos entrevistados dieron cuenta de interacciones sociales positivas, donde la red se encuentra disponible para poder salir, divertirse o distraerse:

“Compartimos una comida, cosas que antes no compartíamos por el consumo y ahí es donde me siento contenida” (mujer de 41 años)

“Tomamos unos mates con mi mamá y charlamos” (mujer de 36 años)

Por último, algunos entrevistados reconocieron la presencia de apoyo afectivo donde la red de apoyo brinda amor y afecto:

“Siento que me cuidan” (mujer de 55 años)

En relación a la valoración o reconocimiento por parte de las personas significativas que conforman la red, todos los entrevistados dieron cuenta de un reconocimiento por parte de sus seres queridos. Esto lo vivencian a través de diferentes situaciones, por ejemplo a través del reconocimiento del esfuerzo personal que está realizando el paciente a lo largo del tratamiento por parte de la familia:

“Mi hija me lo dice constantemente que está orgullosa de mí” (mujer de 41 años)

“Si bien nunca hubo una mala relación, pero como ven el esfuerzo de parte mía me lo hacen ver, me lo valoran y a mí me pone muy bien eso. Yo necesitaba ese reconocimiento” (hombre de 43 años)

“Me felicitaron por el paso que había dado” (mujer de 55 años)

Asimismo algunos entrevistados dieron cuenta de este sentimiento de valoración personal y de fortalecimiento de la identidad a través de situaciones de la vida diaria, en este ejemplo se puede ver como el sentir que también uno es una persona de apoyo para las personas significativas hace que el entrevistado se sienta valorado:

“Me siento valorado, uno más, inclusive me cuentan sus cuestiones” (hombre de 51 años)

Por último, los entrevistados dan cuenta del reconocimiento a través de otros indicadores como puede ser los comentarios positivos en cuanto al semblante y a la nueva imagen personal:

“Me dicen: que bien que te veo, cambio el semblante de tu cara” (mujer de 36 años)

“Mis afectos me lo dicen que me ven que estoy bien” (hombre de 43 años)

“Mi hijo me veía y me decía lo linda que estaba, lo cambiada que estaba” (mujer de 55 años)

Capítulo 5

Discusión y Conclusión

La presente investigación se ha propuesto describir el nivel de apoyo social percibido por los pacientes en tratamientos de rehabilitación por adicciones a sustancias psicoactivas del CPA de Mar del Plata. La hipótesis general que guió esta investigación fue que la percepción de apoyo social sería mayor en los pacientes que se encontraban en la etapa avanzada del tratamiento que aquellos que se hallaban en la etapa inicial.

Teniendo en cuenta que el primer objetivo específico de la presente investigación fue describir y evaluar el nivel de apoyo social percibido entre pacientes en dos etapas de tratamiento: inicial y avanzada, respecto a los objetivos terapéuticos alcanzados; los datos evidenciaron que los pacientes pertenecientes al grupo de etapa inicial tenían un apoyo social percibido medianamente escaso según el índice global del cuestionario MOS mientras que los pacientes del grupo de etapa avanzada contaban con la presencia de bastante apoyo social percibido.

Con respecto al segundo objetivo específico, a través del cual se propuso especificar si había cambios significativos en el nivel de apoyo social percibido en función del nivel de avance de los logros de objetivos terapéuticos alcanzados por el paciente; los datos de comparación de diferencias entre los grupos mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, ni en el índice global ni en los componentes de apoyo social percibido. Por lo tanto, el grupo de etapa avanzada no obtuvo una puntuación significativamente mayor que el grupo de etapa inicial. Una posible razón a esto puede ser que este dato se haya visto afectado por el número de participantes que conformaron la muestra. Convendría, en este sentido, la realización de otros estudios en muestras con mayor cantidad de participantes.

Por último, en relación al tercer objetivo específico por el cual se propuso identificar características particulares del apoyo social percibido por los pacientes con respecto a los otros como fuentes de apoyo, los datos recolectados mediante las entrevistas semidirigidas a algunos pacientes pertenecientes al grupo de etapa avanzada del tratamiento revelaron que había cambiado la relación con su red de apoyo (familia, amigos, pareja) desde el comienzo del tratamiento. Todos los pacientes entrevistados dieron cuenta de un cambio positivo en el apoyo social percibido desde el inicio del tratamiento, por un lado para con su familia donde comienzan a encontrar un núcleo de apoyo, por otro lado, en relación a las amistades dieron cuenta de un cambio desde el inicio del tratamiento cuando dejaron de relacionarse con los llamados compañeros de consumo y empezaron a trabajar en otro tipo de relaciones de amistad, también dieron cuenta de un cambio en la forma de relacionarse con los otros en la vida diaria y en la forma de comunicarse con las personas que conforman su red de apoyo. Por otro lado, se indagó sobre la presencia de apoyo que percibían por parte de su red frente a un problema y la forma en que se brindaba este apoyo, todos los pacientes entrevistados dieron cuenta de la presencia de apoyo por parte de su red pero la forma que tomaba para cada paciente ese apoyo fue diferente. Los datos obtenidos se pudieron agrupar en los componentes que conforman el apoyo social percibido: emocional, informacional instrumental, interacciones sociales positivas, y apoyo afectivo. Por último se indagó al sentimiento de reconocimiento y valoración que percibían los pacientes por parte de las personas significativas que conforman su red, se obtuvieron datos en relación a los comentarios positivos por parte de los integrantes de su red donde se reconocía el esfuerzo personal realizado por los pacientes, asimismo este sentimiento de valoración estaba dado por la confianza brindada por la red al paciente y por último, en relación a los comentarios positivos en relación a la nueva imagen personal.

Los datos arrojados tanto por el cuestionario MOS y por las entrevistas semidirigidas confirmaron la hipótesis que guió esta investigación evidenciando diferencias en la percepción del apoyo social según la etapa de tratamiento en la que se encontraba el paciente.

Cabe señalar que los objetivos 1 y 2 se orientaron a comparar el apoyo social percibido entre los dos grupos de pacientes que conformaron la muestra en un momento determinado, mientras que el objetivo 3 se dirigió a indagar los cambios en la variable de estudio desde el comienzo del tratamiento hasta el momento actual, por lo tanto incluye una mirada retrospectiva de los pacientes que conformaron el grupo de sostén de logros de la etapa avanzada de la muestra. Por esta razón conviene realizar algunas apreciaciones acerca de los datos obtenidos:

Los participantes que conformaron la muestra de esta investigación son pacientes del dispositivo de tratamiento ambulatorio, que para poder ser incluidos en este dispositivo los pacientes deben contar con una cierta red de apoyo que los acompañe durante el tratamiento, por lo que la obtención de puntajes 1 o 2 puntos por debajo del punto de corte del grupo de etapa inicial puede estar relacionado con esta característica de la muestra. En cambio, el hecho que el grupo de etapa avanzada obtuviera puntajes que superaban el punto de corte por 1 o 2 puntos, puede estar relacionado con el dato recabado en las entrevistas realizadas a los pacientes del grupo de sostén de logros que los pacientes estaban rearmando su red de apoyo ya que habían dejado de relacionarse con los llamados compañeros de consumo y en esta etapa final del tratamiento estaban rearmando dicha red con relaciones saludables. Esto permite pensar en la necesidad de evaluar la calidad de la red con la que cuentan los pacientes en próximas investigaciones.

Cabe una consideración aparte en relación a las características de los participantes de esta muestra que tuvo un bajo porcentaje de mujeres, ya que forman parte del dispositivo de

atención menor cantidad de mujeres que de hombres. La cantidad de mujeres que conformaron la muestra fueron 5 de 30 sujetos, es decir el 16% de la muestra. Tomando los datos publicados en el Informe de Gestión de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones del año 2012 donde se plantea que en toda la provincia de Buenos Aires del total de personas atendidas en los servicios sólo el 15,7% son mujeres, se puede ver que esta característica es común en los dispositivos de atención de las adicciones. En este sentido, Nuria Romo en “Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres” (2006) plantea que las mujeres tienen un consumo de sustancias psicoactivas diferente al de los hombres y que esta es una razón por la cual se las invisibiliza. En España, por ejemplo, existen datos que muestran que las mujeres consumen en su mayoría drogas legales como tabaco, alcohol y psicofármacos recetados. A fin de cuenta, lo que plantea Romo es que las diferencias en el uso de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres está dado por las diferencias sociales, como las responsabilidades parentales. Por otra parte, Roig (2000) plantea que son pocos los programas de rehabilitación destinados a mujeres, ya que la mayoría de los programas en funcionamiento fueron pensados y diseñados por varones para la rehabilitación y el tratamiento de varones. Es decir, que los programas de prevención excluyen a la mujer de su argumento lo que tiende a dejar a la mujer indefensa y cronificar su posición de mujer adicta. Estas ideas pueden explicar el menor porcentaje de mujeres que llegan a un tratamiento de rehabilitación por adicciones y dan cuenta de la importancia de realizar estudios de género en el campo de las adicciones.

Con respecto a los aspectos metodológicos, el cuestionario MOS utilizado es un instrumento diseñado por Sherbourne & Stewart en 1991, validado en nuestro país por Rodríguez Espinola, S y Enrique, H.C (s/f). La elección de este instrumento se basó en la validación del instrumento por investigadores en el campo del apoyo social en nuestro país, y el formato de fácil lectura y aplicación. Ahora bien, este instrumento adolece de la medición

de la calidad de la red social. Resulta de interés la elaboración de un diseño de un instrumento o bien la modificación de dicho instrumento, en función de datos que revelen tanto los aspectos estructurales, funcionales como también los aspectos de la calidad de la red social.

Para concluir, esta investigación ha aportado cierta evidencia empírica que demuestra la importancia del rol del apoyo social percibido/funcional en los pacientes que cursan tratamiento de rehabilitación por adicciones.

Referencias Bibliográficas

- Alonso Fachado, A; Menéndez Rodríguez, M; Gonzáles Castro, L. (2013) Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Revista Cadernos de Atención Primaria. Vol 13. (pp.118-123)
- Arias, C.J (2001) Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad
- Arias, C.J. (2009) La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Revista de Psicología da IMED. Vol 1. (pp.147-158)
- Aron, A. y Aron, E (2002) Estadística para Psicología. Buenos Aires: Editorial Prentice Hall.
- García Fuster, E (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria
- Grawitz, M (1996) Methodes des sciences sociales (pp. 550 -576). Buenos Aires: Ed. Paidós (Traducción de Roberto Cittadini para el Curso de Metodología de Investigación cualitativa de la Carrera de Especialización en docencia universitaria, UNMDP año 2002).
- Guajardo Sáinz, H; Kushner Lanis, D (2006). Manual Terapéutico para la rehabilitación de trastornos adictivos. Ed. Mares de Tinta
- Hernandez Sampieri, R y cols. (2003) Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill. 3ra edición.
- Ley N°23.737. Ley Nacional de Estupefacientes, 21 de septiembre de 1989.
- Ley N°26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, 25 de Noviembre de 2010.
- Miller, W.R; Rollnick, S. (1991). La entrevista motivacional, Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed .Paidós
- Nava Quiroz, C.N; Bazies Álvarez, R; Vega Valero, C.Z. (2015) Adaptación y Validación de la escala de percepción de apoyo social de Vaux. Revista Liberabit. Vol. 21. (pp 49-58)
- Oficina de las Naciones Unidad contra la droga y el delito (UNODC) (2016) Informe Mundial sobre las drogas
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975) Manual sobre dependencia de las drogas

Pérez Bilbao, J; Martín Daza, F. (s/f). El Apoyo Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

Roig, P.M. (2000) La familia de la mujer adicta. En E, Kalina. Buenos Aires Ed. Paidós. Adicciones: aporte para la clínica y la terapéutica. (pp. 69-75)

Rodríguez Espinola, S; Enrique, H.C. (s/f). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate* 7. Psicología, cultura y sociedad.

Sluzki, C (1995) De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo a la red social. En E, Davas y D, Najnavovich, Buenos Aires Ed. Paidós *Redes: el lenguaje de los vínculos*. (pp. 114-123)

Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (2012) Informe de Gestión

Zapata Vanegas, M.A. (2009). La familia, Soporte para la recuperación de la adicción a las drogas". *Revista CES Psicología Volumen 2 (2)*, (pp. 86-94)

Anexos

Cuestionario MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. dispone:

1. Aproximadamente. ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

AMIGOS

FAMILIARES

2. ¿Qué personas son importantes o significativas para Ud.?

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Entrevista Semidirigida

A continuación le voy a realizar unas preguntas en relación a cómo percibe Ud. el apoyo por parte de las personas que son importantes y significativas para Ud. (familia, pareja, amigos).

1. ¿Percibe Ud. que la relación de apoyo con su familia, pareja, amigos cambió desde que comenzó el tratamiento?
2. Frente a un problema, ¿Percibe apoyo por parte de su familia, amigos, pareja? ¿Qué tipo de apoyo es?
3. ¿Se siente valorado o reconocido por las personas que son significativas para Ud.?