

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL (ESE-CARI) DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, COLOMBIA

DRUG PROGRAM EFFECTIVENESS IN THE INTEGRAL CARE AND REHABILITATION CENTER OF CARI IN THE CITY OF BARRANQUILLA, COLOMBIA

Recibido: 17 de agosto de 2010/Aceptado: 16 de noviembre de 2010

ORLANDO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ*; CARMEN CABALLERO DOMÍNGUEZ*; IRENE POLO MARTÍNEZ**; WILMAR PINEDA ALHUCEMA***

Universidad Simón Bolívar, Barranquilla – Colombia

Keywords:

Drug dependence, Drug program effectiveness.

Abstract

The study sought to establish the effectiveness of interdisciplinary treatment of the drug dependence program of the integral care and rehabilitation center of CARI in the city of Barranquilla, Colombia, in its different phases or forms of intervention (Hospitalization, Day Hospital, Half Day Hospital, Ambulatory monitoring and treatment) during 2008-2009, from the following indicators: abstention from consumption, improvement of physical and psychological symptoms, social involvement, job opportunities and illegal activity of the patients. This is about a descriptive study with a cross-sectional and comparative design, and some feasibility samples, stratified per groups. Fifty men who were drug dependents and who had different diagnosis, participated. They were treated during the already mentioned period of time, divided into five groups and each of them in a different stage of the treatment, as well as a control group without treatment. The Maudsley Addiction Pattern was used as a tool to carry out this experiment. As a result, meaningful differences were established among the control group and the ones whom are part of the drug effectiveness program in relation to its various stages of intervention. As the patients are treated, they show less addiction, improve their physical and psychological symptoms, participate actively in the society, find job opportunities and have less participation in criminal activities associated with drug dependence.

Palabras clave:

Farmacodependencia, Efectividad de programas de atención de la farmacodependencia, Programas de atención de la farmacodependencia.

Resumen

El estudio buscó establecer la efectividad del tratamiento interdisciplinario del Programa de Farmacodependencia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) de la ciudad de Barranquilla, Colombia, en sus distintas fases o modalidades de intervención (Hospitalización, Hospital Día, Hospital Medio Día, Seguimiento y Tratamiento Ambulatorio), durante 2008-2009, a partir de los siguientes indicadores: abstención del consumo, mejoramiento de síntomas físicos y psicológicos, funcionamiento social, inserción laboral y actividad ilegal de los pacientes. Se trata de un estudio descriptivo, con un diseño transversal y comparativo, con muestreo probabilístico, estratificado y por racimos. Participaron 50 pacientes, policonsumidores, con diagnósticos duales diferentes, de sexo masculino, mayores de 18 años, atendidos en el período mencionado y distribuidos en cinco grupos correspondientes a cada una de las fases/modalidades del tratamiento, así como en un grupo control de no tratamiento. Como instrumento, se empleó el Perfil de Adicción de Maudsley (MAP). Los resultados establecen diferencias significativas entre el grupo control y los que hacen parte del Programa, en lo correspondiente a la efectividad del mismo, en sus distintas fases o modalidades de intervención. A medida que los pacientes reciben tratamiento muestran menor consumo, mejoría en síntomas físicos y psicológicos, en el funcionamiento social, la inserción laboral y en disminución de la actividad delictiva asociada al consumo.

* Docentes e investigadores del Grupo de Diagnóstico e Intervenciones en Psicología de la Salud del Programa de Psicología y del Centro de Investigación Biomédicas de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia. Email: carmencaballero@unisimonbolivar.edu.co

** Coordinadora del Programa de Farmacodependencias del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) en Barranquilla, Colombia.

*** Psicólogo egresado del programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Desde que el uso de drogas dejó de ser un acto exclusivamente ritualista, empleado por las etnias que poblaron el territorio americano y pasó a ser un producto de consumo masivo, legal en algunos casos e ilegal en otros, se convirtió en un problema social (Rumbos, 2002). Cada vez más, el crecimiento del consumo de sustancias psicoactivas se relaciona con actos de violencia, delincuencia y degradación de la dignidad humana. El mismo narcotráfico, que ha desangrado a Colombia por tanto tiempo, es un factor que a modo de círculo vicioso, promueve el consumo y se sostiene por el consumo indiscriminado de estas sustancias.

Claro está que la sociedad y los Estados no se han cruzado de brazos frente al problema. Desde que se planteó a la drogadicción como un problema de interés general, se han hecho centenares de campañas para prevenir su consumo, pero los resultados al parecer no han sido los esperados, porque cada vez este problema se acentúa de manera dramática.

El gobierno colombiano, como lo afirma Maldonado (2008), ya reconoce que la farmacodependencia es un problema de salud pública, dada las alarmantes cifras de consumo que han arrojado encuestas desarrolladas por entidades como la Dirección Nacional de Estupefacientes y el Ministerio de la Protección Social, entre otras. Por ejemplo, en Medellín, un estudio de prevalencia de consumo realizado por la ESE-CARISMA (Zapata y Segura, 2007) arrojó que el consumo de sustancias legales (alcohol y cigarrillo) es el principal problema de consumo. El alcohol lo consumieron en el último año el

66% de los escolares y cerca del 35% se embriagaron; en tanto que el cigarrillo fue consumido por el 29% de los escolares. Este estudio también revela que las primeras sustancias ilegales de consumo entre los jóvenes escolarizados de Medellín son: marihuana con un 12,4%, seguida por el popper con el 10,8% y la cocaína con el 6,6%. Estos resultados duplican las cifras de consumo en el departamento de Antioquia, según comentan los autores, pero se encontró que las cifras de consumo en Medellín son inferiores a las encontradas para la región del Valle de Aburrá, en donde se reporta consumo de marihuana en el último año en el 17,2% de los escolares, popper en el 18,6% y cocaína en el 8,7%. Los mismos resultados indican que el alcohol es la sustancia que los jóvenes mezclan más frecuentemente con el consumo de sustancias psicoactivas, pero, igualmente, el estudio reporta que las benzodiazepinas, el éxtasis, el 2cb, la cocaína y el popper son consumidas en casi la totalidad de las veces junto con otras sustancias.

En el orden nacional, en un estudio realizado en conjunto por el Ministerio del Interior y Justicia, el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes (2009), se halló que el 9,1% de los colombianos encuestados, es decir, 1,8 millones de habitantes, afirman haber usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida. En el último año, el 2,7% de la población colombiana, es decir, 540.000 habitantes, admite haber consumido alguna droga ilícita; los más afectados por el consumo se sitúan entre los 18 y 24 años de edad, seguidos por personas entre 25 y 34 años. Además, hay mayor consumo en hombres que en mujeres y el estrato 4 presenta la mayor afectación por el consumo, seguido por los estratos 5, 6 y 3. Las regiones del país donde hay más consumo son Antioquia, la zona

occidental (Valle, Cauca, Nariño) y Bogotá. En cuanto a las drogas lícitas, este mismo estudio encontró que los hombres consumen más tabaco que las mujeres, 23,8%, frente a un 11,1%. El grupo etéreo más afectado por el consumo es el comprendido entre los 18 y los 24 años (20,9%), aunque los demás grupos de edad no distaban mucho del ya mencionado: entre los 25 a los 34 años, el 19,2%; de los 35 a los 44, el 18,3% y de 45 a 65 años, el 18,7%. Luego, en el grupo de 12 a 17 años, hay una prevalencia de 5,9%. En cuanto al alcohol, los hombres también se ven más afectados que las mujeres, 46,1%, frente a un 24,8%, siendo el grupo más afectado el que va de los 18 a los 24 años (46,3%), prevalencia que disminuye con respecto a la edad: 42,7% en los de 25 a 34 años; 37,1% en los de 35 a 44 años, y 27,2% entre los de 45 a 65 años. En el grupo que se ubica entre los 12 y los 17 años, la prevalencia es de 19,6%.

Ahora bien, aunque es cierto que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas es uno de los problemas más graves a resolver; existe otro que guarda las mismas proporciones en complejidad y delicadeza: es la atención y rehabilitación a personas que ya son adictas y que no pueden, por sus propios medios, parar el consumo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcoholismo y la drogadicción son enfermedades primarias, crónicas, difícilmente curables y progresivas, que atacan todas las áreas de desarrollo del ser humano (social, psíquica, física y espiritual). Pero la tarea de intervenir a las personas adictas no es fácil. Concretamente en Colombia, la atención a esta población es, por no decir menos, deficiente, al menos en lo que se refiere a la atención pública; al punto que, de las instituciones públicas de salud que hay en el país, solo el 2% ofertan

programas de intervención para farmacodependientes. Situación que se agrava al considerar que muchas instituciones que ofrecen este servicio de forma privada, no cuentan con los procedimientos pertinentes para esta clase de pacientes (Maldonado, 2008).

Lo anterior confirma la apreciación de Polo y Amar (2006): las instituciones de salud mental actuales no están preparadas para abordar, de manera eficaz, el tratamiento de estos pacientes. De otro lado, la existencia de centros de atención paralelos (de salud mental, comunidades terapéuticas, centros de rehabilitación para drogodependientes), con profesionales que habitualmente poseen diferente formación, trae consigo dificultades para la atención y tratamiento del paciente. Para el tratamiento eficaz, continúan diciendo Polo y Amar, se necesita un abordaje interdisciplinario y manejar un mismo lenguaje terapéutico, además de una cuidadosa evaluación psicopatológica y de la situación del consumo.

Para el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), el abordaje de esta problemática debe ser multidisciplinario e interdisciplinario, pues, tras la farmacodependencia se encuentran numerosas aristas que no pueden tratarse desde el punto de vista de una sola disciplina, y, de hacerlo así, no generarían un impacto suficiente en la población afectada, máxime cuando se conoce que la mayoría de pacientes drogodependientes tienen diagnóstico dual. La idea anterior sugiere, en consecuencia, que el diseño de un programa de intervención debe tener un carácter multidisciplinario.

De hecho, en los últimos tiempos se ha tenido muy en cuenta esta recomendación, para lo cual han surgido dos modelos: el primero se conoce como *modelo en paralelo*, el cual consiste en una intervención al paciente por distintos profesionales, pero sin que estos mantengan comunicación entre sí, es decir, las diferentes dimensiones del problema son abordadas a la vez, pero en diferentes dispositivos y por diferentes equipos. El segundo modelo, y el que ha mostrado mejores resultados, es el *modelo integrado*, el cual consiste en que las diferentes dimensiones del problema son abordadas por un equipo terapéutico, compuesto por profesionales de las diferentes áreas de la salud.

La experiencia indica que el tratamiento de estos trastornos en dispositivos distintos (en paralelo), y de manera particular cuando se tratan casos de diagnóstico dual, resulta inadecuado. Varios son, en efecto, los problemas que conlleva esta situación: cuando se trabaja en paralelo suele haber cierta desconfianza entre los profesionales que trabajan en distintos dispositivos de atención de la salud mental y que dependen de diferentes instancias o dependencias administrativas. Este fenómeno dificulta la coordinación y la recuperación de los pacientes; incluso en muchos casos es frecuente que se den a los pacientes mensajes contradictorios, ya que algunos facultativos tienden a minimizar determinados trastornos psiquiátricos distintos a los de la adicción, asumiéndolos como consecuencias del consumo; otros pueden interpretar el abuso de drogas como un intento de aliviar los síntomas psicopatológicos. A la vista de las dificultades del tratamiento en paralelo o secuencial, se ha venido optando por el tratamiento conjunto de los trastornos relacionados con las drogas y de los otros tras-

tornos psiquiátricos comórbidos en programas integrados. Al abordar las diferentes dimensiones del problema por un mismo equipo, se consigue, en principio, una comunicación más fluida entre sus miembros, superando los inconvenientes de los programas en paralelo.

Los programas de tratamiento integrado son altamente estructurados y llevados a cabo en un entorno de apoyo, pero con una baja intensidad, con combinación de terapia individual y grupal, e incorporan entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, psicoeducación y rehabilitación, todo ello enfocado a ofrecer apoyo e intervención durante un largo periodo. Así, los adictos, con psicopatología dual o no, que reciben mayor número de recursos socio-sanitarios, presentan mejor evolución. De cualquier forma, no están identificados los componentes más esenciales o los requerimientos mínimos de un programa de este tipo (Polo y Amar, 2006).

En definitiva, los programas deben fundamentarse en lo que proponen las diferentes disciplinas al respecto de las distintas dimensiones, aristas y complejidades de estas problemáticas, para lograr una intervención más eficaz (Secretaría de Salud de México, 2001). En consonancia con esta manera de pensar, el Programa de Farmacodependencia y Alcoholismo de la ESE-CARI¹, de la ciudad de Barranquilla (Colombia), dispone de varios profesionales de la salud, que de manera conjunta, y desde el modelo integrado, trabajan por la readaptación de los pacientes. Este programa cuenta con cuatro fases,

1 ESE-CARI: Centro de Atención y Rehabilitación Integral, el cual es una empresa social del Estado colombiano.

modalidades o estrategias de atención: Hospitalización, Hospital Día, Hospital Medio Día y Tratamiento Ambulatorio por Consulta Externa. Cada una de estas fases se ofrece y ajusta según las características y necesidades de intervención del paciente, las cuales son determinadas con base en evaluaciones llevadas a cabo por un equipo terapéutico interdisciplinar conformado por Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, además de los reeducadores, quienes son pacientes rehabilitados.

Este programa se ejecuta a partir de 1991 y desde entonces se ha venido fortaleciendo con base en distintas evaluaciones que se le han hecho para determinar su impacto y efectividad. No obstante, desde el año 2004 no se ha realizado ningún análisis científico sobre su efectividad, lo que supone una necesidad para el Programa, ya que, al haber pasado varios años desde la última evaluación, es pertinente que se haga una nueva para determinar la eficacia actual del mismo. De modo que, a partir de los resultados, se hagan ajustes pertinentes y necesarios, para así garantizar una mejor y más eficiente y eficaz atención a futuro, teniendo en cuenta las transformaciones científicas, tecnológicas y sociales de la actualidad.

Más específicamente, son pocos los estudios que se han hecho con relación al impacto y efectividad del programa de farmacodependencia de la ESE-CARI. Solo se ha hallado registro de tres estudios relacionados con el tema. El primero se hizo en el año 2001, es de tipo no experimental y concluyó que el programa resultaba eficaz, en tanto que los pacientes lograban una reinserción social, familiar y laboral adecuada en un 61% (Aragón,

Barraza y Cuello, 2001). El segundo estudio se hizo en el año 2002, mas este solo tuvo en cuenta el tratamiento ambulatorio que reciben los pacientes. En él se concluyó que durante el segundo periodo del año 2002 se atendieron 29 pacientes adolescentes por primera vez, de los cuales 15 continuaron el tratamiento y 14 desertaron, observándose progresos paulatinos en la población que continuó con el tratamiento. En cuanto a los adultos, de 30 pacientes que ingresaron por primera vez, solo se mantuvieron 6, desertando 24 (Pizarro, 2002). El tercer trabajo se realizó en el año 2004 y estuvo dirigido más hacia la descripción de la reinserción social y reincidencia del consumo de los pacientes atendidos en consulta externa (Badillo, 2004). Este estudio arrojó que en cuanto a la inserción social, en el área familiar, los pacientes estaban dentro de un contexto familiar disfuncional (66,66%); en el área laboral, la mayoría estaban desempleados (66,66%); en cuanto al nivel educativo, el 56,66% había apenas terminado la secundaria completa; en cuanto al estatus legal, los pacientes no presentaban ningún tipo de antecedentes; respecto a la reincidencia en el consumo, el 63,33% había permanecido en abstinencia y el 36,66% recayó (Badillo, 2004).

No hacer este tipo de evaluaciones de manera sistemática al interior de los programas de intervención, sobre todo cuando se trata de farmacodependencia, puede conllevar un desgaste improductivo de energía en cuanto a la intervención se trata, ya que, como todo fenómeno social, la farmacodependencia cambia en la medida en que cambian las estructuras y situaciones sociales. Es válido suponer, entonces, que desde el año 2004 hasta el presente, esas transformaciones se han venido dando y, a modo de ejemplo, está la proliferación de los cordo-

nes de miseria alrededor de esta ciudad, el fenómeno de la reinserción de ex integrantes de grupos al margen de la ley, y el fenómeno mismo del desplazamiento forzado de la población por circunstancias asociadas a la violencia política del país. A todo esto se suma la llamada globalización, que ha traído consigo el crecimiento de las telecomunicaciones y la proliferación de información, lo que fomenta valores e ideologías que pueden acercar a la población al consumo de drogas ilícitas. En consecuencia, este estudio se planteó como pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad del Programa de Farmacodependencia en cada una de las modalidades o fases del tratamiento interdisciplinario del ESE-CARI de la ciudad de Barranquilla?

MÉTODO

El tipo de estudio llevado a cabo es de carácter descriptivo y con un diseño comparativo. Su objetivo consiste en establecer el efecto (efectividad) del tratamiento interdisciplinario en los pacientes, en sus distintas fases, momentos o modalidades de la intervención (Hospitalización, Hospital Día, Hospital Medio Día, Seguimiento y Tratamiento Ambulatorio), todo ello determinado a partir de indicadores de las siguientes variables: días de abstinencia del consumo, mejoramiento de síntomas físicos y psicológicos, funcionamiento social, inserción laboral y actividad ilegal asociada al consumo de los pacientes. Este estudio responde a una primera fase de un estudio longitudinal mayor de evaluación de la efectividad del Programa de Farmacodependencia del ESE-CARI, por lo que esta primera parte es de carácter transversal, y evalúa en un único momento las variables mencionadas anteriormente.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico dual que habían sido atendidos en el programa de farmacodependencia y Alcoholismo del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI, durante el periodo de 2008 y 2009. El muestreo utilizado fue probabilístico, estratificado y por racimos. La unidad de análisis fue el perfil de adicción de los pacientes drogodependientes con diagnóstico dual y los racimos constituyeron cinco grupos, integrados cada uno por pacientes pertenecientes a las diferentes fases o modalidades del programa, así: a) Los pacientes de Hospitalización que participaron en el estudio venían de un mes de tratamiento y se encontraban en una condición subaguda o con remisión de los síntomas psicóticos; b) Los pacientes participantes de Hospital Día llevaban tres meses de tratamiento en esta fase y no presentaban consumo ni tenían síntomas positivos psicóticos; c) De Hospital Medio Día, participaban aquellos pacientes que llevaban al menos siete meses sin consumir; d) Los de Seguimiento eran pacientes que tenían entre nueve meses y un año sin consumir; e) Los de Tratamiento Ambulatorio, al menos habían estado participando de esta modalidad durante un mes.

Por otra parte, para efecto de establecer la comparación con los grupos del tratamiento, se conformó un grupo control con aquellos pacientes que asistieron una sola vez al programa, a quienes se les había realizado solamente una evaluación diagnóstica. La proporción para elegir los sujetos pertenecientes a cada grupo se efectuó de acuerdo con el promedio mensual de pacientes atendidos en cada fase/modalidad del programa, durante el periodo 2008-2009. El procedimiento de muestreo pro-

babilístico, estratificado y por racimos, arrojó la siguiente composición de los grupos: 10 sujetos para el grupo control, 12 para Hospitalización, 8 para Hospital Día, 3 para Hospital Medio Día, 9 para Seguimiento y 8 para Tratamiento Ambulatorio. Así, la muestra total estuvo constituida por 50 participantes drogodependientes con diagnóstico dual de diferentes modalidades: psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad psicopático y esquizo-afectivo, y estuvo compuesta por sujetos de sexo masculino, policonsumidores, mayores de 18 años.

Instrumento

Como instrumento para la recolección de la información se empleó el Perfil de Adicción de Maudsley (MAP) (Marsden *et al.*, 1998), el cual es una entrevista clínica semiestructurada diseñada para recoger información estandarizada sobre aspectos básicos de la conducta y problemática del paciente, y para ser utilizada como instrumento de monitorización y seguimiento de los resultados de los tratamientos, en nuestro caso, las diferentes fases, momentos o modalidades del programa en cuestión. Recoge información acerca de los problemas que experimentan los usuarios de drogas en cuatro áreas: abstinencia del consumo, mejoramiento de síntomas físicos y psicológicos, funcionamiento personal/social, inserción laboral y actividad ilegal del consumidor.

Procedimiento

Para la realización de la presente investigación, se contó con el consentimiento de los pacientes, a quienes se les explicaron los propósitos del estudio y el uso confidencial de los resultados. La aplicación del instrumento fue individual. Para el análisis de los resultados y veri-

ficación de hipótesis se construyó una matriz de datos, mediante el SPSS 17. Con el objeto de comparar las variables estudiadas en los diferentes grupos especificados anteriormente, se llevó a cabo análisis de varianza de un factor (ANOVA), para lo cual se establecieron los grados de libertad con un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

En relación a la incidencia del programa de farmacodependencia en la detención del consumo (variable días de abstinencia de consumo), se observó que existe diferencia significativa entre el grupo control y los grupos de fases/modalidades del tratamiento ($F= 4.061$; $p \leq 0.05$) (tabla 1).

Al comparar el grupo control con los grupos de fases/modalidades del tratamiento (Hospitalización, Hospital Día, Hospital Medio Día, Seguimiento y Tratamiento Ambulatorio), se observa que la diferencia de medias más amplia, en relación a la variable días de abstinencia del consumo, se da entre el grupo de control con el grupo de Hospital Medio Día (Fig. 1); la diferencia menos amplia se da entre el grupo de control y el de Tratamiento Ambulatorio; las diferencias con y entre los demás grupos de fases/modalidades del tratamiento se dan en este rango.

En cuanto a la incidencia del Programa en el mejoramiento de los síntomas físicos, existe diferencia significativa entre el grupo control y los grupos del tratamiento ($F=2,524$; $p \leq 0.05$) (Tabla 1).

En la Figura 2 se observa que la mayor diferencia, en cuanto al mejoramiento de los síntomas físicos, se da entre el grupo control y los grupos de Hospitalización

Figura 1. Diferencias en abstención del consumo entre los grupos de control y los del tratamiento

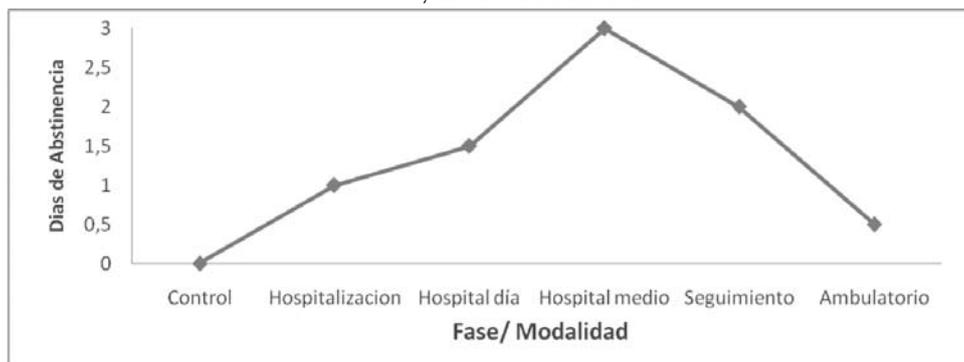


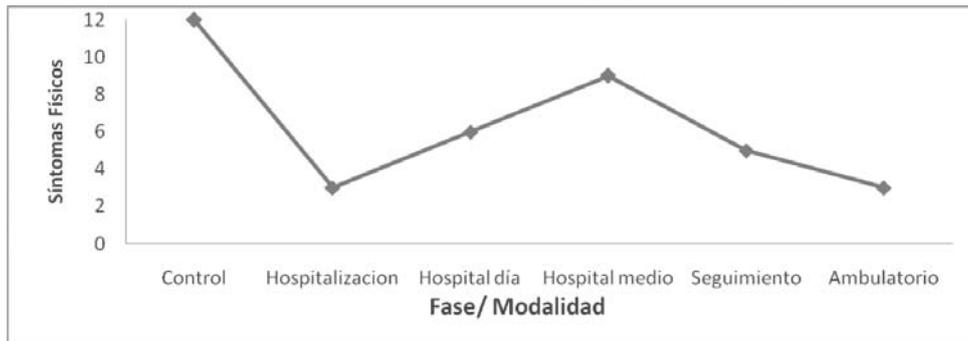
Tabla 1. Diferencias significativas de las variables de estudio entre los grupos del tratamiento y de control

VARIABLES	COMPARACIONES GRUPALES	SUMAS DE CUADRADOS	GL	MEDIAS CUADRÁTICAS	F	SIG.
Días de Abstención de Consumo	Intergrupo	31.736	5	6.347	4,061	0,004
	Intragrupo	68.764	44	1.563		
	Total	100.500	49			
Síntomas Físicos	Intergrupo	543,000	5	108,673	2,524	0,043
	Intragrupo	1894,317	44	43,053		
	Total	2437,317	49			
Síntomas Psicológicos	Intergrupo	59105,611	5	11821,122	20,218	0,00
	Intragrupo	25726,389	44	584,691		
	Total	84832,000	49			
Funcionamiento Personal Social	Intergrupo	59105,611	5	11821,122	20,218	0,00
	Intragrupo	25726,389	44	584,691		
	Total	84832,000	49			
Inserción Laboral	Intergrupo	8172,444	5	1634,489	7,054	0,00
	Intragrupo	10195,556	44	231,717		
	Total	18368,000	49			
Actividad Ilegal	Intergrupo	1098,000	5	219,6	4,183	0,003
	Intragrupo	2310,000	44	52,5		
	Total	3408,000	49			

y Tratamiento Ambulatorio; la menor diferencia con el grupo control se da con el grupo de Hospital Medio Día; las diferencias entre el grupo control y los demás grupos se dan en este rango.

En cuanto a la incidencia del Programa en el mejoramiento de los síntomas psicológicos, existe diferencia significativa entre el grupo control y los grupos del tratamiento ($F=20,218$; $p \leq 0.05$) (Tabla 1).

Figura 2. Diferencias en síntomas físicos entre los grupos de control y los del tratamiento

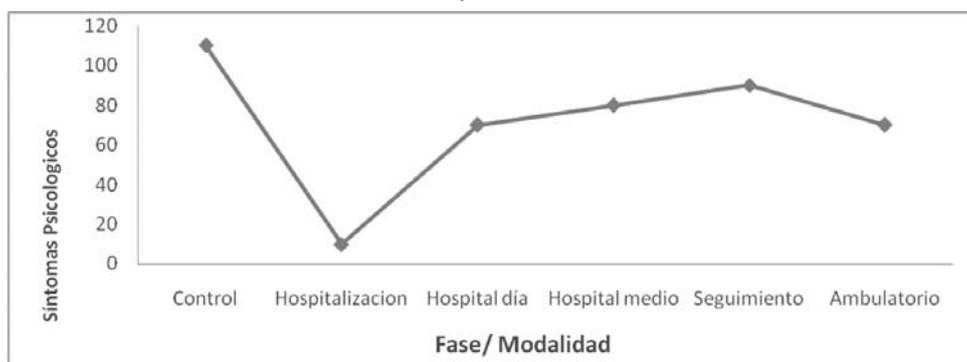


La Figura 3 sugiere que la mayor diferencia respecto al mejoramiento de los síntomas psicológicos se da entre el grupo control y el de Hospitalización; la menor diferencia se da con el grupo de la fase de Seguimiento; las diferencias entre el grupo control y los otros grupos del tratamiento se dan en este rango. También se observa que a medida que avanza el proceso del Programa

en sus fases/modalidades, las diferencias con el grupo control van disminuyendo.

En cuanto a la incidencia del Programa en el funcionamiento social de los pacientes, existe diferencia significativa entre el grupo control y los grupos del tratamiento ($F=20,218$; $p \leq 0.05$) (Tabla 1).

Figura 3. Diferencias en síntomas psicológicos entre los grupos de control y del tratamiento



La Figura 4, por su parte, evidencia que la mayor diferencia en el funcionamiento social se da entre el grupo control y el de Hospitalización; la menor diferencia se da entre el grupo control y la fase de Seguimiento; las diferencias entre el grupo control y los demás grupos

del tratamiento, se dan en este rango. Otra vez, a medida que avanza el proceso del Programa en sus fases/modalidades, las diferencias con el grupo de control van disminuyendo.

Figura 4. Diferencias en funcionamiento social entre los grupo de control y del tratamiento



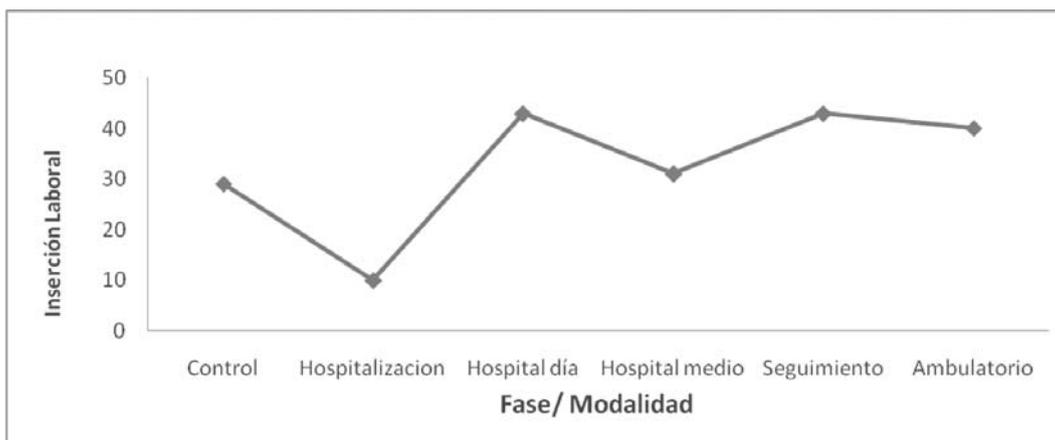
En cuanto a la incidencia del Programa en la inserción laboral de los pacientes, existe diferencia significativa entre el grupo control y los grupos del tratamiento (F=7,054; p < 0.05) (Tabla 1).

Se observa que en la fase de Hospitalización, como es lógico esperar, los sujetos no muestran inserción laboral, diferente a lo que sucede en las otras fases, en donde el grado de inserción laboral supera al grupo control.

En la Figura 5, se observa que la mayor diferencia en relación con la inserción laboral se da entre el grupo control y el de Hospital Medio Día; las diferencias entre el grupo control y los demás grupos se dan en este rango.

En cuanto a la incidencia del Programa sobre la actividad ilegal de los pacientes, existe diferencia significativa entre el grupo control y los del tratamiento (F=4,183; p < 0.05) (Tabla 1).

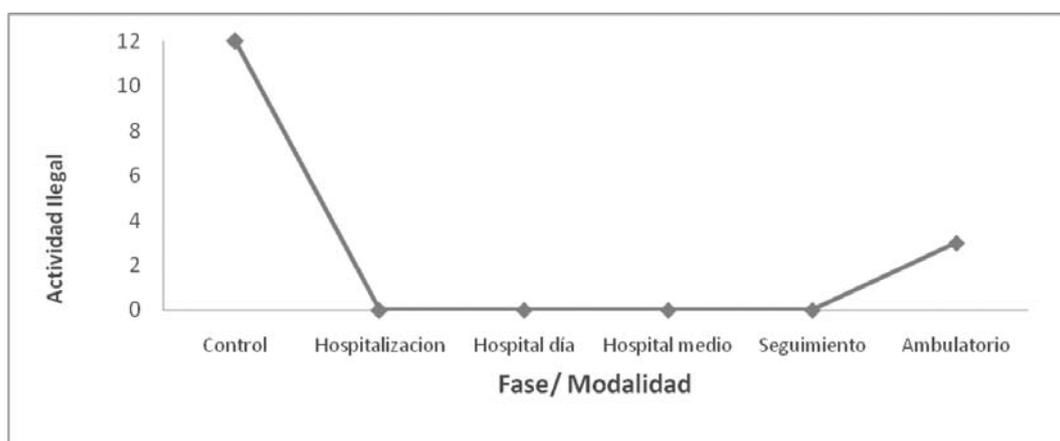
Figura 5. Diferencias en inserción laboral entre los grupos de control y del tratamiento



La Figura 6 expresa que la mayor diferencia respecto a la actividad ilegal asociada al consumo se da entre el grupo control y los grupos de Hospitalización, Hospital Día, Hospital Medio Día y Seguimiento; la menor diferencia, en cambio, se da entre el grupo control y el de Tratamiento Ambulatorio. Es decir, la actividad ilegal disminuye sustancialmente en todos los grupos del tratamiento en comparación con el grupo control; solo el Tratamiento Ambulatorio mostró algo de actividad de este tipo, mas no se acerca a la actividad ilegal del grupo control.

indica que hubo un aporte positivo del Programa a los pacientes farmacodependientes estudiados que participaron de él, en cada uno o en alguno de sus distintos momentos y modalidades de la intervención, el cual parece resultar favorable a la recuperación de los pacientes estudiados en comparación con los sujetos farmacodependientes que no participaron del Programa (solamente asistieron a una primera y única consulta diagnóstica), durante el periodo 2008-2009. Examinemos esto en forma más detallada:

Figura 6. Diferencias en actividad ilegal entre los grupo de control y del tratamiento



DISCUSIÓN

Como lo evidencian los resultados, en general, existe una diferencia significativa entre el grupo control y todos los demás grupos correspondientes a cada una de las distintas fases o modalidades de tratamiento del Programa, mostrando los pacientes que participaron de alguna o varias de estas fases/modalidades mejores desempeños en cada una de las distintas variables indagadas para establecer la efectividad del Programa. Esto

Efectividad del programa en cuanto a la abstención del consumo de sustancias psicoactivas

Los resultados sugieren que los pacientes que participan de alguna o varias fases del programa de tratamiento, presentan en general mayor número de días sin consumir, en comparación con los pacientes que no participan de él. Las distintas fases o modalidades del

tratamiento según el grado de abstinencia del consumo se distribuyeron, de mayor a menor, de la siguiente manera: Hospital Medio Día (entre 5 y 7 meses de abstinencia), Seguimiento y Hospital Día (entre 1 y 4 meses de abstinencia), Hospitalización (30 días de abstinencia) y Tratamiento Ambulatorio (menos de 30 días de abstinencia). Lo que apoya el posible papel del tratamiento en facilitar la abstinencia del consumo es que todos estos pacientes han venido participando del tratamiento a través de una u otra modalidad de intervención o en una secuencia en fases de dichas modalidades (los pacientes con menor tiempo en el Programa tenían al menos un mes de participación en el mismo, a diferencia de los del grupo control). Con todo, el tiempo de participación del programa en sí mismo no debe considerarse la única variable crítica respecto de la abstinencia del consumo, y escapa a este estudio la posibilidad de discriminar las configuraciones de factores particulares que pudieran dar cuenta de la efectividad del programa sobre este particular. Aun así, en términos globales, los resultados sugieren que la participación en el programa se asociaría con dicha abstinencia del consumo.

Vale la pena señalar que la abstinencia del consumo es menor o decae en la fase de Seguimiento (así como en el Tratamiento Ambulatorio). Los hallazgos de Bakken, Landheim, Vauglum (2007) y de Hodgins, El-Guebaly, Armstrong y Dufour (1999) muestran que, efectivamente, en los primeros momentos del seguimiento a tratamientos de farmacodependencia es habitual encontrar disminuciones y abstinencia del consumo, pero que en seguimientos a plazos mayores se observa una tendencia a recuperar el patrón de consumo. Propositivamente, se puede pensar que el momento del Seguimiento y el Tra-

tamiento Ambulatorio del programa del CARI son fases o modalidades vulnerables a recaídas en el consumo. Esto confirma la importancia, en particular para estas modalidades, de la implementación de estrategias que ayuden a evitar las recaídas o el control de condiciones individuales e interpersonales que dificultan mantener la plena recuperación.

Efectividad del programa en cuanto a los síntomas físicos y psicológicos de los pacientes

Igualmente, los resultados indican que hay diferencias significativas entre el grupo de control y los grupos del tratamiento, en relación a la disminución de síntomas físicos y psicológicos, lo cual apoya la efectividad general del Programa en este sentido.

Como es de esperar, es en la fase de Hospitalización cuando estos síntomas disminuyen ostensiblemente. Esto ocurre así porque, en la Hospitalización, el paciente se encuentra en un medio seguro, con atención médica y psicológica constante, lo que no ocurre de la misma manera en las otras fases, en las que, adicionalmente, los pacientes se van insertando gradualmente en el medio social y familiar, enfrentándose al estrés propio de la interacción social. Esto ayuda a explicar que los síntomas vayan en aumento en las otras fases o modalidades del tratamiento, siempre por debajo a los del grupo control. Nótese, por otra parte, en cuanto a los síntomas físicos, que en el Tratamiento Ambulatorio su presencia es menor (diferencia significativa con el grupo control), lo que constituye un indicador propio de pacientes que resultan adecuados para recibir tratamiento a través de esta modalidad.

No obstante el mejor desempeño de los indicadores de síntomas entre los pacientes en tratamiento, la tendencia a incrementarse y mantenerse (en mayor medida los síntomas psicológicos o de malestar subjetivo), nos debe, con todo, llamar la atención, no porque resulten inusuales o no esperables, sino porque, como lo reportan diversos estudios, el riesgo de recaídas de estos pacientes puede permanecer e incrementarse si no hay mejorías significativas en sus condiciones de malestar y, a medida que pasa el tiempo, luego de finalizados los tratamientos. Polo y Alonso (1996) encontraron que el perfil del MMPI en sujetos drogodependientes con más de un año de abstinencia, presentaba niveles de ansiedad ante la vida y situaciones cotidianas; y, como nos lo sugieren los hallazgos de Bell, Richard y Dayton (1996), un pobre estatus de bienestar psicosocial es el principal factor asociado con la recaída en el uso de drogas, aunque también el pobre bienestar psicosocial es consecuencia del uso de la droga o de la recaída. Así, Ruiz de Apocada, Martínez, Gutiérrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994) hallaron en una muestra de heroínómanos con cuatro años de tratamiento una calidad de vida moderada (peor en las escalas del componente mental que en las del componente físico), correlacionándose la calidad de forma inversa con la gravedad de la adicción. Es claro entonces, que entre mejor sea la efectividad del Programa, en cada una de sus fases o modalidades de tratamiento, para disminuir los síntomas físicos y psicológicos asociados al consumo y mejorar el bienestar psicosocial y calidad de vida de los pacientes, mejor será el mantenimiento de los logros terapéuticos y la prevención de recaídas.

No obstante, vale decir que la diferencia significativa a favor del tratamiento en general, como parecen

apoyar los resultados, no debe comprenderse como una mera disminución cuantitativa de los síntomas (como se dijo, los resultados muestran que estos tienden a incrementarse nuevamente luego de la Hospitalización), sino como cambios en la autocomprensión, en la valoración y manejo de la propia condición vital de los pacientes, lo que sin lugar a dudas debe contribuir a afrontar mejor los síntomas mismos.

Lo que sí queda claro, de todos modos, es que las dimensiones específicas del cambio comportamental y psicosocial, así como sobre la cualidad y magnitud de los mismos, ameritan mayor investigación específica.

Efectividad del Programa en cuanto a la interacción social, la actividad laboral e ilegal de los pacientes

Los resultados muestran que el tratamiento dado en el programa de farmacodependencia del ESE-CARI, ayuda a que los pacientes logren una mejor inserción e interacción social. El grupo control registra una alta interacción pero con poca calidad; por el contrario, a medida que avanzan en el tratamiento, los pacientes pueden disminuir ese contacto, pero a la vez aumentar la calidad de la interacción, posiblemente debido a que el paciente va modificando patrones comportamentales y provocando menos episodios de conflicto interpersonal. Como refiere Bleger (1997), la interacción social mejora en la medida en que en el paciente disminuye paulatinamente su angustia por ser descubierto y se integra con otros patrones de comportamiento al entorno social; transformaciones posibilitadas, por ejemplo, durante el proceso grupal del tratamiento, cuando el paciente reconoce la forma como su comportamiento genera rechazos

y frustraciones, abriéndose, así, a reconsiderar pautas de relación diferentes y más pro-sociales.

En referencia a lo anterior, los resultados de evaluación del Programa sugieren que a medida que el paciente va avanzando en el tratamiento, ya sea en fases o participando en alguna de sus modalidades, va logrando una mejor inserción en la actividad laboral, a diferencia del grupo control, en el que los sujetos no registran una actividad laboral adecuada. Obviamente, en la fase de Hospitalización, los sujetos no registran actividad laboral, ya que permanecen internos las 24 horas del día por aproximadamente seis semanas; sin embargo, cuando salen de esta fase, la inserción laboral mejora, pues en las siguientes fases o modalidades se cuenta con más tiempo para trabajar; en Hospital Día, pueden emplear los fines de semana, en Medio Día, las tardes, y en el Seguimiento o el Tratamiento Ambulatorio, pueden emplear la mayor parte del tiempo en ello. El Programa tiene en cuenta lo recomendado por Milanese, Merlo y Laffay (2001), para quien hay que atender el desarrollo laboral del paciente farmacodependiente, ya que esto mejora su autoeficacia, entre otros aspectos relevantes de protección frente a las recaídas.

Finalmente, en la línea de los efectos positivos del Programa que ayudan a los pacientes a lograr una mejor interacción social, así como una mejor inserción en la actividad laboral, se observa consecuentemente una disminución ostensible de la actividad ilegal asociada al consumo, existiendo una importante diferencia con relación al grupo control (solo en la fase de Tratamiento Ambulatorio se registra algo de actividad ilegal, que sin embargo, no se acerca a la que registra el grupo control).

Es de suponer entonces que se establezca un circuito sinérgico o autorreforzante en los pacientes, facilitada por el programa de tratamiento, entre la disminución del consumo, mejora en el funcionamiento físico, psicológico, social y laboral, con una disminución relevante de la actividad ilegal asociada al consumo.

CONCLUSIÓN

El programa de farmacodependencia de la ESE-CARI, al mostrar diferencias significativas positivas con el grupo de control (sin tratamiento), a favor de las distintas fases o modalidades que lo integran, muestra una mayor efectividad entre los pacientes estudiados. Al ser comparado con pacientes no participantes del tratamiento, durante el periodo 2008-2009, los resultados sugieren que puede resultar más efectivo que el no tratamiento, pues, contribuye a que los pacientes disminuyan el consumo, mejoren sus síntomas físicos y psicológicos, su funcionamiento social, su inserción laboral y la disminución de la actividad delictual asociada al consumo. Sin embargo, se necesitan estudios continuados de este tipo para establecer la confiabilidad general de esta hipótesis.

Para posteriores estudios, en el propósito de seguir evaluando y cualificando la efectividad del Programa, así como las cualidades metodológicas y explicativas de los mismos, será necesario indagar sobre sus componentes terapéuticos específicos que den cuenta de su efectividad y sus limitaciones, por ejemplo, desde la perspectiva de los pacientes, beneficiarios indirectos (v. g. familiares) y del equipo profesional, cuestiones que escapaban al alcance del actual estudio. Además, esos

estudios deberán discriminar y establecer controles de variables del tratamiento y de los sujetos; incorporar diseños longitudinales, correlacionales y comparativos (si no fuera el caso de experimentales o cuasi-experimentales), y abordar un conjunto de variables contextuales (v. g. sociodemográficas), tanto de los usuarios y pacientes del Programa como del Programa mismo, que de seguro condicionan no solo su eficiencia y eficacia, sino su idoneidad y sensibilidad ecológica para entrar en sinergia con el particular nicho psico-socio-cultural en que opera y se ha de desarrollar el programa de farmacodependencia de la ESE-CARI de Barranquilla.

REFERENCIAS

- Aragón, Y., Barraza, D. & Cuello, M. (2001). *Efectos del programa de farmacodependencia en la reincidencia del consumo de sustancias psicoactivas y reinserción social en pacientes con diagnóstico dual que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI-Barranquilla)*. (Inf. Tec. N° 2001-0132). Barranquilla, Colombia: Universidad Simón Bolívar, hemeroteca.
- Badillo, J. (2004). *Descripción de las áreas de reinserción social y reincidencia del consumo en pacientes adictos que asisten a su fase de seguimiento en el programa de farmacodependencia del CARI*. (Inf. Tec. N° 056). Barranquilla, Colombia: Programa de farmacodependencia CARI.
- Bakken, K., Landheim A.S. & Vauglum, P. (2007). Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-years prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry*, 7, 29-45.
- Bell, D. C., Richard, A. J. & Dayton, C. A. (1996). Effect of Drug User Treatment on Psychosocial Change: A Comparison of In-Treatment and Out-of-Treatment Cocaine Users. *Substance Use & Misuse*, 31, 9, 1083-1100.
- Bleger, J. (1997). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hodgins, D. C., El-Guebaly, N., Armstrong, S. & Dufour, M. (1999). Implications of Depression on Outcome from Alcohol Dependence: A Three-year Prospective Follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1, 151-157.
- Maldonado, J.C. (2008, 14 de agosto). La drogadicción en Colombia ya es un problema de salud pública, reconoce el gobierno. *Caracol Radio*. Recuperado de <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=651944>
- Marsden, J., Gossop, G., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 12, 1857- 1867.
- Milanese, E., Merlo, R. & Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de la farmacodependencia: Una propuesta comunitaria*. (Vol. 1). México: Plaza y Valdéz.
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio nacional de consumo de drogas en Colombia, resumen ejecutivo*. Colom-

- bia: Autor. Recuperado el 10 de septiembre de 2009 de <http://www.risaralda.gov.co/newweb/repositorio/risaralda+segura/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20CONSUMO%20DE%20DROGAS.pdf>
- Pizarro, Y. (2002). *Efectos del programa de tratamiento ambulatorio en la reincidencia en el uso y abuso de sustancias psicoactivas y reinserción social en pacientes adolescentes y adultos que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI en el distrito de Barranquilla*. (Inf. Tec. N° 022). Barranquilla, Colombia: Programa de Farmacodependencia CARI.
- Polo, I. & Alonso, M. (1996). Perfil del paciente que consulta la unidad de farmacodependencia y cambios en el MMPI durante el proceso de recuperación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25, 95-104.
- Polo, I. & Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Psicogente*, 9, 15, 94-105.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Colaboremos por la salud. Informe de la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Ruiz de Apocada, J., Martínez, H., Gutiérrez, M., Pérez de Arenaza, J. & Landabaso, M. (1994). Estudio preliminar de la calidad de vida en adictos a la heroína en el programa de objetivos intermedios. *Adicciones*, 19-28.
- Rumbos (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá, Colombia: Presidencia de la República de Colombia.
- Secretaría de Salud de México (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Farmacodependencia*. Recuperado el 19 de septiembre de 2009 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/farma_mensaje.pdf
- Zapata, M. & Segura, A. (2007). Consumo de drogas en jóvenes escolarizados del municipio de Medellín año 2007. Tendencias del consumo y comparación regional. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, ESE-CARISMA. Recuperado el 19 de septiembre de 2009 de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Investigacion%20completa%20Medellin.pdf>