

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE LA ADICCIÓN DEL INTERNO (TCAI) EN UN CENTRO RESIDENCIAL CON ENTORNO CONTROLADO.

Carlos René Rubio Sánchez¹

ÍNDICE

1.- Resumen.....	1
2.- Antecedentes.....	2
3.- Metodología.....	6
4.- Instrumento.....	6
5.- Procedimiento.....	6
6.- Resultados.....	6
7.- Discusión.....	10
8.- Conclusión.....	10
9.- Referencias.....	10

1. RESUMEN.

La evaluación de tecnologías en salud (ETES), es la forma integral de investigar las consecuencias clínicas, económicas y sociales del empleo de las tecnologías sanitarias usadas en la atención de las personas tanto para su protección frente a riesgos, prevención de daños, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El estudio de eficacia para la reducción del daño a través de la aplicación del Tratamiento Cognitivo Conductual para el Control de la Adicción del Interno en entorno controlado (TCAI), surge como respuesta a la necesidad jurídica penal para otorgar el tratamiento correspondiente al interno que dijo tener una adicción. El entorno controlado es cuando el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante un mes. Se busca conocer el impacto que se tiene en la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) antes y después de aplicar el TCAI en un Centro Residencial con Entorno Controlado.

Metodología: La muestra fue formada con un grupo de 29 pacientes ingresados al centro residencial con entorno controlado, masculinos, de más de 18 años de edad, consumidores de sustancias psicoactivas como cocaína, marihuana, anfetaminas y otros; que saben leer y escribir; de manera aleatoria se reclutaron durante dos meses del año. Se utilizó el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP) para medir la CVRS antes y después de aplicar el tratamiento.

A los pacientes se les informó que la administración del test formaba parte de la investigación como del tratamiento, explicando los objetivos y posibles resultados a esperar, obteniendo el consentimiento informado y de participación al tratamiento, haciéndoles saber que la información recopilada tendría un tratamiento estadístico resguardando sus datos personales según las leyes mexicanas. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 12.0. El estudio de eficacia se realizó utilizando comparaciones de t de Student para muestras relacionadas, estadística descriptiva y gráficas de referencias.

Resultados: Se obtuvieron resultados estadísticos descriptivos: promedio de 32 años de edad (32.00); con una escolaridad de secundaria (1.83); con consumo de cocaína en sus distintas presentaciones (4.03); con nivel de adicción en dependencia (3.76); con media en TECVASP antes de aplicar el TCAI de 77.21 (DT = 14.991); con media después de aplicar el TCAI en TECVASP de 96.93 (DT = 9.308). El contraste de hipótesis a través de la prueba t de Student para muestras relacionadas con una media de -19.724 (DT = 13.685), una t de Student de -7.762 y significancia (bilateral) de $p=0.000$: que indica que la hipótesis nula ha sido rechazada y se aceptó la hipótesis alterna sin error de rechazo, por lo que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) sí

¹ Psicólogo Clínico, Clínica de Adultos: campo. Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro, México 2010.

difiere al aplicar el tratamiento cognitivo conductual para el control de la adicción del interno (TCAI) en un centro residencial con entorno controlado. El consumo de sustancias se centra en cocaína de alguna de sus presentaciones con el 58.6%, seguido del consumo de marihuana con el 27.6%, consumo de anfetaminas con el 10.3%, y otras sustancias 10.4%. En el proceso de adicción se obtiene que en Uso 0.0%, Abuso 10.3%, Sx. Abstinencia 3.4%, y Dependencia en 86.2%. Con una escolaridad en el grado de primaria de 44.8%, grado secundaria 41.4%, grado preparatoria 13.8%.

Conclusión. La estrategia de asociar el TCAI con el entorno controlado y la calidad de vida relacionada con la salud incrementa las expectativas de mejoría en la percepción de la salud del paciente, demostrando la eficacia del tratamiento aplicado. Esta tecnología entendida como estrategia, logra mejoría en las actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos reales respecto al consumo de sustancias. El cambio observado en la CVRS es un indicador del impacto que esta estrategia terapéutica tiene sobre la vida diaria de los pacientes atendidos en un centro residencial con entorno controlado. Presentar los resultados obtenidos al paciente permite ventaja terapéutica al consolidar lo aprendido y la búsqueda del control de la adicción cuando conoce que ha logrado mejoría en su calidad de vida relacionada con la salud.

2. ANTECEDENTES.

Las nuevas tecnologías, de incuestionable eficacia diagnóstica o terapéutica, se están incorporando de forma progresiva a los servicios de salud y a la asistencia sanitaria. En la difusión y uso de la tecnología, junto a la efectividad y protección de la salud, la cuestión dominante es la que se enfrentan quienes toman decisiones en política sanitaria o en la industria, es el costo y cómo son controlados los daños a la salud. La tecnología de la salud es útil para quien la comprende, y ello significa comprender no sólo sus costos y beneficios, sino

también en qué medida está variando la estructura institucional e industrial y la cultura organizacional (Valencia J. E. y Pérez Gómez A., 2006).

Valencia J. E. y Pérez Gómez A., (2006), proponen la definición de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES) como *el proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social.* Así, la evaluación de las tecnologías no se contempla como una disciplina única sino como un proceso que integra disciplinas que se entrecruzan, y que comunica ciencia, economía y política. En este papel integrador, la evaluación de la tecnología se usa para valorar e incorporar los datos de eficacia clínica y las pruebas científicas y económicas a la toma de decisiones y al establecimiento de guías prácticas sobre la adopción y uso de las nuevas tecnologías.

La evaluación de tecnologías en salud (ETES), es la forma integral de investigar las consecuencias técnicas siempre clínicas, económicas y sociales del empleo de las tecnologías sanitarias usadas en la atención de las personas (protección frente a riesgos, prevención de daños, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), y dentro de estas, preferentemente aquellas que se que se emplean en los sistemas y servicios de salud (México). Se entiende cada vez más como un proceso de análisis dirigido a estimar el valor relativo de cada tecnología sanitaria como a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social. En términos generales, es posible afirmar que el objetivo principal de la ETES consiste en proporcionar elementos que orientan la toma de decisiones estratégicas relacionadas con asegurar la salud, la asignación de recursos, incluido la adquisición de equipos de respuesta idónea, para lo cual se requiere de un proceso sistemático donde participan diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, a través de la evidencia científica para buscar los elementos necesarios

para lograr dicho propósito (Valencia J. E. y Pérez Gómez A., 2006).

Quizá el estudio más importante que se desarrolló en esta área de la farmacodependencia durante los años 90's fue el estudio "DATOS" y financiado por NIDA. La investigación se llevó a cabo entre 1991 y 1993, y se evaluaron a más de 10,000 pacientes en 11 de las principales ciudades de Estados Unidos, incluyendo casi 100 programas diferentes de tratamientos. El estudio "DATOS" tuvo una metodología longitudinal, con seguimiento de resultados de un año y cinco años después de que los clientes hubieran finalizado sus tratamientos de manera ambulatoria. Este estudio finalizó sus actividades en 2002, aportando 85 publicaciones a la literatura sobre el tema (Valencia J. E. y Pérez Gómez A., 2006).

El estudio "DATOS": los pacientes que ingresaron a programas residenciales de tratamiento a largo plazo, presentaron como principales indicadores de problemas uso semanal de cocaína (66%), uso crónico de alcohol (40%), no trabajo de tiempo completo (88%), ideación suicida (24%) y actividades ilegales (41%). Los resultados del seguimiento al año mostraron que los usuarios semanales de cocaína disminuyeron en un 67% así como también hubo una disminución del 53% en los abusadores crónicos de alcohol. El desempleo disminuyó en un 13%, la ideación suicida cayó en un 46%, y la actividad ilegal declinó en un 61% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

El estudio "DATOS": los pacientes que ingresaron en tratamiento internos de corto tiempo mostraron tener niveles mucho más altos de escolaridad, mejores empleos, seguros privados y menos problemas judiciales, que quienes solicitaron admisión a las otras modalidades de tratamiento. Los principales problemas de esta población al ingresar a tratamiento fue el uso semanal de cocaína (67%), uso semanal de marihuana (30%), uso crónico de alcohol (48%), no trabajo de tiempo completo (67%), ideación suicida (31%) y actividad ilegal (26%). Los resultados del seguimiento mostraron una caída del 59%

en el número de usuarios semanales de cocaína, un 63% en la reducción del número de usuarios semanales de marihuana así como una disminución del 58% en los abusadores de alcohol. El nivel de desempleo no cambió de forma significativa, en tanto que la ideación suicida se redujo en un 48% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

Así, el trabajo llevado por Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, (1997), con información proveniente del estudio "DATOS", reportaron que en un grupo de 2,966 pacientes de las cuatro modalidades de tratamiento al que se le hizo seguimiento, las reducciones más grandes en el consumo de drogas se encontraron en pacientes que fueron tratados por tres meses o más tiempo. De otra parte, por medio de análisis multivariados confirmaron que seis meses o más en programas de tratamientos sin medicamentos, en tratamientos a largo plazo de tipo residenciales y en tratamiento con metadona ante el consumo de opiáceos, se asociaron con la reducción significativa en el uso de drogas, disminuye la actividad ilegal y se incrementa el empleo de tiempo completo, esto es, que los pacientes están ocupados la mayor parte del día en un trabajo.

Latimer, Nexcomb, Winters & Stinchfield, (2000), aplican un modelo estructural con un seguimiento a seis meses y de un año, en el que fueron examinados los resultados del tratamiento con las variables de sexo, severidad en el abuso de drogas, modalidad de tratamiento, duración del tratamiento, y participación en actividades de cuidados después de finalizado el tratamiento. Los hallazgos sugieren que decisiones sobre la intensidad del tratamiento deben basarse en el nivel de riesgo psicosocial antes que en la severidad del problema de abuso. Este estudio también sugiere que el abuso de drogas en adolescentes que recibieron tratamiento es lo suficientemente largo, que participaron en actividades de cuidado una vez finalizado el tratamiento, y que poseen al menos un factor protector individual o interpersonal durante el proceso de recuperación, tienen el mejor pronóstico una vez hecho el tratamiento.

Motjabai, & Graff, (2003), realizan un estudio comparativo de la efectividad y costo-efectividad en cuatro modalidades de tratamiento contra el abuso de drogas. Las medidas de los efectos se basaron en un seguimiento a los cinco años después de terminado el finalizado el tratamiento. El éxito de los resultados fue medido con dos criterios, la abstinencia y cualquier reducción en el uso de drogas. La modalidad que mostró los mejores beneficios en términos de costo-efectividad fue la de pacientes externos sin uso de drogas. Los programas residenciales fueron más costosos que los tratamientos con metadona. Los mejores resultados en cuanto a reducciones mayores del uso de drogas en la modalidad de pacientes en internados de corta duración comparados con los pacientes residenciales de largo término, no se tradujeron en mayor costo-efectividad del tratamiento aunque los costos más altos los tienen los pacientes internos en algún centro residencial con entorno controlado.

En general, muchos estudios afirman que entre mayor sea el tiempo de retención de los pacientes en tratamiento: los ahorros relacionados con actividad criminal y reducción del consumo de drogas son mayores. En tanto que otros estudios hacen comparaciones de relación costo - efectividad contradice tal afirmación. Debido a estas diferencias se han generado muchos estudios que buscan indagar las características de los pacientes que ingresan a las diferentes modalidades de tratamiento, por lo que se deben determinar las variables pre - tratamiento y post - tratamiento que estén mediando en los resultados (predicción de las probabilidades de recaída), y por tanto en la efectividad de los tratamientos. Las principales variables que se han tenido en cuenta son: (a) la severidad del problema del abuso de drogas, (b) la relación con actividades criminales y (c) la comorbilidad con trastornos psiquiátricos (Valencia J. E. y Pérez Gómez A., 2006).

El constructo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es usado en el área de la salud: representa las respuestas individuales a los efectos

físicos, mentales y sociales, que la alteración de la salud produce sobre la vida diaria. Este constructo, en farmacodependencia, se utiliza desde hace poco tiempo, los aspectos de la vida diaria es un indicador útil para evaluar el cambio producido por los tratamientos en los programas de reducción del daño, pues indicadores como el consumo de drogas, la criminalidad o el empleo resultan en ocasiones poco sensibles para medir los resultados. Desde entonces, la aparición de la medida de la CVRS en estudios sobre farmacodependencia ha sido más frecuente. Una revisión de la literatura especializada muestra que este constructo se ha utilizado con distintos objetivos: a) describir y comparar las puntuaciones en subpoblaciones consumidoras de drogas, b) conocer cómo la CVRS se asocia con otras variables relacionadas con la adicción, y c) utilizar la CVRS como una variable de resultado terapéutico; d) también podrían citarse otro grupo de estudios cuyo objetivo ha sido analizar las propiedades métricas de los instrumentos utilizados para medir este constructo en consumidores de drogas. El mejor valor de este constructo reside en que el objeto de evaluación es la percepción de los pacientes sobre cómo el consumo de drogas, su tratamiento y su salud está influyendo sobre sus vidas diarias. Este matiz hace que sea adecuado complemento a otro tipo de indicadores clásicos como el estado de salud física y psicológica, la criminalidad, el consumo de sustancias, etc., su mayor utilidad se encuentra en los programas de reducción del daño, y más específicamente para los pacientes considerados crónicos (Lozano Rojas, et. al., 2007).

El uso del constructo de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la investigación médica, psicológica y social ha tenido un gran crecimiento en los últimos años. Se utiliza en estudios de efectividad, en la toma de decisiones clínicas, la modernización de la salud entre otros, ya que busca medir la “salud percibida del paciente”. En el área de la farmacodependencia la CVRS tiene importante papel en la evaluación de

programas para la evaluación del daño. Estos programas alcanzan a la población consumidora de drogas con problemática social y sanitaria; se basan en estrategias para minimizar los daños físicos, psicológicos y sociales que originan el consumo de drogas. El cambio observado en el CVRS es un indicador del impacto que estas estrategias terapéuticas tienen sobre la vida diaria de los pacientes, complementados con la disminución del consumo. La reducción de la criminalidad y la reducción de la morbi – mortalidad. Además de su aplicación en estudios de efectividad, también se ha usado para comparar la CVRS de consumidores de drogas con otro grupo de pacientes, en el estudio de variables implicadas en el desarrollo de la dependencia y su tratamiento (Lozano Rojas, et. al., 2008).

El estudio de eficacia para la reducción del daño a través de la aplicación del Tratamiento Cognitivo Conductual para el Control de la Adicción del Interno en Entorno Controlado (TCAI), surge como respuesta a la necesidad jurídica penal para otorgar el tratamiento correspondiente al interno que dijo tener una adicción. Se cumplen los criterios descritas en el DSM-IV-TR (2002) y NOM-028-SSA2-1999². Se obtienen resultados favorables donde (RRR) reduce en un 5.97%, se observa presencia de factor de protección del (TCAI) que es el entorno controlado; (RRA) se beneficia al paciente en 3.45% acumulable cada cuatro meses de tratamiento, (NNT) indica que 1 de 29 pacientes es ayudado en los primeros 30 días de tratamiento, por lo que el TCAI logra mejoría en el paciente indicado. Con el TCAI se observa (RRR) que reduce la dependencia a cocaína en un 42.90%, en dependencia a marihuana en un 9.14%, en dependencia a anfetaminas en 33.5%, en dependencia en benzodiazepinas en 50.18%. Indica que el TCAI es eficaz disminuyendo la dependencia a sustancias en cocaína, marihuana, anfetaminas y benzodiazepinas. Se concluye que la aplicación del TCAI tiene eficacia para que el interno logre mejoría y

tenga control sobre su adicción, donde favorece el reajuste de las actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos reales del paciente expuesto a situaciones de consumo de sustancias. El paciente interno logra mejor salud física, mental y calidad de vida relacionada con la salud. Por lo que se realiza monitoreo epidemiológico longitudinal en sus tiempos. El procedimiento del tratamiento cognitivo conductual TCAI, permite guiar a grupos e individuos, sin embargo, un paciente interno que no logra terminar el tratamiento por abandono u otra razón administrativa o legal, puede presentar alto riesgo de consumir sustancias nuevamente y tener recaídas, afectando su salud física, mental y social (Rubio Sánchez Carlos René, 2009).

El TCAI: tratamiento cognitivo conductual para el control de la adicción del interno. Este tratamiento consiste en la aplicación de tres tratamientos interactivos, y busca la mejoría del paciente indicados por los juzgados de distrito: a) tratamiento preventivo neurobiológico de la adicción (TPNA), b) tratamiento breve para usuarios de cocaína – modificado (TBUC-M), c) Tratamiento de control de rehabilitación de la salud ante la farmacodependencia (TRSF), (Rubio Sánchez Carlos René, 2009).

En la DSM-IV-TR (2002), se considera el entorno controlado, cuando el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante un mes. Ejemplos de estos ambientes son las cárceles estrechamente vigiladas y libres de sustancias, las comunidades terapéuticas o las unidades hospitalarias cerradas.

En consecuencia se busca conocer el impacto que se tiene en la CVRS antes y después de aplicar el TCAI en un centro residencial con entorno controlado. Obtener las puntuaciones del TECVASP antes de aplicar y después de aplicar el TCAI a través de la puntuación original, la media aritmética y la desviación estándar, a partir de un grupo de pacientes farmacodependientes. Obteniendo la

² Actualmente NOM-028-SSA2-2009: para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Reformada DOF 21/08/2009.

medición del CVRS antes y después de aplicar el TCAI a través del TECVASP, ubicando la “percepción de su salud” del paciente farmacodependiente.

3. METODOLOGIA.

SUJETOS. La muestra fue formada con un grupo de 29 pacientes ingresados al centro residencial con entorno controlado, masculinos, de más de 18 años de edad, consumidores de sustancias psicoactivas como cocaína, marihuana, anfetaminas y otros; que saben leer y escribir; de manera aleatoria durante los meses de abril y mayo de 2010; para obtener una medición antes y una después del tratamiento TCAI aplicado.

4. INSTRUMENTO. *Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).* Para la medida de la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se emplea el test diseñado específicamente para la población farmacodependiente (TECVASP). Está formado por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos [ítems 15, 19, 20 y 21]) con un formato de respuesta graduada de cinco alternativas. Las alternativas de respuesta son codificadas con las siguientes puntuaciones: a) en los ítems positivos: nada (5 puntos), poco (4 puntos), a veces (3 puntos), bastante (2 puntos) y mucho (1 punto); b) en los ítems negativos: nada (1 punto), poco (2 puntos), a veces (3 puntos), bastante (4 puntos) y mucho (5 puntos). De esta forma, en cada ítem una mayor puntuación representa una valoración más positiva del contenido, y en el test una mayor puntuación representa una mejor CVRS. Los autores del test presentan una puntuación media de la muestra de 73.4 puntos (DT = 13.7). Teniendo presente que el rango de puntuaciones es de 22 - 110 puntos, con corrección de 20 -110; el mayor porcentaje de puntuaciones se observa en el rango comprendido entre los 71 y 80 puntos (28%), y a continuación entre los valores 61 y 70 puntos (24.9%). La estimación de la fiabilidad del test se realizó mediante el análisis de la consistencia interna del coeficiente alfa de Cronbach, aportando un valor de 0.861, totalmente validado para medir en específico a pacientes

farmacodependientes respecto a la percepción sobre su salud.

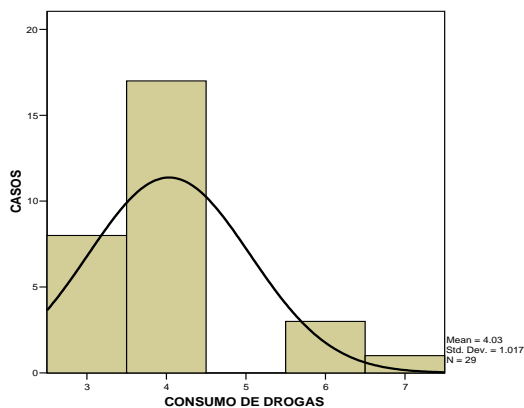
5. PROCEDIMIENTO. Antes de iniciar la recolección de los datos, a los pacientes se les informó que la administración del test (TECVASP) que forma parte del estudio como del tratamiento indicado, posteriormente se les explica los términos del tratamiento, informándoles de los objetivos y posibles resultados a esperar, obteniendo el consentimiento informado o de participación al tratamiento, haciéndoles saber que la información recopilada tendría un tratamiento estadístico según las leyes mexicanas que protegen sus datos generales, y que en ningún caso sería usado para algún proceso jurídico. Antes de iniciar el tratamiento se aplica el TECVASP para obtener la medida 1: antes, se aplica el TCAI durante cuatro meses de intervención terapéutica; se aplica nuevamente el TECVASP para obtener la medida 2: después. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 12.0 estadística descriptiva, el estudio de eficacia se realizó con comparaciones de t de Student para muestras relacionadas, y gráficas de referencias.

6. RESULTADOS. Se obtienen resultados estadísticos descriptivos: promedio de 32 años de edad (32.00); con una escolaridad de secundaria (1.83); con consumo de cocaína en sus distintas presentaciones (4.03); con nivel de adicción en dependencia (3.76); con media en TECVASP antes de aplicar el TCAI de 77.21 (DT = 14.991); con media después de aplicar el TCAI en TECVASP de 96.93 (DT = 9.308). El contraste de hipótesis muestra a través de la prueba t de Student para muestras relacionadas con una media de - 19.724 (DT = 13.685), una t de Student de - 7.762 y significancia (bilateral) de $p= 0.000$: que indica que la hipótesis nula ha sido rechazada y se aceptó la hipótesis alterna sin error de rechazo, por lo que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) sí difiere al aplicar el tratamiento cognitivo conductual para el control de la adicción del interno (TCAI) en un centro residencial con entorno controlado. El consumo de sustancias se centra en cocaína de alguna de sus presentaciones

con el 58.6%, seguido del consumo de marihuana con el 27.6%, consumo de anfetaminas con el 10.3%, y otras sustancias 10.4%. En el proceso de adicción se obtiene que en Uso 0.0%, Abuso 10.3%, Sx. Abstinencia 3.4%, y Dependencia en 86.2%. Con una escolaridad en el grado de primaria de 44.8%, grado secundaria 41.4%, grado preparatoria 13.8%.

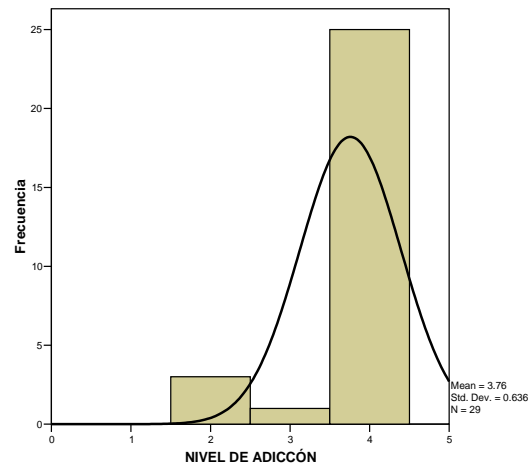
En la gráfica No.1 Consumo de drogas (1) opio, (2) heroína, (3) marihuana, (4) cocaína, (5) LSD, (6) anfetaminas, (7) otros. Se puede apreciar que se centra en el consumo de cocaína con una media de 4.03 (DT=1.017).

Gráfica No. 1 Consumo de Drogas



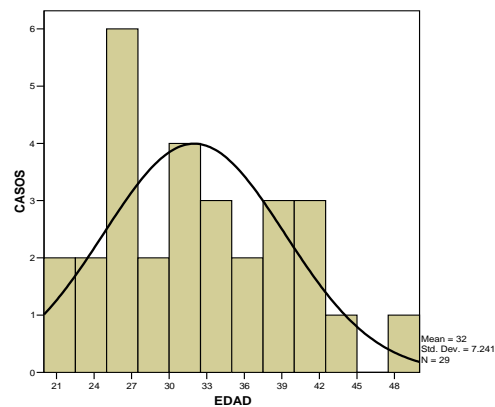
En la gráfica No. 2 Nivel de adicción (1) uso, (2) abuso, (3) Sx. Abstinencia, (4) dependencia. Se puede apreciar que el nivel de adicción se centra en dependencia a sustancias con una media de 3.76 (DT=0.636).

Gráfica No. 2 Nivel de Adicción



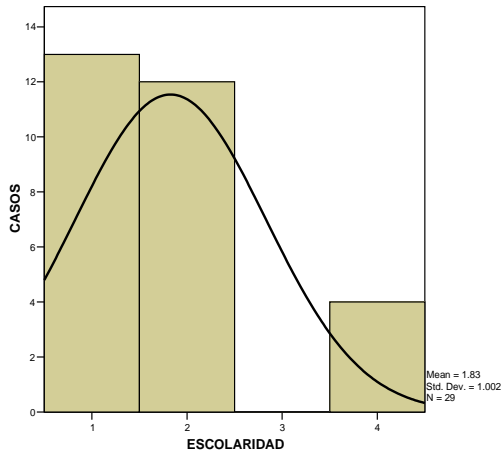
En la gráfica No. 3 Distribución por edad. Se puede observar las edades de los participantes donde se tiene un grupo de 21 - 48 años de edad, con una media de 32.0 (DT=7.241).

Gráfica No. 3 Distribución por Edad.



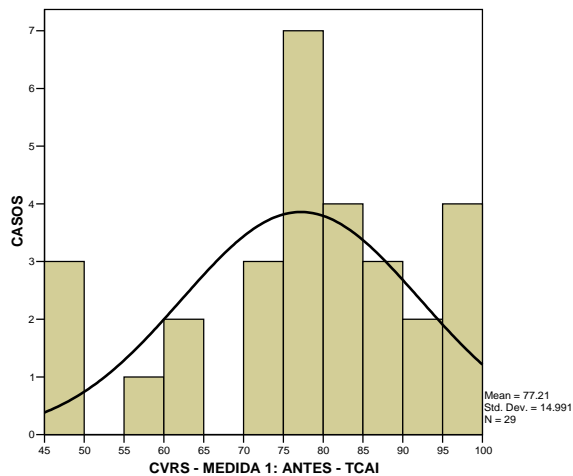
En la gráfica No. 4 Escolaridad (1) primaria, (2) secundaria, (3) técnico, (4) preparatoria, (5) profesional. Se puede observar que se centra en el grado de secundaria con una media de 1.83 (DT=1.002).

Gráfica No.4 Escolaridad.



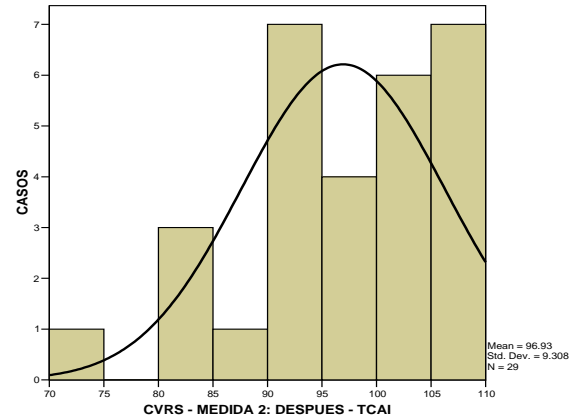
En la gráfica No. 5 CVRS - Medida 1: Antes. Se puede observar que la media obtenida es de 77.21 (DT=14.991) en relación con la escala del TECVASP, mostrando que antes de iniciar el TCAI, en entorno controlado es posible dicha medición.

Gráfica No.5 CVRS - Medida 1: Antes.



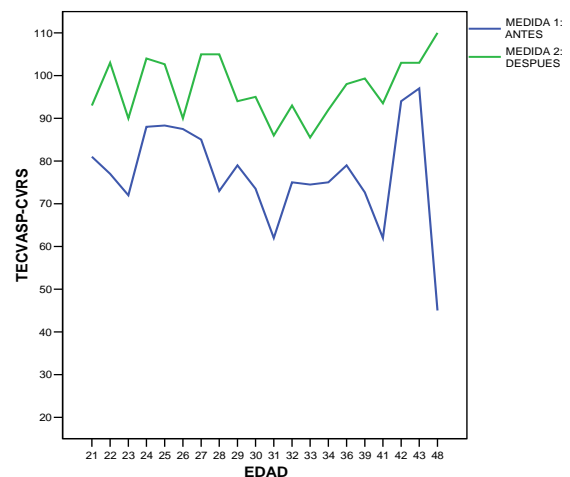
En la gráfica No. 6 CVRS - Medida 2: después. Se puede observar que la media obtenida es de 96.93 (DT=9.308) en relación con la escala del TECVASP, mostrando que después de iniciar el TCAI en entorno controlado es posible tener diferencia entre la medida 1: antes y la medida 2: después.

Gráfica No.6 CVRS - Medida 2: Después.



En la gráfica No. 7 TECVASP – EDAD. Se puede observar la diferencia entre las puntuaciones obtenidas. La línea inferior muestra la tendencia de la medida 1: antes, y la línea superior muestra la tendencia de la medida 2: después. El espacio entre las dos medidas representa mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), una vez aplicado el TCAI.

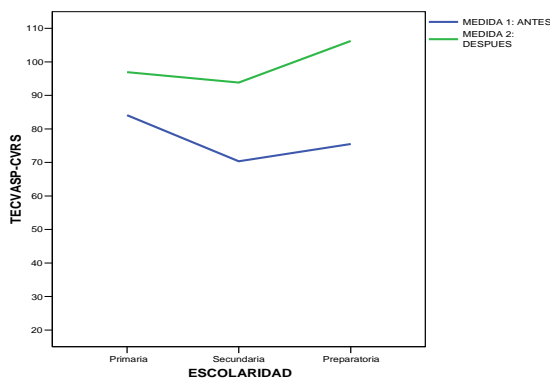
Gráfica No. 7 TECVASP - EDAD



En la gráfica No. 8 TECVASP - ESCOLARIDAD. Se puede apreciar la diferencia entre las puntuaciones obtenidas relacionadas con la escolaridad de los participantes. La línea inferior muestra la tendencia de la medida 1: antes, y la línea superior muestra la tendencia de la medida 2: después. El espacio entre las dos medidas representa

mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y asociada con la escolaridad del paciente, una vez aplicado el TCAI. Se observa mejoría en el grado de preparatoria indicando que a mayor escolaridad mayor posibilidad de obtener una CVRS favorable.

Gráfica No. 8 TECVASP - ESCOLARIDAD

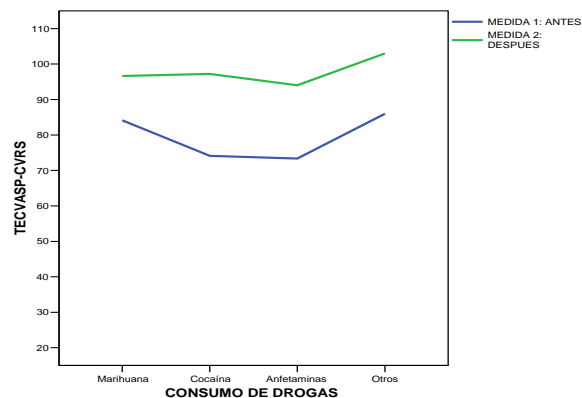


En la gráfica No. 9 TECVASP - CONSUMO DE DROGAS. Se puede apreciar la diferencia entre las puntuaciones obtenidas relacionadas con el consumo de drogas de los participantes. La línea inferior muestra la tendencia de la medida 1: antes, y la línea superior muestra la tendencia de la medida 2: después.

El espacio entre las dos medidas representa mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y asociada con el consumo de drogas del paciente, una vez aplicado el TCAI.

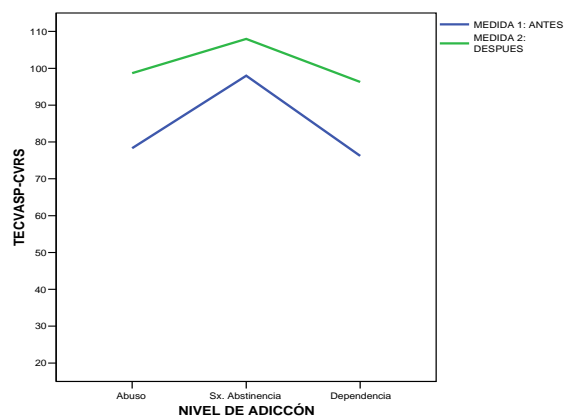
Se observa mejoría en consumidores de cocaína y anfetaminas, seguido de consumidores de marihuana.

Gráfica No. 9 TECVASP – CONSUMO DE DROGAS



En la gráfica No. 10 TECVASP - NIVEL DE ADICCIÓN. Se puede apreciar la diferencia entre las puntuaciones obtenidas relacionadas con el nivel de adicción de los participantes. La línea inferior muestra la tendencia de la medida 1: antes, y la línea superior muestra la tendencia de la medida 2: después. El espacio entre las dos medidas representa mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y asociada al nivel de adicción del paciente, una vez aplicado el TCAI. Se observa mejoría al aplicar la intervención en la etapa del síndrome de abstinencia, en abuso y dependencia se logra un poco más de CVRS en relación a las tendencias obtenidas.

Gráfica No. 10 TECVASP – NIVEL DE ADICCIÓN



7. DISCUSIÓN.

Los factores de riesgo y condiciones sociales del consumo de sustancias psicoactivas esta bien documentado. La relación entre el tratamiento cognitivo - conductual en un centro residencial con entorno controlado (TCAI) ante la percepción del paciente (TECVASP) respecto a su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es motivo que sostiene la presente investigación.

El proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativa de la tecnología sanitaria que busca la mejoría en la salud a través del TCAI, toma en cuenta la percepción del paciente respecto a su salud como resultado de la eficacia del mismo tratamiento.

El TCAI asociado al entorno controlado favorece la percepción del paciente respecto a su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) donde puede conseguir mejoría en las actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos reales respecto al consumo de sustancias. El cambio observado en el CVRS como indicador del impacto que esta estrategia terapéutica tiene sobre la vida diaria de los pacientes atendidos se asocia con la disminución del consumo.

La normatividad vigente refiere la presentación de los resultados obtenidos, en este caso a los participantes de la investigación el cual consiste en mostrar los resultados ante la aplicación del TECVASP en la situación antes – después, esta actividad permite fortalecer el tratamiento aplicado a razón de que el paciente refuerza lo aprendido y procura mantener control respecto a su adicción.

8. CONCLUSIÓN.

La estrategia de asociar el TCAI con el entorno controlado y la calidad de vida relacionada con la salud incrementa la expectativa de mejoría en la percepción de la salud del paciente, demostrando la eficacia del tratamiento aplicado como de la evaluación de la tecnología sanitaria.

Esta tecnología entendida como estrategia, logra mejoría en las actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos reales respecto al consumo de sustancias.

El cambio observado en la CVRS es un indicador del impacto que esta estrategia terapéutica tiene sobre la vida diaria de los pacientes atendidos en un centro residencial con entorno controlado.

Presentar los resultados obtenidos al paciente permite ventaja terapéutica al consolidar lo aprendido y su comportamiento socialmente aceptado; realiza la búsqueda del control de la adicción cuando el paciente conoce que ha logrado mejoría en su calidad de vida relacionada con la salud.

COMPETENCIA DE INTERESES.

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.

9. REFERENCIAS.

1. Valencia Z. Juan Esteban y Pérez Gómez Augusto, *Evaluación de la efectividad de los centros de tratamiento y sus intervenciones en pacientes con abuso de sustancias psicoactivas*. ED. España 2006, p. 1 - 34
2. Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & Etheridge, R. M. (1997). *Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)*. Ed. Psychology of Addictive Behaviors, 11(4), 261-278. Recuperado el 6 de mayo de 2004, DATOS: www.datos.org
3. Latimer, W., Nexcomb, M., Winters, K. & Stinchfield, R. (2000). *Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome The Role of Substance Abuse Problem Severity, Psychosocial, and Treatment Factors*. Ed. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 68, No. 4, 684-696. Recuperado el 6 de mayo de 2004 de la base de datos PsycARTICLES.
4. Motjabai, R. & Graff, J. (2003). *Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis*. En: *Health Services Research*, Recuperado el 6 de mayo de 2004 del sitio web de Health Services Research. http://www.findarticles.com/cf_0/m4149/1_38/99290669/p2
5. Ó. M. Lozano Rojas, A. Rojas Tejada, C. Pérez Meléndez, B. Apraiz Granados, F. Sánchez Muñoz, y A. Marín Bedoya, *Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez*. En <http://www.doyma.es> el 20/08/2007. *Trastornos Adictivos*. 2007; 9(2):97-107

6. O. M. Lozano Rojas, A. J. Rojas, Cristino Pérez, F. González Saiz, Rosario Ballista, B Izaskun, *Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción*. Ed. Rev. Científicas de América Latina y del Caribe, Psicothema año/vol. 20 número 002, Universidad de Oviedo España 2008, p. 317 – 323

7.- Rubio Sánchez Carlos René, *Eficacia del Tratamiento Cognitivo Conductual para el Control de la Adicción del Interno en entorno controlado (TCAI)*. Ed. CESAM, mecanograma, México 2009, p 1 – 8.

8.- López-Ibor Aliño Juan J., et. al., *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto revisado*. Ed. Masson, España 2002, p. 31 – 39; 217 – 332.

9.- Rubio Sánchez Carlos René, *Tratamiento Cognitivo Conductual para el Control de la Adicción del Interno (TCAI)*, Ed. Reg. STPS, México 2009.

AUTOR: CARLOS RENE RUBIO SÁNCHEZ
PROFESIÓN: PSICÓLOGO CLINICO Y DEL TRABAJO. UNAM.
LUGAR: QUERÉTARO, MÉXICO – 2010.
CATEGORÍA: PSICOLOGIA CLINICA, DEL TRABAJO, DE LAS ADICCIONES, DE CALIDAD DE VIDAD RELACIONADA CON LA SALUD, PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA ADICCIÓN DEL INTERNO EN CENTRO RESIDENCIAL CON ENTORNO CONTROLADO.
