



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN

**CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN UNA MUESTRA DE PERSONAS EN
TRATAMIENTO POR DROGODEPENDENCIAS**

Tutor:

Lucila Trías.

Autores:

Br. Leonard, Silvia.

Br. Valdéz, Ricardo

Caracas, Febrero de 2015



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN

**CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN UNA MUESTRA DE PERSONAS EN
TRATAMIENTO POR DROGODEPENDENCIAS**

(Trabajo especial de grado presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Tutor:

Lucila Trías.

Autores:

Br. Leonard, Silvia.

Br. Valdéz, Ricardo

Caracas, Febrero de 2015

¹Silvia Leonard y Ricardo Valdez, Departamento de Asesoramiento Psicológico y Orientación, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a las siguientes direcciones: sc.leonard@hotmail.com y/o ricardovaldez750@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios Todopoderoso.

A nuestra Magna casa de estudios, que siempre vence la sombra.

A nuestra tutora Lucila Trías, por su sabiduría, paciencia y cariño que nos dedicó en este transitar universitario.

A todas las instituciones y el equipo multidisciplinario que en ellas trabajan con mística y profesionalismo, las cuales amablemente nos abrieron las puertas de su recinto.

Y, en especial, a todos aquellos que luchan diariamente con su adicción, por tener una vida más digna, quienes sin su honestidad y colaboración no sería posible esta investigación.

A la profesora Liliana Cubillos, la Lcda. Virginia y al Departamento de Reproducción de la Escuela de Psicología por su apoyo y compañía durante el transcurso de nuestra carrera.

DEDICATORIAS

A Dios,

Ha sido Bueno.

A mis padres,

Ejemplo de constancia, disciplina y responsabilidad. Su amor no contempla lo imposible.

A mi hermana,

Siempre me has dado lo mejor de ti, gracias colega.

Silvia C. Leonard. R

A Dios.

A mi madre con sus plegarias y todo su amor.

A mis hermanos y maestros espirituales, compañeros de lucha en la eternidad del alma.

A la familia Lucas Flores en plenitud de amor y humildad.

A todas mis tías, tíos, primas y primos.

A toda la gente que me quiere y me odia en la vida.

En fin a todos mis maestros desde el pre escolar hasta la UCV.

Ricardo Valdez

**Calidad de Vida percibida en una muestra de personas en tratamiento por
drogodependencias**

Silvia Leonard

sc.leonard@hotmail.com

Ricardo Valdez

ricardovaldez750@hotmail.com

Tutora: Lucila Trías

triaslpsic@yahoo.com

Resumen

La Calidad de Vida consiste en la sensación de bienestar que pueda experimentar cada persona y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales. En el ámbito de los trastornos adictivos, el concepto de Calidad de Vida representaría la percepción subjetiva de los pacientes sobre su nivel de bienestar y funcionalidad, siendo el consumo de drogas un motivo de pérdida de Calidad de Vida. El objetivo de esta investigación es explorar la percepción de Calidad de Vida presente en una muestra de personas en tratamiento por drogodependencias bajo las modalidades de Comunidad Terapéutica, Seguimiento y Ambulatorio. Es un estudio no experimental transaccional con una muestra de 113 personas bajo tratamiento por drogodependencias pertenecientes a La Gran Caracas y al Edo Nueva Esparta, la recolección de los datos fue realizada mediante la visita a Centros Asistenciales privados y públicos con el fin de la aplicación de los instrumentos WHOQOL-Bref y método de estratificación social Graffar- Méndez Castellano. Los datos obtenidos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 20.0 y la Prueba Kruskal Wallis arrojando que existen tres dimensiones con diferencias significativas entre las mismas modalidades de tratamiento: Dimensión Física, Calidad de Vida Global y Salud Global, y en todas las modalidades de tratamiento tienden, en su mayoría, a expresar Altos Niveles de Calidad de Vida.

Descriptores: Calidad de Vida, Drogodependencias, Centro Asistencial, Modalidad de Tratamiento, Comunidad Terapéutica, Seguimiento, Ambulatorio.

Perceived quality of life in a sample of people in treatment for drug addiction

Silvia Leonard

sc.leonard@hotmail.com

Ricardo Valdez

ricardovaldez750@hotmail.com

Tutora: Lucila Trías

triaslpsic@yahoo.com

Abstract.

Quality of life is the feeling of wellbeing that each person can experience representing the sum of objective and personal subjective feelings. In the field of addictive disorders , the concept of Quality of Life represent the subjective perception of patients about their welfare and functionality, representing drug adicction a cause of loss of quality of life . The objective of this research is to explore the perception of Quality of Life in a sample of people in treatment for drug addiction under the mode of Therapeutic Community, Monitoring and Ambulatory. It is a non-experimental transactional study with a sample of 113 people undergoing treatment for drug addiction belonging to Gran Caracas and Nueva Esparta, the data collection was conducted through visits to private and public Assistance Centers to the application of the WHOQOL - Bref instruments and methods of social stratification Graffar-Méndez Castellano. The data were analyzed by SPSS 20.0 and Kruskal Wallis throwing that there are three dimensions with significant differences between same treatment modalities, and in all treatment modalities tend mostly to express High Levels of Quality of Life.

Keywords: Quality of Life, Addictions, Assistance Centers, Modality Treatment, Therapeutic Community , Monitoring, Ambulatory .

ÍNDICE

	Pp.
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo General.....	7
3.2. Objetivos Específicos.....	7
IV. MARCO REFERENCIAL	8
4.1. La Droga.....	8
4.1.1. Sistemas de clasificación de las Drogas.....	9
4.1.2. La Drogodependencia o Adicción.....	10
4.1.2.1. Aspectos Neurológicos.....	14
4.1.2.2. Aspectos Psicosociales.....	15
4.1.2.3. Aspectos Psicológicos.....	15
4.1.3. La Drogodependencia en Venezuela.....	16
4.1.3.1. Modelos explicativos del problema de Drogas en Venezuela.....	18
4.2. Centros Asistenciales.....	21
4.2.1. Modalidades de tratamiento en Centros Asistenciales.....	26
4.3. Calidad de Vida.....	31
4.3.1. Aproximaciones al concepto.....	31
4.3.2. Evaluación de la Calidad de Vida.....	35
4.4. Calidad de Vida y Drogodependencias.....	36
4.5. Asesoramiento Psicológico, Calidad de Vida y Drogodependencias.....	40
V. MARCO METODOLÓGICO	43
5.1. Tipo de Investigación.....	43
5.2. Diseño de Investigación.....	43
5.3. Análisis de Variables.....	43
5.3.1. Variables de Estudio.....	43

5.3.2. Variables Seleccionadas.....	44
5.3.3. Variables Controladas.....	45
5.3.4. Variables No Controladas.....	45
5.4. Población.....	46
5.5. Muestra.....	46
5.6. Tipo de Muestreo.....	46
5.7. Criterio de Inclusión.....	47
5.8. Instrumentos de Medida.....	47
5.8.1. Escala World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF).....	47
5.8.2. Método Graffar- Méndez Castellano.....	59
5.9. Contexto de Estudio.....	61
5.10. Materiales.....	61
5.11. Procedimiento de la Investigación.....	62
VI. ANALISIS DE RESULTADOS.....	64
6.1. Característica de la Muestra.....	64
6.2. Descripción Cualitativa de la Variable de Estudio.....	78
6.3. Evaluación de Diferencias Significativas de la Variable de Estudio.....	93
6.3.1. Evaluación de Diferencias significativas en la modalidad Comunidad Terapéutica.....	94
6.3.2. Evaluación de Diferencias significativas en la modalidad Seguimiento.....	99
6.3.3. Evaluación de Diferencias significativas en modalidades pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	104
VII. DISCUSION DE RESULTADOS.....	109
VIII. CONCLUSIONES.....	117
IV. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	119
9.1. Limitaciones.....	119
9.2. Recomendaciones.....	119

V. REFERENCIAS	121
VI. ANEXOS	132
11.1. Escala World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL- BREF).....	133
11.2. Método Graffar- Méndez Castellano.....	136
11.3. Carta de solicitud a las instituciones.....	137

ÍNDICE DE TABLAS

	Pp.
Tabla 1. Cifras sobre consumo de drogas en Venezuela.....	19
Tabla 2. Dimensiones de la Escala WHOQOL-BREF.....	50
Tabla 3. Baremo de la escala WHOQOL-Bref.....	59
Tabla 4. Cálculo del Estrato Social.....	60
Tabla 5. Estadísticos de la variable edad.....	64
Tabla 6. Estadísticos de la variable sexo.....	65
Tabla 7. Estadísticos según tipo de consumo.....	65
Tabla 8. Distribución según tipo de sustancia de impacto.....	66
Tabla 9. Estadísticos según número de tratamientos.....	67
Tabla 10. Estadísticos según modalidad de tratamiento.....	68
Tabla 11. Estadísticos según tipo de centro.....	68
Tabla 12. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Física entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.....	94
Tabla 13. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Entorno entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.....	95
Tabla 14. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Psicológica entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.....	96
Tabla 15. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Relaciones Sociales entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.....	97
Tabla 16. Evaluación de diferencias significativas para la Calidad de Vida Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.....	98
Tabla 17. Evaluación de diferencias significativas para la Evaluación de Salud Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.....	99

Tabla 18. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Física entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.....	100
Tabla 19. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Entorno entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.....	100
Tabla 20. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Psicológica entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.....	101
Tabla 21. Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Relaciones Sociales entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.....	102
Tabla 22. Evaluación de diferencias significativas para la Calidad de Vida Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.....	102
Tabla 23. Evaluación de diferencias significativas para Evaluación de Salud Global entre los diferentes centros asistenciales bajo modalidad Seguimiento.....	103
Tabla 24. Diferencias significativas para la Dimensión Física entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	104
Tabla 25. Diferencias significativas para la Dimensión Entorno entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	105
Tabla 26. Diferencias significativas para la Dimensión Psicológica entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	105
Tabla 27. Diferencias significativas para la Dimensión Relaciones Sociales entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	106
Tabla 28. Diferencias significativas para la Calidad de Vida Global entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	107
Tabla 29. Diferencias significativas para la evaluación de la salud global entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.....	107

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pp.
Figura 1. Distribución del sexo en la muestra.....	46
Figura 2. Porcentajes de la Profesión del Jefe de Familia.....	69
Figura 3. Porcentajes del Nivel de Instrucción de la Madre.....	69
Figura 4. Porcentajes de la Principal Fuente de Ingresos de la Familia.....	70
Figura 5. Porcentajes del Tipo de Viviendas de las Familias.....	71
Figura 6. Porcentajes de la variable Estrato Social.....	71
Figura 7. Descripción Centro Asistencial Claret sede Margarita.....	72
Figura 8. Descripción Centro Asistencial Humana.....	73
Figura 9. Descripción Centro Asistencial Harmonía.....	74
Figura 10. Descripción Centro Asistencial UDAF.....	75
Figura 11. Descripción Centro Asistencial Claret sede Caracas.....	76
Figura 12. Descripción Centro Asistencial FUNDARIBAS.....	77
Figura 13. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Física.....	78
Figura 14. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Entorno.....	79
Figura 15. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Psicológica.....	80
Figura 16. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Relaciones Sociales.....	80
Figura 17. Porcentaje de toda la muestra en la Calidad de Vida Global.....	81
Figura 18. Porcentaje de toda la muestra en la Evaluación de la Salud Global.....	82
Figura 19. Promedio en la Dimensión Física de la Comunidad Terapéutica.....	83
Figura 20. Promedio en la Dimensión Entorno de la Comunidad Terapéutica.....	84
Figura 21. Promedio en la Dimensión Psicológica de la Comunidad Terapéutica.....	84
Figura 22. Promedio en la Dimensión Relaciones Sociales de la Comunidad Terapéutica.....	85
Figura 23. Porcentaje en la Calidad de Vida Global de la Comunidad Terapéutica.....	86
Figura 24. Porcentaje en la Evaluación de Salud Global de la Comunidad Terapéutica.....	87
Figura 25. Promedio en la Dimensión Física del Seguimiento.....	88
Figura 26. Promedio en la Dimensión Entorno del Seguimiento.....	88
Figura 27. Promedio en la Dimensión Psicológica del Seguimiento.....	89

Figura 28. Promedio en la Dimensión Relaciones Sociales del Seguimiento.....	89
Figura 29. Porcentaje en la Calidad de Vida Global del Seguimiento.....	90
Figura 30. Porcentaje en la Evaluación de Salud Global del Seguimiento.....	91
Figura 31. Promedio en la Dimensión Física, Entorno, Psicológica, Relaciones Sociales del Ambulatorio.....	92
Figura 32. Porcentaje en la Calidad de Vida Global para Ambulatorio.....	92
Figura 33. Porcentaje en la Salud Global para Ambulatorio.....	93

I. INTRODUCCION

Actualmente, el consumo de drogas constituye un grave problema de Salud Mental y supera todos los criterios exigidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser considerado como problema de salud pública, por lo cual se han implementado instituciones, cuya metodología utilizan el sentido comunitario, y se hallan destinados a la reincorporación del farmacodependiente a la sociedad, como un nuevo ser fortalecido, lleno de valores que los(as) ayudarán a mantenerse alejados(as) del consumo de sustancias, incorporándolos a una vida sana. Entre ellas la Comunidad Terapéutica.

La Comunidad Terapéutica ha demostrado ser instrumento eficaz para el tratamiento del abuso de sustancias y los programas relacionados con este problema en la vida de pacientes (García, 1999). En la actualidad, la Comunidad Terapéutica es una modalidad compleja de servicios humanos, que emplea los conocimientos y asistencias de diversas disciplinas científicas y sociales, existiendo un aumento en el nivel de desarrollo de la investigación que se ocupa de ella (Martínez y Rubio, 2002).

El principio fundamental sobre el que se sustenta la metodología de la Comunidad Terapéutica es el sentido comunitario. La comunidad es, a la vez, contexto y método para el proceso de modificación de conductas. Es el elemento del sentido comunitario, el que permite diferenciar a la Comunidad Terapéutica de cualquier otra metodología para la rehabilitación o el tratamiento del abuso de sustancias y los trastornos relacionados. (Goti, 1990).

El presente estudio se desarrolla inicialmente a través del amplio concepto de la droga, direccionando la investigación a la droga como adicción, así como también, los aspectos neurológicos, sociales y clínicos, presentes dentro de la misma. Posteriormente, se realiza una descripción de la drogodependencia en Venezuela y de las características de las Instituciones que prestan servicio de rehabilitación, que sirvió para especificar el entorno del cual se tomó la muestra estudiada.

En el mismo sentido, se procede a describir los diferentes conceptos otorgados a la Calidad de Vida (CV), las variables asociadas al mismo y las aproximaciones realizadas en su comprensión y evaluación en diferentes entornos, así como un acercamiento al instrumento psicométrico empleado en la investigación para la estimación de la CV. Así mismo, la información relacionada con la metodología empleada en esta investigación y sus resultados, así como las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para futuros estudios en el área.

En relación a los hallazgos dentro de la investigación, se presenta una población clasificada en su mayoría como perteneciente al Estrato Social II y III, así como una Alta Calidad de Vida tanto en las modalidades Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento. En relación a la estimación de diferencias entre las modalidades, se presentan diferencias significativas en la Dimensión Física y Calidad de Vida Global para las Comunidades Terapéuticas, diferencias en la Salud Global en la modalidad Seguimiento, y entre la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio de los centros públicos no se hallan diferencias significativas, explicado este último hallazgo por existir unificación de criterios en ambas modalidades de tratamiento.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano es considerado un ente biopsicosocial, en el cual están integrados los elementos biológicos, físicos, psicológicos y socio-culturales, necesarios cada uno para la constitución de un hombre sano, productivo para sí mismo y para la sociedad, lo que indica que en la medida que se tengan individuos sanos, se tendrán sociedades más productivas capaces de satisfacer las necesidades básicas de supervivencia y que a su vez sean capaces de interesarse en el desarrollo de necesidades superiores como: la constitución de una familia, la educación, el éxito profesional, entre otras.

A lo largo de la historia, las drogas o sustancias psicoactivas han sido utilizadas con diversidad de propósitos que van desde lo religioso y espiritual, pasando por lo concerniente a la medicina y la curación, hasta su utilidad como arma de guerra y de cacería entre muchos otros fines, existiendo una serie de registros tales como manuales médicos y libros religiosos, tan antiguos como variados sobre el tema que confirman dichos usos, así como también las prácticas tradicionales que aún persisten en pueblos aborígenes alrededor del mundo, que permiten acceder a una concepción cultural sobre las drogas, muy distinta a la problemática vivencia del mundo moderno en este tema (Yubero, 2001)

Autores como De León (2004) explican que en la actualidad el consumo de drogas pasó de los usos anteriormente mencionados a convertirse en un problema genérico, propio de la sociedad moderna, que afecta a individuos y comunidades enteras, en su salud física, psicológica y social. Los drogodependientes o adictos muestran una serie de problemas similares entre los que se pueden mencionar: dificultades para la socialización, pobre desarrollo de habilidades colectivas, emocionales y psicológicas en general.

No existe duda de que la dependencia de las drogas genera círculos viciosos, como deserción escolar, delincuencia juvenil y pobreza. Afecta la esperanza y participación de todas las personas, que los limita en su aprendizaje, en sus metas y, a la larga, los lleva a sufrir injusticia social, todo esto repercutiendo sobre su CV. Siendo el consumo un acto de libre elección del hombre, no ocurre lo mismo con el deseo de abandonarla una vez iniciada la

dependencia, porque ya el adicto no tiene control, ha perdido el poder de decidir por sí mismo y sobre sí mismo. Se puede decir que la problemática del adicto se refleja en la falta de un proyecto de vida que le brinde o que esté sostenido por identificaciones. Esta falta la suplirá con la droga, pegándose a la etiqueta de "drogadicto", siendo ésta la única que lo representa.

Como un intento de solventar dicha problemática, se crean Instituciones que funcionan como centros de rehabilitación, conocidas como Comunidad Terapéutica, cuyo objetivo abarca el de permitir el crecimiento personal y el desarrollo de una personalidad autónoma y franca, que pueda vivir contenta y satisfecha sin droga y que sea perfectamente capaz de reintegrarse y reinsertarse socialmente. El tratamiento para la adicción consiste en una serie de intervenciones de ayuda para el adicto estructuradas de tal manera que resultan útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por la adicción hacia una mejor CV.

Dentro de las Instituciones, se presentan diferentes modalidades, diferenciándose entre sí según la estadía de los sujetos dentro de la misma; aquellos que viven durante un periodo, conocido como Comunidad Terapéutica; quienes únicamente se encuentran durante el día, identificados como Ambulatorio, y aquellos que ya terminaron el proceso y recurren a la Institución a terapias grupales una vez a la semana, entendidos como Seguimiento.

En gran parte la visión general que manejan las Instituciones sobre la recuperación o rehabilitación del adicto, se asume como un cambio en el estilo de vida y la identidad del sujeto, disminuyendo las conductas asociales y antisociales, motivando la adquisición de hábitos positivos en su relación con el mundo social, afectivo e intrapsíquico. Esencialmente el tratamiento de las adicciones se orienta a que la persona adquiera una CV más positiva (De León, 2004)

El estudiar la Calidad de Vida percibida que tienen un grupo de personas en tratamiento de rehabilitación por drogodependencias, bajo la modalidad Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento, permite realizar una exploración respecto a las necesidades, fortalezas, experiencias y el significado que éstos le asignan al concepto, como medida de

motivación, adherencia y eficacia del tratamiento. En acuerdo a lo expuesto Hernández, Fernández y Baptista (2003) el valor potencial de la actual investigación se puede caracterizar por la presencia de los siguientes elementos:

- La conveniencia de la misma a partir de su utilidad para la comprensión y exposición del fenómeno terapéutico estudiado, en relación a los conceptos, percepciones y experiencias vividas, sobre la CV.
- La relevancia social en cuanto al beneficio que implica el abordaje de dicha temática, puesto que representa una arista de un fenómeno complejo cuyos elementos a tomar en cuenta, parten de la experiencia del mismo sujeto el cual es cognoscente y creador de su propia realidad.
- Las implicaciones prácticas que se basan en la suposición de que la investigación puede servir como punto de apoyo para el análisis y reflexión de los participantes y de las instituciones bajo la cual se circunscribe, sobre algunas necesidades, fortalezas, debilidades y objetivos, entre otros, asociados a la estructura terapéutica del tratamiento de las drogodependencias.
- La utilidad metodológica implícita en la presente investigación se ubica en la posibilidad que la misma, pueda brindar nuevas interrogantes o lagunas no planteadas con anterioridad, sobre la temática aquí expuesta.

De acuerdo a la revisión bibliográfica, en nuestro país se han realizado pocos estudios en relación a las personas bajo tratamiento por drogodependencias realizando una evaluación simultánea a las tres modalidades seleccionadas. Tomando como ejemplo la definición de la OMS que entiende la CV como la percepción general que tienen las personas de su contexto cultural y de los valores bajo los que vive, en relación con sus expectativas valores e intereses, se puede estudiar dicha percepción a lo largo del tratamiento y observar sus variaciones.

En relación a la eficacia del tratamiento, Gurin, Veroff y Feld (1960) señalan que las tasas de recaídas de los adictos, específicamente los de cocaína, son elevadas, principalmente cuando deciden dejar la modalidad de Comunidad Terapéutica, y ser Ambulatorio y de Seguimiento. En tal sentido, indican que dichos individuos presentan una falsa sensación de

seguridad, originada por el aislamiento temporal de factores desencadenantes y por un programa de prevención de recaídas.

Para una medida de efectividad del tratamiento de las drogodependencias, Martínez, Graña y Trujillo (2010) explican que el concepto de CV puede ser utilizado. En este mismo orden de ideas Lozano, Rojas, Pérez, González, Ballesta y Izaskun (2008) explican que el concepto de CV es muy útil para evaluar el impacto que tienen las políticas de intervención de las adicciones en la vida diaria de las personas en rehabilitación, siendo utilizadas como elemento de criterio para observar la reducción del daño y las variables asociadas al desarrollo de la dependencia.

El interés en llevar a cabo la investigación en diferentes modalidades, responde a dos factores; en primer lugar, identificar el nivel de Calidad de Vida en cada modalidad, pudiendo constatarlo con la teoría, la cual indica que la CV será mayor en los grupos que permanecen mayor tiempo dentro de la Institución, y como segundo factor, entendiéndose que la CV se ve afectada al ser drogodependiente, identificar si el tratamiento dentro de la Institución se puede considerar efectivo en relación a la CV.

En la población de drogodependientes, la percepción de CV se encuentra íntimamente relacionada con el proceso motivacional para el inicio y culminación del tratamiento y posterior mantenimiento de la abstinencia al consumo de sustancias. Es por esto que resulta pertinente realizar un estudio de CV en el ámbito de la drogodependencia, por su condición de crítico problema de salud pública y la función de dicho concepto en la rehabilitación del adicto, con la finalidad de contribuir con el mejoramiento de los programas de rehabilitación. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál será el nivel de percepción de Calidad de Vida en una muestra de personas en tratamiento por drogodependencias bajo las modalidades de Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento?

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Explorar la percepción de Calidad de Vida presente en una muestra de personas en tratamiento por drogodependencias bajo las modalidades de Comunidad Terapéutica, Seguimiento y Ambulatorio.

3.2. Objetivos Específicos:

- Medir la percepción de Calidad de Vida en un grupo de personas en tratamiento de drogodependencias bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica.
- Medir la percepción de Calidad de Vida en un grupo de personas en tratamiento de drogodependencias bajo la modalidad de Seguimiento.
- Medir la percepción de Calidad de Vida en un grupo de personas en tratamiento de drogodependencias bajo la modalidad de Ambulatorio.
- Caracterizar la muestra según el método Graffar Méndez Castellanos.
- Estimar la diferencia estadística entre la medición de la percepción de Calidad de Vida en los grupos de personas en tratamiento de drogodependencias bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros Asistenciales.
- Estimar la diferencia estadística entre la medición de la percepción de Calidad de Vida en los grupos de personas en tratamiento de drogodependencias bajo la modalidad de Seguimiento de los diferentes Centros Asistenciales.
- Estimar la diferencia estadística entre la medición de la percepción de Calidad de Vida en los grupos de personas en tratamiento de drogodependencias en los Centros Asistenciales Públicos bajo las modalidades de Comunidad Terapéutica y Ambulatorio.

IV. MARCO REFERENCIAL

4.1 La Droga

En lenguaje común de hoy día la palabra droga se utiliza para describir y nombrar un sinnúmero de conceptos, encontrándose muy arraigada a una sensación de problema o fenómeno propio del mundo moderno, de esta forma la ubicamos dentro de muchos contextos, entendida coloquialmente como la sustancia que genera adicción o el problema de la droga asociado directamente al mundo del narcotráfico.

Por su parte, los gobiernos del mundo hacen uso de la palabra droga para reseñar su postura ante la producción, tráfico y venta de sustancias ilegales, ejemplo de ello tenemos *la guerra contra las drogas* propuesta por el gobierno de los Estados Unidos, del cual se hacen eco diversos gobiernos de América Latina y el mundo. Para el caso del gobierno venezolano se ha planteado *la lucha contra el narcotráfico*, creando una serie de instituciones tales como: tribunales, leyes, organismos policiales y militares, entre otros, que se articulan entre sí con la finalidad de ejecutar dicha política.

En fin, es importante entender el uso generalizado o coloquial que se le da a este vocablo (Droga), que puede significar muchas cosas a la vez todas asociadas al fenómeno social completo (La sustancia, la adicción, el narcotráfico). Siendo lo anterior una muestra del intrincado, amplio y complejo mundo que se intenta describir y asumir.

Para tratar de entender con mayor profundidad el tema de la droga en su realidad mundial o dentro de un contexto social específico, se deben tomar en cuenta los diversos matices que se estructuran desde lo institucional, ya sea lo académico, legal, cultural o científico entre muchos otros, en lo sucesivo profundizaremos un poco en varios de ellos.

Desde el punto de vista científico en lo que respecta a la farmacéutica autores como Escotado (1999) explican que en el mundo moderno pocas cosas están más desprovistas de sentido que la droga como concepto, puesto que para el farmacólogo droga es cualquier sustancia que pueda desempeñar una actividad farmacológica, mientras que coloquialmente

puede significar simplemente la sustancia legal o ilegal que genera adicción.

Por su parte la O.M.S. (1994) en su glosario de términos de alcohol y drogas explica que desde el punto de vista de la medicina, la droga se refiere mayormente a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad y mejorar la salud física o mental; mientras que en farmacología se entiende como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos.

4.1.1 Sistemas de clasificación de las Drogas

Partiendo del alto nivel de complejidad que involucra la definición del concepto droga a lo largo de los años se han establecido diversos sistemas de clasificación, cada uno con criterios diferentes entre los que se cuentan: La forma de administración, el efecto psicopatológico, la generación de dependencia, el proceso farmacológico de producción y las leyes (Martín y Lorenzo, 2009)

Para los efectos de esta investigación se toman en cuenta solamente aquellas sustancias que generan adicción y los sistemas de clasificación establecidos por la O.M.S (1992) y la Asociación de Psiquiatría Americana (A.P.A, 1994).

Clasificación de las drogas según el efecto psicopatológico más importante e inmediato de las distintas sustancias:

- ***Drogas depresoras (psicolépticas)***: Son aquellas que retardan la actividad del sistema nervioso central y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; entre los que se cuentan: El alcohol, la heroína, las benzodiazepinas y los disolventes volátiles.
- ***Drogas estimulantes (psicoanalépticos)***: Todas aquellas excitan o aceleran la actividad del sistema nervioso central e incrementan el ritmo de las funciones corporales; se pueden nombrar: La cocaína, las anfetaminas, las drogas sintéticas y el tabaco.
- ***Drogas alucinógenas (psicodislépticos)***: Estas generan un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y

forma), evocando alucinaciones (Percepción sin objeto) algunas de ellas son: el ácido lisérgico (LSD), el cannabis y las drogas sintéticas.

De acuerdo a Martin y Lorenzo (2009) existen dos grandes sistemas de clasificación de las drogas según su capacidad para generar adicción, ambos son muy similares entre sí y son propuestos respectivamente por la A.P.A y la O.M.S. los cuales se mencionan a continuación:

Según la APA en su Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta edición o DSM-IV (1994), se establece como sustancias que pueden producir dependencia: El alcohol, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos o ansiolíticos, la cocaína, el cannabis, las anfetaminas, los alucinógenos, los inhalantes, fenciclidina, nicotina; también se deja el margen para incorporar a la lista otras sustancias psicotrópicas estableciendo una categoría de dependencia a otras sustancias.

Según la O.M.S. a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición o CIE-10 (1992) establece como criterio para las sustancias que pueden producir dependencia son los siguientes: El alcohol etílico, los opioides, los cannabinoides, los sedantes e hipnóticos, la cocaína, otros estimulantes (incluyendo la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, a su vez queda abierto el margen para incorporar a la lista a otras sustancias psicotrópicas.

4.1.2. La Drogodependencia o Adicción:

Durante el siglo pasado en los primeros intentos de la ciencia moderna por abordar el problema del consumo de sustancias, los científicos tuvieron que deslastrarse de la posición histórica que la sociedad había asumido ante las drogas y sus consumidores, en donde se creía que la adicción era un asunto de baja moral y falta de fuerza de voluntad y no un problema de salud física y psicológica, lo cual determinaba la reacción social hacia el hecho de castigar la conducta adictiva y no tratarla terapéuticamente o prevenirla. (Volkow y Swanson, 2008)

En este orden de ideas autores como Hales, Yudofsky y Talbott (2000) explican que el

término abuso de sustancias aparece por primera vez en la bibliografía médica, en el D.S.M para el año de 1980, posteriormente se le agrega la palabra psicotrópico, con la finalidad de distinguir el problema de la adicción con respecto a otros problemas como los nutricionales o de reacciones adversas relacionados con el uso de alguna sustancia.

En acuerdo a la Organización Nacional Antidrogas en su portal web (<http://www.ona.gob.ve>) cuando se habla del uso de sustancias psicoactivas, es importante asimilar o manejar adecuadamente algunos conceptos tales como los siguientes:

- Droga: Toda sustancia química de origen sintético o natural que introducida en un organismo vivo es capaz de modificar su funcionamiento.
- Drogas Legales: Son todas aquellas sustancias cuyo uso no es proscrito por las leyes de las naciones, tales como: Alcohol, tabaco, café, té, chocolate, fármacos de prescripción médica, disolventes de uso industrial, entre otros.
- Drogas Ilegales: Se refiere a sustancias químicas de origen natural o farmacológico, cuyo uso está condenado por las leyes de los países, tales como: la marihuana, la cocaína, el crack, la heroína, las drogas de diseño, entre otras.
- Uso de Drogas: Hace referencia al consumo no perjudicial de determinadas sustancias o medicamentos bajo la supervisión de algún profesional certificado de la medicina.
- Abuso de Drogas: Es el patrón de consumo reiterado de sustancias psicoactivas, el cual representa consecuencias adversas de tipo social, legal y/o en la salud significativas para el individuo.
- Dependencia: Es el Conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga, adquiere la máxima prioridad para el individuo, caracterizado por el deseo intenso de ingerir la o las sustancias, presentándose una pérdida parcial o completa de la capacidad para controlar el consumo de la misma.
- Dependencia Física: “Estado de adaptación fisiológica del organismo, el cual se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga”.

- Dependencia Psicológica: “Estado de satisfacción emocional que requiere la administración o consumo periódico de las drogas para obtener placer o evitar malestar”.

En resumen, Montoya (2004) explica que al hablar del consumo de sustancias como un fenómeno social complejo se deben tomar en cuenta los factores antes mencionados y otros como:

- La cultura de los pueblos que genera y regula socialmente el consumo asociándolo a rituales específicos, ejemplo de ello la misa católica.
- Las leyes que determinan que es lo legalmente permitido y lo que no (el tabaco vs la marihuana)
- El criterio médico que establece qué conducta se considera enferma y en qué grado.

De lo anterior se desprenden algunos hechos significativos como lo son: el que no toda droga es dañina para los seres humanos, sino más bien el uso convertido en abuso lo que puede ser considerado perjudicial, dicho criterio es aplicable sólo a las sustancias permitidas por las leyes, como lo sería la utilización de algún medicamento, sin el debido seguimiento a las indicaciones dictadas por un profesional médico, lo cual puede acarrear consecuencias negativas en la salud física y mental, o el uso reiterado de sustancias legales como el alcohol, el café, entre otros (Vega, 1993)

Dichas acciones no necesariamente pueden considerarse como una adicción a priori, puesto que para hacerlo se deben cumplir ciertos criterios diagnósticos, relacionados con la frecuencia de administración, la aparición del síndrome de abstinencia, la dependencia física y/o psicológica, entre otros. Tales juicios se encuentran enmarcados en los manuales de psiquiatría como lo son el C.I.E. 10 (1992) y el D.S.M. IV (1994).

Autores como García, Martín, Vélez y Lozano (2012) comentan que las bases teóricas de los manuales para el diagnóstico de esta enfermedad se apoyan en la explicación de que los

síntomas producto del consumo de sustancias no siempre están presentes en su totalidad y que el grado de severidad puede variar de persona a persona. A su vez explican que la metodología para diagnosticar los trastornos por uso de sustancias en la actualidad presenta debilidades y críticas asociadas a la complejidad del fenómeno, el uso resiente de la terminología y a los múltiples acercamientos teóricos, que permiten la existencia de diversos perfiles que pueden confundirse y solaparse entre sí.

Autores como De León (2004) explican que en la actualidad el consumo de drogas puede considerarse un problema genérico, propio de la sociedad moderna, que afecta a individuos y comunidades enteras, en su salud física, psicológica y social. Los drogodependientes o adictos muestran una serie de problemas similares entre los que se pueden mencionar: Dificultades para la socialización, pobre desarrollo de habilidades colectivas, emocionales y psicológicas en general.

Como uno de los aspectos definitorios de los procesos adictivos, se presentan los problemas de toma de decisiones. Los drogodependientes se caracterizan por el consumo continuado y persistente de las sustancias de abuso, pese a que exista un incremento notable de las consecuencias negativas para su salud psicológica y física, así como para sus relaciones familiares y sociales, y su estatus ocupacional y legal (Aguilar, Verdejo, López, Montañez, Gómez, Arráez y Pérez., 2008; Martínez y Verdejo, 2011; Verdejo, 2006; Verdejo, López-Torrecillas, Orozco y Pérez, 2002).

D'Agnone (1999) comenta que desde la perspectiva de la salud física y psicológica del individuo, el consumo reiterado de sustancias en grado de adicción, está directamente asociado a otras patologías psiquiátricas debido a que la acción directa de la sustancia sobre el organismo, crea las condiciones biológicas (deterioro orgánico del cerebro) para la aparición de la misma, como por ejemplo el abuso y dependencia de la cocaína se asocia a diversos trastornos afectivos como la depresión, o el caso de la dependencia de la marihuana que se vincula con la aparición de la esquizofrenia.

De todo lo anterior se puede asumir que la problemática de las drogas y su consumo

presentan múltiples aristas a tomar en cuenta para su comprensión y que la en la actualidad cada una de ellas es abordada desde lo científico, legal, religioso, etc. en algunos casos por separado, en otros tomando un conjunto de variables y estudiándola en grupo, lo cual ha permitido acceder a grandes avances en la comprensión del fenómeno, entre lo que podemos destacar lo siguiente:

4.1.2.1. Aspectos Neurológicos.

Autores como Olivar (2011) explican que la adolescencia como etapa evolutiva representa en sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de las adicciones, debido al desequilibrio que existe entre la maduración de las estructuras cerebrales que procesan el sistema de recompensa, la motivación y la conducta, generando una gran vulnerabilidad a los efectos reforzantes de las drogas.

Existe evidencia de que las adicciones se asocian directamente a cambios en los patrones de activación cerebral en el adicto, así como la estructura, y función del cerebro modificando el balance de neurotransmisores, encontrándose la existencia de un patrón de hipoactividad prefrontal que ha sido correlacionado con el craving o deseo compulsivo de consumir (García, Gili y Roca, 2011).

Según el estudio de Pedrero y Ruiz (2012), existe evidencia estadística que relaciona algunos rasgos de personalidad y el consumo de sustancias, tanto como antecedente, coexistente o consecuentes al mismo, lo cual influye en el curso de la adicción en cuanto al tipo de sustancia, cantidad, frecuencia del consumo, así como también se considera un factor de recaída importante.

De acuerdo a Mogedos y Alameda (2011), los drogodependientes presentan un alto nivel de deterioro en el proceso de toma de decisiones, probablemente asociado a la miopía o desinterés por el futuro y su orientación a lo inmediato.

4.1.2.2. Aspectos Psicosociales.

De acuerdo con Pérez (2011), a lo largo del siglo pasado la humanidad experimentó una serie de profundos cambios en la forma de vida, que van desde la forma de producción económica, hasta la forma de asumir y experimentar conceptos como la alimentación, el sexo, la familia y los placeres, lo que a su vez permitió la aparición de nuevas patologías en la estructura mental y conductual, en los años 80 se acepta la ludopatía como diagnóstico clínico, en los 90 la adicción al sexo, las compras y la internet, de más reciente data tenemos la exposición a imágenes y sonidos que estimulan el cerebro recreando los efectos de alguna sustancia.

Se entiende como el curso de la adicción todo aquel evento que subyace al primer consumo, posterior mantenimiento, abandono y recaída. Dichos elementos se encuentran influenciados directamente por el género del consumidor, aun cuando no existen estudios exhaustivos al respecto, en la investigación de Del Pozo (2005) se encontró una fuerte influencia entre el curso de la adicción y el rol social del género, puesto que en las mujeres adictas pueden prevalecer el rol de madre como un factor que determine el abandono de la sustancia y el mantenimiento de la abstinencia, más no así en los varones.

Por otro lado, investigaciones como la de Contreras, Molina y Cano (2012) argumentan que existen diversos factores que relacionan el consumo de sustancias con la conducta delictiva.

Desde hace algún tiempo se debate la relación entre el narcotráfico, los niveles de consumo y su ilegalidad. (Fabián, 2009). De acuerdo a Blickman y Jelsma (2009) se puede asumir que el abordaje actual sobre lo que debe penalizarse y cómo, debe girar sobre un nuevo paradigma legal diferente al actual que nivele la proporcionalidad del castigo y la conceptualización del delito, en materia de consumo y tráfico de drogas, como un medio de disminuir o controlar las cifras de drogodependientes.

4.1.2.3. Aspectos Psicológicos.

Según la APA en su portal web (www.apa.org) define a la adicción como la necesidad del cuerpo por una droga para evitar los síntomas de la abstinencia. Los criterios para el

diagnóstico clínico que aparecen en el D.S.M. IV (1994) son los siguientes: los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se dividen en dos grupos. 1. Trastornos por consumo (Dependencia y Abuso) 2. Trastorno inducido (Intoxicación, demencia, delirium, amnesia, etc.).

En cuanto a la dependencia son la presencia de los siguientes síntomas: Tolerancia, síndrome de abstinencia, aumento de la frecuencia del consumo y la cantidad, deseo persistente por consumir, continuidad del consumo a pesar del deterioro, reducción de actividades sociales positivas.

En cuanto al abuso, es el Incumplimiento de actividades sociales (académicas, laborales, familiares, etc.) debido al consumo, los problemas legales asociados al consumo, continuar el consumo a pesar del deterioro y el consumo recurrente en circunstancias peligrosas como el manejo de vehículos, los criterios para este tipo de diagnóstico.

4.1.3. La Drogodependencia en Venezuela

A partir de 1970 es cuando se acentúa en Venezuela el tráfico y consumo de drogas. Coincide con cambios políticos, y económicos en la región, originados por la revolución cubana, movimientos estudiantiles y sindicales. “Hasta 1960, en Venezuela, la marihuana (Cannabis) no era considerada como un problema grave, la consumían algunos adictos de los «barrios» (pobres) y eran considerados delincuentes” (Del Olmo, 1975, p.89). Ya en 1962 comienza a establecerse el criterio de «enfermo» a los consumidores, bajo la influencia de Estados Unidos donde el consumo de marihuana era realmente un problema vinculado al movimiento hippie y a la llamada Rebelión Verde, en 1967.

En Venezuela la rebelión era muy distinta; eran las guerrillas, organizadas por movimientos políticos considerados subversivos. Sin embargo, «el problema» de las drogas fue impuesto e importado desde Estados Unidos a Latinoamérica. La presión de Estados Unidos a través de los organismos internacionales y concretamente de la Convención Única de Viena en 1961, su interés por asesorar a nuestros gobiernos en la creación de Divisiones contra Estupefacientes y

el suministro masivo de publicidad sobre el tema que difunden a través de sus embajadas, son elementos claves en la creación de nuestro problema. Dicha «asesoría» persiste hasta la actualidad, y Estados Unidos además creó la denominada «Certificación» que se le otorga a los países que considere que luchan contra las drogas. (Del Olmo, 1975)

El mercado ilícito de las drogas tardó varios años en prepararse y establecerse. El joven de clase media comenzó el consumo, y los medios de comunicación y organismos de seguridad del Estado venezolano iniciaron su campaña de «información y orientación» que en vez de disminuirlo lo estimularon. Los organismos encargados del control social comenzaron a montar una gran industria para hacer frente al problema anunciado, que a su vez se transforma en publicidad. El verdadero problema de la marihuana se creó a partir de 1970, mediante un programa contra las drogas. En la División de Estupefacientes de la Policía Técnica Judicial, (PTJ) se comenzó a elaborar una estadística diferenciando al consumidor del traficante. Esta policía recibe el asesoramiento del Departamento de Justicia de Estados Unidos, además tiene una estrecha relación con la INTERPOL. Se destacó el combate contra las drogas y se incrementó su presupuesto, sin embargo el problema permaneció o se acentuó con el tiempo.

En 1970 surge la Dirección de Prevención del Delito, cuya función fundamental es prevenir, mediante un despliegue publicitario de información. “Lo que no se previó en ningún momento, por ser el problema de las drogas importado e impuesto, fue las consecuencias de esa publicidad. Publicidad que también fue importada. La práctica demostró que al igual que en otros países, los jóvenes no le hacen caso a esa publicidad” (Del Olmo, 1975, p.100). La difusión de información contra las drogas fue contraria al interés original, incitó la curiosidad y estimuló el consumo, ayudó a afianzar una cultura de las drogas. Al ser considerado el consumidor como un enfermo, el psiquiatra sustituyó al policía, se inauguraron, numerosos centros de tratamiento y rehabilitación que hasta ahora no han resuelto el problema.

El consumo de las drogas en los últimos años ha generado políticas del Estado venezolano para intentar su control, mediante la promulgación, divulgación y aplicación aunque sea parcial, de leyes, como la establecida para el año 1993 como Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. En agosto de 2005 fue reformada parcialmente por la

Asamblea Nacional, para que estuviera acorde con la realidad histórica actual; además cuenta con organismos públicos y privados que tratan al dependiente de las drogas, como la Fundación José Félix Ribas, Hogares Claret, Hogares Crea, Alcohólicos Anónimos, entre otros.

4.1.3.1. Modelos explicativos del problema de Drogas en Venezuela

Durante el transcurso del tiempo, han surgido nuevas y variadas estrategias asumidas por el Estado Venezolano para controlar el consumo y tráfico de drogas. Como indica Del Olmo (1975), a modo de abordar dicha problemática, se han creado modelos para comprender y dar respuesta. Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) un modelo significa: “Esquema teórico, de un sistema o de una realidad compleja (por ejemplo, la evolución económica de un país), que se elabora para facilitar la comprensión y el estudio de su comportamiento” (p.1385). Los modelos implementados fueron los siguientes:

- *Modelo ético-jurídico*: basado en los aspectos morales, éticos y jurídicos del consumidor de droga, visto como delincuente merecedor de penas, cárcel y rechazo social.
- *Modelo médico-sanitario*: considera al drogodependiente como un enfermo y lo trata como tal. Prioriza los riesgos individuales del consumo por sus efectos en el organismo y soslaya el aspecto social del individuo. Surge como consecuencia del consumo de drogas en personas pertenecientes a clases altas o al poder económico y/o político, despenalizando al drogodependiente.
- *Modelo psico-social*: Considera la fármaco-dependencia como una conducta desviada del comportamiento humano, involucrando los factores psicológicos y ambientales.
- *Modelo socio-cultural*: Toma la estructura socioeconómica, los factores culturales y la falta de oportunidades (influencia del entorno es vital) como motivo para el consumo de droga. Surge como necesidad de una visión integral, otorgándole mucha importancia al lenguaje en el área de las drogas como parte de la estructuración de la realidad.
- *Modelo geopolítico cultural*: Implica un análisis de la naturaleza del tráfico y consumo de drogas como fenómeno global; dicho fenómeno introduce elementos contrarios a nuestro idioma, cambia nuestros valores espirituales y religiosos, e introduce elementos que atentan contra nuestra identidad. El modelo se refiere a la abstracción de los factores,

causas o aspectos que nos dan una visión global de la realidad. Geo, tiene que ver con la totalidad concreta, la globalidad, la Tierra como planeta. El problema del tráfico y consumo como fenómeno mundial. Política, poder para producir cambios necesarios para resolver los graves problemas sociales de la humanidad.

Tabla 1.

Cifras sobre consumo de drogas en Venezuela

Edad de los pacientes atendidos por consumo de drogas para el primer semestre del año 2003		
Edad	Numero de Pacientes	Porcentaje
08-14 años	66	1,90%
15-19 años	598	17,24%
20-24 años	870	25,09%
25-29 años	690	19,90%
30-34 años	467	13,47%
40 y más años	426	12,28%
Total	3.468	100%

Fuente: Comisión Nacional Contra El Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID, 2004)

Como se observa en la tabla, la mayoría de los pacientes atendidos en organismos oficiales según cifras de la CONACUID (2004) son adolescentes y adultos jóvenes. Se debe tomar en consideración que solo represente una muestra, y podría existir un subregistro (la denominada cifra negra), porque no todos los consumidores acuden a esta institución en busca de ayuda.

De acuerdo al Estudio Nacional de Drogas en la Población general (ENADPOG-2011) llevado a cabo por la O.N.A en Venezuela se estima que existen unos 136.045 consumidores dependientes de cannabis sativa o marihuana que representan el 0,61% de la población general y alrededor de 51.506 consumidores de cocaína estableciéndose como el 0,23% de la población, lo cual indica que el promedio de consumidores de estas dos sustancias en Venezuela supera las cifras estimadas por la O.N.U como promedio mundial de

drogodependientes.

Según el portal web (<http://ona.gob.ve>) de la O.N.A, es el organismo que se encarga para el caso de Venezuela de realizar estudios adecuados que permiten tener un manejo estadístico sobre las características generales de la población de consumidores habituales de sustancia ilícitas en el país, con el fin de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas, orientadas para reducir el consumo y tráfico de drogas, así como también de articular dichas prácticas con el sector privado en materia de prevención y tratamiento de las drogodependencias.

En relación a las políticas de salud del estado Venezolano, donde se entiende al ser humano como una unidad mente, cuerpo y espíritu, en interacción con su medio y entorno social, el Fondo Nacional Antidrogas (FONA) en su portal web (<http://www.fona.gob.ve>) El Sistema Nacional de Tratamiento de las Adicciones (SNTA) se decreta en la gaceta oficial número 39.676 el 18 de Mayo de 2011, las estructuras y funciones del SNTA que están orientadas a la atención primaria de salud gratuita y opera a través de tres niveles:

- Los Centros de Orientación Familiar (COF): Desarrollan la atención social ambulatoria dirigida a personas de la comunidad que se encuentran con alta vulnerabilidad individual y familiar, realizándose la intervención a través de 4 programas: A. Prevención comunitaria, B. Orientación y Atención, C. Formación comunitaria y D. Seguimiento y Control.
- Los Centros Especializados de Prevención y Atención Integral (CEPAI): Atiende a adultos dependientes o consumidores habituales, con capacidad de autocontrol para manejarse con una mínima contención y que no ameriten ser referidos a CTS. Fundamentan la atención en un modelo integral comunitario y biopsicosocial, especializado en adicciones a drogas lícitas, ilícitas y comportamentales, a través de tres programas ambulatorios: Desintoxicación ambulatoria, asistencia ambulatoria y residencia diurna.
- Las Comunidades Terapéuticas Socialistas (CTS): Es una modalidad de tratamiento permanente (24 horas), de residencia cerrada donde se atiende a personas con un patrón de consumo compulsivo de drogas lícitas e ilícitas, que presentan un grave

deterioro del funcionamiento individual, familiar y social, dicha atención se realiza a través de dos programas, la desintoxicación cerrada y la atención biopsicosocial, educativa y socioproductiva.

Finalmente, los expertos indican que la problemática del consumidor de drogas en nuestro país puede canalizarse con la ayuda de la medicina, psicología y apoyo social. Para ello el consumidor debe estar motivado a tratarse y que cuente con instituciones formales e informales que lo orienten en esa difícil decisión de abandonar cualquier droga, éstas denominadas centros asistenciales.

4.2. Centros Asistenciales

La forma de tratar e intervenir la enfermedad mental ha evolucionado a la par del concepto que se tiene de la persona que la padece y de la naturaleza misma de dicho fenómeno. Desde el mundo antiguo en muchas de sus culturas como la árabe o europea por ejemplo, la humanidad ha comprendido que la enfermedad se presenta con cierta dualidad, una parte corporal con síntomas físicos observables y otra de orden intangible físicamente, que era explicada y tratada fundamentalmente desde lo religioso y espiritual, asumiendo sus características o síntomas como el producto de hechizos, demonios o castigos divinos, interviniendo esta situación desde el rito religioso (exorcismos, penitencias, entre otros)

No fue sino hasta entrado el periodo renacentista cuando se presentan los primeros cambios de gran importancia sobre la atención y entendimiento de este fenómeno que hoy se comprende como enfermedad mental, dichos cambios se enmarcan dentro de la evolución de la psiquiatría la cual cuenta con cuatro revoluciones históricas, cada una con distintas características, aportes y exponentes. (Quesada y Fernández 2009).

Para el año 1409 en la ciudad de Valencia España, el monje franciscano Juan Gilbert Jofré, funda el primer nosocomio, este hecho determina la aparición de la primera revolución en la psiquiatría, aun bajo el concepto del misticismo religioso como explicación de la enfermedad mental, este tipo de instituciones se esparcieron luego por toda Europa hasta llegar a América

en el año de 1565, su funcionamiento era similar al de una cárcel, manteniendo en ellas un trato cruel para con los pacientes. Otro exponente de este periodo es Johan Weyer (1515 – 1588) quien es considerado el padre de la psiquiatría moderna al introducir descripciones clínicas apegadas al concepto médico.

La segunda revolución en psiquiatría llega de la mano de Philippe Pinel (1745 – 1826) y sus aportes con el trato médico al paciente mental, conocido en aquella época como “Tratamiento Moral”, seguidores de este como Jean Esquirol (1772 -1840) dan lugar a la observación empírica en vez de la especulación, siendo Jacques Moreau de Tours (1804 – 1884) el primero en describir un cuadro psicótico inducido por una droga (El Hashish). (Quesada y Fernández 2009).

La tercera revolución de la psiquiatría comienza con los primeros intentos de establecer un sistema nosológico por parte de Emil Krapelin (1856 – 1926), quien elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva, el cual permitía clasificar a los pacientes de acuerdo a su conducta. Este sistema se impuso universalmente en el mundo médico durante mucho tiempo a pesar de no ser totalmente congruente de manera interna, en esta época de la psiquiatría aparecen los primeros psicofármacos, los sistemas de clasificación internacional de la enfermedad mental y las distintas formas de psicoterapia. (Quesada y Fernández 2009).

La comunidad terapéutica nace dentro del marco referencial de esta tercera revolución de la psiquiatría, la cual en parte es impulsada por la psiquiatría social, la cual tiene como un gran aporte el conocimiento del papel que juegan las fuerzas socio culturales en el desarrollo tanto de la salud mental como de la enfermedad, generando métodos y formas de abordaje más eficientes. (Dreikurs 1955 c.p.Aristeguieta 2012)

La era actual o cuarta revolución de la psiquiatría se establece a partir del año 1952 cuando Jean Delay y Pierre Deniker demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, estableciendo el primer tratamiento farmacológico realmente efectivo para la esquizofrenia.

Existe una gran diversidad de abordajes terapéuticos para implementar en un proceso de

rehabilitación de la drogodependencia, todos siendo valiosos e útiles, sin dejar de lado, que el futuro de los adictos en tratamiento depende en gran medida de cómo se posicionen los mismos frente al consumo de drogas, como se posicione su familia y el especialista que los tratará.

En relación a la psicoterapia individual, se destacan resultados un poco magros. Si bien es cierto que la escucha analítica tiene mucho que aportar a la comprensión de los problemas de adicción, no es suficiente para solventarlos, para lo cual es necesario que intervengan aproximaciones multifocales, en que más que una intersubjetividad diádica (paciente y analista), resulta necesario un equipo interdisciplinario que interactúe con el paciente, su grupo familiar y el grupo de pares a nivel institucional (Meyer, 2002, c.p. Rios, 2006a).

En el mismo sentido, las psicoterapias individuales presentan menor alcance cuando las adicciones se han cronificado, difícilmente pudiendo operar, dado que tienen que hacerlo con sujetos sin continencia familiar, poco confiables, impulsivos, que tienden a la desmesura y la transgresión; sin proyectos personales consistentes, que evitan los compromisos y que lo único que parece interesarles es como desligarse de todo estado displacentero.

De tal forma, el trabajo del rehabilitador realizado simultáneamente, tanto en la dimensión familiar como grupal e individual, resulta mucho más enriquecedor y completo, donde lo normativo, considerado como la reeducación emocional y conductual, sea una etapa necesaria, pero aspirando a promover la toma de conciencia y la elaboración psíquica de los conflictos que iniciaron y mantienen el comportamiento adictivo. Esto último resulta esencial en la rehabilitación.

En el caso del abordaje rehabilitador en instituciones, el proceso ha resultado claramente beneficioso. Esto debido al aporte interdisciplinario que se produce al interior de la institución, donde las estrategias de intervención deben ser capaz de meterse con la realidad consensual del sujeto, la relación con sus pares del proceso rehabilitador, con su familia y con sus amigos.

Las instituciones que intervienen en estos tratamientos, de alguna manera, deben suplir provisionalmente, las fallas en las funciones básicas del núcleo parental original; el respeto a la autoridad, al reconocimiento y aceptación de un cuerpo normativo, así como los límites que de él derivan. De igual forma, existen estrategias básicas para el abordaje de las adicciones en la comunidad institucional denominadas como El Tratamiento de la Identificación (Skiadaressis, 2002, c.p. Rios, 2006b)

En primer lugar, se establece el marco simbólico de la familia. Consiste en generar la convivencia familiar, a partir del intercambio de lazos subjetivos, donde el accionar del terapeuta lleva al sujeto a reinscribirse en un marco familiar del cual ha estado ausente; donde no se puede ser uno sin el otro, marcando la diferencia con la experiencia adictiva.

En segundo lugar, se busca reinstalar el acto de la palabra. El adicto se separa con su objeto de las contingencias que impone la vida, no queriendo asumir el costo de estar vivo, de tener deudas familiares y sociales que limitan el placer. La inscripción en la comunidad conlleva a una reelaboración de la responsabilidad vital. En el trabajo grupal, esto genera una limitación dada por el tiempo, el espacio y la palabra de los otros integrantes, principalmente en el trabajo grupal.

Y, en tercer lugar, actuar sobre la identificación. La identificación que la adicción otorga resulta rígida, inerte y no dialectizada, por lo que el discurrir discursivo debe realizarse contra dicha identificación. La adicción produce una falsa identidad, que trabajada con el grupo, es elaborada, fluidificándose en el transcurrir de la palabra, posibilitando el abordaje de los momentos más auténticos del sujeto. De esta forma, emerge en cada sujeto, características distintivas en relación con la comunidad, sus pares y su medio familiar, favoreciendo la emergencia de cada uno como sujeto. La experiencia grupal facilita al adicto desprenderse de la falsa identidad.

De esta forma, son elementos que resultan importantes a la hora de asumir el abordaje de las adicciones en la comunidad, manteniendo la premisa a su vez, de realizar un trabajo enfocado en la interdisciplinariedad. Así, es necesario tener en cuenta que todo equipo

interdisciplinario debe funcionar como grupo, debe tener en cuenta lo subjetivo e intersubjetivo. Es necesario que exista una inclusión programada en las actividades y dispositivos de análisis del desempeño como serían el espacio para la discusión del caso, reuniones de elaboración conjunta, formas comunes de recolección de información, entre otras, como parte de la tarea total del equipo, considerando que la excelencia en su funcionamiento aumenta con el tiempo de trabajo compartido.

Para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación, la misma se llevó a cabo en seis centros asistenciales, que prestan servicios en el área del tratamiento de las drogodependencias, cuatro privados y dos públicos.

Todos los centros asistenciales tienen ciertas características similares en cuanto a la conformación del equipo de profesionales que les compone, entre los que cuentan: Psicólogos, psiquiatras, y personal operativo de acompañamiento terapéutico, éste último suele estar conformado por personas rehabilitadas por drogodependencias o profesionales en el área de las adicciones.

A su vez aquellos que tienen la modalidad Comunidad Terapéutica presentan espacios cómodos para pernoctar las 24 horas del día dentro de sus instalaciones, tales como habitaciones separadas, baños, comedor, espacios para la recreación, entre otros. También cuentan con un encuadre terapéutico de actividades diarias, establecidos para regular todas las actividades realizadas por el paciente durante las 24 horas en cada día de la semana, el mismo contempla la mayoría de las necesidades básicas del ser humano, tales como alimentación, descanso, recreación y las propias actividades terapéuticas.

Los distintos centros asistenciales también guardan características similares en cuanto al tratamiento o programa terapéutico el cual se divide en fases cronológicas de acuerdo a la evolución del paciente:

- Fundación Proyecto Harmonía: cinco (5) fases: Diagnóstico, Tratamiento, Mantenimiento y reforzamiento, Desprendimiento y Seguimiento.

- Fundación José Félix Ribas (FUNDARIBAS): tres (3) fases: Desintoxicación cerrada, Atención Biopsicosocial, y Atención Educativa y Socioproductiva.
- Fundación Humana: dos (2) fases: Residencia Permanente y Residencia Parcial.
- Fundación Hogares Claret (sede Caracas): cuatro (4) fases: Acogida, Identificación, Tratamiento y Desprendimiento.
- Fundación Hogares Claret (sede Margarita): cinco (5) fases: Pre-comunidad, Identificación, Elaboración, Consolidación y Servicio Social, y Desprendimiento Gradual.
- Unidad de Atención al Farmacodependiente (UDAF): tres (3) fases: Desintoxicación e Inducción al Tratamiento, Tratamiento, y Reincorporación Social.

El período de permanencia en los distintos tratamientos suele ser similar el cual consta de 8 a 14 meses, en todos los centros menos en la Fundación Humana el cual responde a un modelo residencial breve con una duración de 10 semanas. Y todos cuentan con espacios acordes para la realización de actividades terapéuticas tanto individuales como grupales.

Por lo tanto, desde el ámbito institucional, es posible generar estrategias para trabajar la drogodependencia, empleando los diversos saberes, que actuando en forma interrelacionada, producen un impacto sustantivo en generar una solución para los sujetos drogodependientes. Entre los diferentes abordajes institucionales, se halla la Comunidad Terapéutica como instrumento eficaz para el tratamiento del abuso de sustancias y los programas relacionados con este problema en la vida de pacientes.

4.2.1. Modalidades de tratamiento en Centros Asistenciales

Comunidad Terapéutica.

Como pionero del concepto y práctica del modelo de comunidad terapéutica se halla el médico psiquiatra Estadounidense, Harry Stack Sullivan quien acuñó por primera vez el término comunidad terapéutica, para el año de 1931, con la finalidad de describir a la institución de salud mental, para cual trabajó en esa época, como un organismo social

haciéndose notar la posible capacidad benéfica de la sociedad sobre el paciente mental (Rodrigué, 1965)

A su vez Rodrigué (1965) comenta que para el año de 1938 Rowland hace el primer estudio sistemático de lo que aparenta ser una estructura social organizada y subyacente al personal (más allá de lo estructurado en las normas) e inherente a los pacientes, elaborada de manera informal, con reglas tacitas de conducta, un escalafón social intramuros, así como también un rico bagaje de tradiciones y mitos de lo que se refiere a la historia del hospital y su significado para los internos. Estos hechos fueron ajenos a los psiquiatras a pesar de que en gran medida condicionaban el comportamiento tanto del personal como de los pacientes.

Otra forma de contribución al desarrollo del modelo, es dada por Maxwell Jones, quien fundó en California en 1950, una residencia para la rehabilitación de delincuentes basadas en la “no directividad”, la técnica del “counseling” y los grupos de autoayuda que buscan soluciones a partir de experiencias y problemas comunes. (García, 1999)

En cuanto al campo del tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias, el pionero en comunidades terapéuticas fue Dederick, exalcohólico, quien fundó en Illinois, 1958, los grupos Synanon basándose en las teorías psicoanalíticas y en los principios de las religiones orientales y cristiana. Posteriormente, y además de la idea de autoayuda, estas comunidades terapéuticas han utilizado la terapia del Análisis Transaccional y cursos de formación profesional. (García, 1999)

A modo general, una Comunidad Terapéutica (CT) es un espacio social construido con fines terapéuticos. Un grupo duradero y residencialmente localizado, de carácter “comunitario”, pero con finalidad terapéutica respecto a problemas compartidos por sus residentes – drogadicción y trastorno mental, habitualmente (Aristeguieta, 2012).

Características

Según Goti (1990) la CT es una forma de prestación de servicios, de salud, alternativa a la clínica tradicional, cuya metodología es de carácter comunitario:

- Base territorial
- Cambio a partir de elementos compartidos por sus miembros y de la creación de lazos e interacciones
- El estilo de trabajo y formato relacional ayudador-ayudado, caracteres distintivamente comunitarios
- Énfasis en la rehabilitación social

De León (2004) explica que las Comunidades Terapéuticas (CT) a lo largo del tiempo han probado ser un método eficaz para el tratamiento de las drogodependencias y a pesar de los múltiples enfoques o modelos (religioso, científico clínico, político, filosófico, etc.) desde los que se puede abordar la creación o formulación de una comunidad terapéutica, todos ellos deben compartir diseños y principios similares o básicos, entre los que se cuentan los siguientes:

- Las CT se rigen por el principio de auto ayuda y la integración comunitaria de personas con un mismo problema.
- La metodología de una CT se apoya en una perspectiva puntual que abarca cuatro grandes áreas: El trastorno por el consumo de drogas, la persona, su recuperación y la vida correcta.

De acuerdo con la Organización de Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2003) dentro de las CT el tratamiento es presentado en dos grandes modalidades, las cuales son formas de administración del tratamiento, lo cual varía según el diagnóstico realizado a los individuos con trastorno por dependencia de sustancias. Se presentan las siguientes modalidades:

Internación (Hospitalización)

“Consiste en un tratamiento sistemático, orientado por profesionales acreditados dirigido a consumidores o dependientes de drogas, que pueden beneficiarse de un encuadre de alta intensidad, de permanencia durante las 24 horas, dentro de un plan de tratamiento bajo internamiento, con objetivos definidos.” Entre las

intervenciones que se ofrecen al usuario se pueden mencionar: “cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación y abordaje de la familia.” (OEA, CICAD, 2003)

Es un programa de tratamiento a largo plazo, ya que se estima una duración entre 8 y 10 meses. Sin embargo, pueden presentarse internaciones breves para aquellos usuarios egresados de este u otros programas de tratamiento que presenten recaídas o ameriten contención residencial. La modalidad de internación persigue los siguientes objetivos:

- Mantenimiento de la abstinencia de sustancias y modificación de los comportamientos antisociales
- Cambios globales en el estilo de vida, actitudes y valores.
Reducción de la gravedad del déficit.
- Minimización de los riesgos de recaídas.
- Reforzamiento de los comportamientos pro sociales
- Uso de las herramientas de recuperación obtenidas.
- Mejoramiento del funcionamiento emocional.
- Comportamiento responsable.

Ambulatorio:

“Tratamiento sistemático, orientado por profesionales acreditados dirigido a consumidores o dependientes de drogas, que pueden beneficiarse en un encuadre de intensidad intermedia, dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, las cuales son programadas en una agenda de intensidad intermedia, con frecuencia diaria o varias veces a la semana (tres ó más)”. (OEA, CICAD, 2003).

Está constituido por 5 fases, según la OEA, CICAD (2003), iniciando desde el momento en que el usuario egresa de la modalidad de internación, las cuales son:

1. Diagnóstico: Se realiza una valoración psiquiátrica y psicológica del usuario que permita llegar a una impresión diagnóstica a fin de evaluar la pertinencia o no del programa de tratamiento para él y/o sus familiares.
2. Tratamiento: En esta fase se finaliza la evaluación iniciada en la fase anterior, para así poder realizar un diagnóstico preciso del usuario que oriente los objetivos de tratamiento. Se profundiza el trabajo psicoterapéutico tanto a nivel individual como grupal y se realizan sesiones con el grupo familiar de acuerdo a la evaluación con el equipo de trabajo.
3. Mantenimiento y Reforzamiento: Se procede a reforzar los logros, profundizando el trabajo terapéutico iniciado con el usuario y se promueve la solución de los conflictos identificados en fases anteriores. En los casos que fuesen necesarios, se continúa la orientación con la familia del usuario y se inicia de forma estructurada el programa de prevención de recaídas.
4. Desprendimiento: Una vez alcanzados los objetivos del plan de tratamiento tanto a nivel psicológico como a nivel familiar y social en las fases anteriores, el usuario comienza su desprendimiento progresivo del programa de tratamiento, con miras a iniciar el programa de seguimiento
5. Seguimiento: En esta fase se refuerzan los objetivos trabajados durante el proceso terapéutico con el fin de propiciar el mantenimiento de la abstinencia.

Resulta relevante considerar que ambas modalidades incluyen la fase de reinserción, la cual se aplica según el criterio de diagnóstico clínico determinado por el grupo multidisciplinario de trabajo.

Reinserción

Se considera la última fase de tratamiento; un proceso en el cual los usuarios se integran, de forma paulatina, a la vida que llevaban antes de internarse o ser parte de la modalidad ambulatoria. Abarca dos fases, cuyos criterios de inclusión en cada una es determinado por el equipo multidisciplinario de terapeutas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010)

Hospital Día

Se presenta como una modalidad en la cual los usuarios permanecen durante el día en la Institución, realizando las actividades terapéuticas establecidas para los usuarios que pertenecen a la modalidad de internación en ese periodo de tiempo. Con esta modalidad, se busca que los usuarios permanezcan integrados parcialmente a su núcleo familiar, y a su vez, permanezcan dentro de la CT, para continuar el fortalecimiento del mantenimiento de la abstinencia.

Hospital Noche

En esta modalidad, los usuarios permanecen en las noches en la Institución, participando en las actividades pautadas antes del momento de dormir. De igual forma, se busca que los usuarios continúen permaneciendo integrados a su núcleo familiar, así como también a la CT, recibiendo el apoyo para el fortalecimiento del mantenimiento de la abstinencia.

En relación a la evaluación del impacto que tienen las intervenciones de las adicciones en la vida diaria de las personas en rehabilitación que presentan las diferentes modalidades de las CT, se emplea la CV como elemento de criterio para observar la reducción del daño y las variables asociadas al desarrollo de la dependencia.

4.3. Calidad de Vida

4.3.1. Aproximaciones al concepto

La CV es un concepto multidisciplinario, abordado desde diferentes disciplinas, como serían médicas, filosóficas, económicas, sociológicas, políticas y ambientales. En el área de la medicina, el término es asociado con la salud; la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos lo asocian con el concepto de felicidad; los economistas, con la cantidad y utilidad de los ingresos o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en el área social; los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, se desarrolló y muere un individuo y los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en ciertos plazos (Calvo, De Lucas, Pozo y López, 2007)

En relación al origen del término calidad, proviene de la palabra en latín “Qualitas”, de la cual se derivan términos como: calidad, cualidad y cualificación; referente a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. (Calvo, De Lucas, Pozo y López, 2007)

De igual forma, el origen del término calidad de vida se inicia con el estudio realizado por Thorndike en 1939, en el cual estima el índice de calidad de vida en 310 ciudades de los Estados Unidos (Casas, 1999). Así también, se presentan estudios del concepto en el área de economía, alrededor de los años 50, los cuales insisten en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí misma, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se han de enfatizar sus aspectos de calidad, éstos dirigidos a la calidad de vida (Sen, 1998).

En el mismo sentido, a mediados de los años 50, la Organización de Naciones Unidas (ONU), estableció una serie de indicadores para evaluar el nivel de vida de los individuos, tomando en cuenta dimensiones como alimentación, vivienda, salud, seguridad, educación, condiciones de trabajo, tiempo libre y medio ambiente. De esta forma, el nivel de vida se determinó según la satisfacción de las necesidades por parte de los individuos en dichas dimensiones (Lukomski, 2000)

De esta forma, el término nivel de vida es direccionado a considerarse como bienestar social; un concepto que abarca las ideas de igualdad existentes entre quienes habitan en un mismo territorio, y su vez, la satisfacción de necesidades individuales y necesidades pluridimensionales (Casas, 1999)

A partir de los años 60, surge un nuevo planteamiento del concepto de calidad de vida, enfocado hacia aspectos subjetivos definidos como componentes psicosociales. Con el transcurrir de los años, para finales de 1980, se establece la diferencia entre calidad de vida (CV) y bienestar social, siendo éste último un concepto que es abarcado por la calidad de vida a su vez, representando todas aquellas condiciones materiales objetivamente observables (Casas, 1999; Tonon, 2003).

En la actualidad, Gomez-Vela, y Sabeih (2000) definen la CV como un proceso de aprehensión de la realidad, en el cual cada individuo realiza su propia interpretación y valoración, bien sea satisfactorio o no, de aquello que tiene en su entorno o ante la vida en general, considerando los recursos que poseen a su alcance para su desenvolvimiento.

Salazar, Pando, Arana y Heredia (2005) indican que es un concepto que relaciona e interacciona entre sí y en un mismo sistema, conceptos como salud, vivienda y servicios básicos, seguridad personal, participación ciudadana, participación socioeconómica y ambiente físico. Exige, en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, y evaluar el grado de satisfacción que se consigue

En la misma línea, la Real Academia Española (2001) define la Calidad de Vida como un conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. Analizar la CV de una sociedad significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en la mencionada sociedad.

De igual manera, el concepto presenta un carácter multidimensional, el cual incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. Se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; de esta manera, la CV consiste en la sensación de bienestar que pueda experimentar cada persona y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales. (Velarde, Ávila, 2002)

Otro autor, Fernández- Ballesteros (1998), diseña un concepto general, una aproximación a uno cuasi-idiográfico de la calidad de vida, en el cual ésta se expresa en distintos contextos. Es decir, la circunstancia en que cada individuo se encuentra permite explicar –de cierta forma- su CV diferencial. El género, la edad, la posición social, el lugar de vivienda son, sin duda, variables que permiten predecir la CV de cada sujeto.

Continuando con lo anteriormente expuesto, el autor señala las condiciones que considera

son determinantes de la CV, como son: aptitudes funcionales (conductos de autocuidado), salud (estar saludable), actividad (mantenerse activo), satisfacción de vida (sentimientos de satisfacción) relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), condiciones económicas (capacidad de cubrir necesidades económicas), calidad en casa y en el contexto próximo (poseer una adecuada casa en un ambiente de buena calidad), servicios sociales y de salud (calidad de los mismos), y oportunidades culturales y educaciones (tener la posibilidad de aprender nuevas cosas).

De esta forma, la mayoría de los autores conciben la CV como una construcción compleja y multifactorial, sobre la cual se puede desarrollar algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores siendo uno de los más importantes, la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo, reflejado a través de sus distintas pautas conductuales observables.

En algunos casos, se agrega a esta definición otra clase de variables, distintas a las pautas conductuales observables, tales como las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las emociones, que se hallan asociados con la conducta (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Arrivillaga y Sálazar, 2005). En relación al área de salud, las pruebas empíricas permiten afirmar que son las conductas las que tienen un impacto muy importante en la salud, en la medida que, su presencia o ausencia, puede constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo, según sea el caso (Flórez, 2007).

La definición que guía el presente trabajo de investigación, es propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en su programa de salud mental WHOQOL Calidad de Vida, cuyo concepto corresponde al instrumento que se emplea en el presente estudio lo explica Lucas-Carrasco (1998) como:

“Percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de

independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente” (p.1).

Una vez expuestos algunos conceptos, antecedentes y variables implicadas en el estudio de la CV, se procede a exponer algunos abordajes metodológicos en cuanto a su medición.

4.3.2. Evaluación de la Calidad de Vida

Existen diversas metodologías que han tomado algunos autores para evaluar la calidad de vida, así como también se mencionan diversos instrumentos que han pretendido medir la misma

Las investigaciones que se han interesado en comprender la calidad de vida han girado en torno a dos tendencias metodológicas, en una dirección se encuentran los estudios cuantitativos que buscan operacionalizar la calidad de vida desde indicadores sociales, psicológicos y ecológicos, evaluando de esta manera la percepción de los sujetos sobre su propia vida, y por otro lado se ubican las aproximaciones cualitativas, las cuales adoptan una posición de escucha a la persona mientras relata sus problemas, desafíos, experiencias y su relación con los servicios sociales de apoyo (Gómez-Vela y Sabeh, 2000)

En la búsqueda bibliográfica se encuentran diversas investigaciones en ambas direcciones, donde se utilizan diferentes estrategias de evaluación, como las entrevistas semi-estructuradas, los cuestionarios, las escalas, e incluso se hallan estudios dirigidos a la comprensión, validación y mejoramiento de instrumentos psicométricos (Fernández, Rancaño y Hernández, 1999; Giner, Ibáñez, Baca, Bobes, Leal y Cervera, 1997; Padilla, 2005; Sánchez y Quiroga, 1995; Palacio y Madariaga, 2005)

En cuanto a la utilización de instrumentos psicométricos, Velaverde y Ávila (2002) mencionan más de cincuenta que son aplicados para evaluar la calidad de vida de los individuos, entre los que podemos mencionar los siguientes:

- The Goldman Specific Activity Scale.

- The Quality of Life Survey.
- The Mac Gill Pain Questionnaire: QLHQ.
- Escala de la Actividad del Niño con Leucemia.
- The Sickness Impact Profile: SIP.
- Encuesta SF-36.
- The Schwartz Cancer Fatigue Scale: SCFC.
- The Goldman Specific Activity Scale.
- Calidad de Vida del Niño con Epilepsia
- Quality of Life: QOL

Si bien todos los instrumentos tienen como finalidad evaluar la calidad de vida, se diferencian entre sí por el enfoque y la población a la que van dirigidos. Algunos hacen hincapié en algún deterioro de salud, mientras que otros son de carácter genérico, así como también un grupo corresponde a la apreciación de la calidad de vida en adultos, en niños o adolescentes (Velaverde y Ávila, 2002), sin embargo, como se ha expuesto con anterioridad, pareciera que los trabajos en el área se orientan mayormente a la comprensión de la Calidad de Vida con relación a la salud, por lo que podría decirse que las poblaciones con ausencia de enfermedad se han descuidado en el área (Dueñas, Lara, Zamora y Salinas, 2005).

Respondiendo a las características de la muestra (personas bajo tratamiento por drogodependencias) en el presente trabajo se enfatiza la medida del constructo en dicha muestra con la utilización de la escala WHOQOL-Bref elaborada por la OMS (2005), y adaptada por Álviarez.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, definiendo el instrumento para la medición de la CV en el presente estudio y habiendo expuesto los conceptos sobre CV y Drogodependencias, a continuación se presenta la vinculación entre ambos conceptos.

4.4. Calidad de Vida y Drogodependencias.

Existe una inseparable vinculación entre el concepto científico de calidad de vida y la

experiencia personal vivida por cada persona. En este sentido, dicho concepto se refiere a las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones, y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se hallan inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales.

Profundizando un poco en el término, Nussbaum y Sen (1996) lo considera como el conjunto de evaluaciones que cada persona hace en relación a cada uno de los dominios de su vida actual, pudiendo abarcar un complejo número de dimensiones a considerar (la vida completa), cuyo peso de cada dimensión es variable entre los individuos y/o grupos, y cambiante a través del tiempo. Como ejemplo, se presenta la salud física, la cual resulta de mayor importancia para un enfermo que para quien goza de buena salud, por lo que, los déficits, las carencias, representan en general los impulsores de las aspiraciones, de la actividad humana, en orden de la consecución de los objetivos y metas que mitiguen las ideas.

En el ámbito de los trastornos adictivos, el concepto de calidad de vida representaría la percepción subjetiva de los pacientes sobre su nivel de bienestar y funcionalidad, en relación a su situación física, emocional (mental) y social, y al desempeño de actividades de vida cotidiana

La dependencia a una sustancia se caracteriza por una adaptación psicológica, y/o fisiológica, consecuencia del consumo reiterado de dicha sustancia. A medida que se establece la dependencia, el consumo se hace cada vez más necesario para evitar el síndrome de abstinencia. Por otro lado, a medida que pasa el tiempo se produce la necesidad de ir aumentando la dosis con el fin de alcanzar los efectos iniciales, ya que se produce una disminución progresiva de los efectos de su consumo.

El drogodependiente por el consumo reiterado de sustancias tóxicas será víctima de una deficiencia social: pérdida de habilidades, de una estructura o función, dependiendo de las sustancias consumidas, por lo que adquiere una discapacidad, restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad. Así como una minusvalía social: situación desventajosa

tanto social como laboral, consecuencia de esa deficiencia adquirida y por la discapacidad social que limita o impide el desarrollo y desempeño de un rol sociolaboral, siendo calificado como apartamiento social en el caso de los consumidores de sustancias tóxicas.

De igual forma, la drogodependencia afecta a aspectos físicos y psicológicos del individuo, a la salud en general, por lo que es considerado una enfermedad, contando con un aspecto peculiar: la decisión sobre el consumo y la responsabilidad del individuo son vitales, tanto en las situaciones de inicio, como en el mantenimiento y en el posible tratamiento.

El consumo de drogas es una pérdida de calidad de vida, pero también se convierte en un hecho diferencial con relación a quienes no son consumidores. El adicto vive la vida a través de la sustancia y adquiere sin saberlo el rol de drogodependiente, perdiendo su lugar/espacio en la sociedad, siendo exiliado, apartado, separado y minusvalorado socialmente

Al ser la drogodependencia una situación patológica en sí misma, el drogodependiente puede afectar su Calidad de Vida en los diferentes ámbitos que la componen. En relación al ámbito social por presentar reacciones antisociales, el drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible para conseguirla, repercutiendo en hechos delictivos, así como impulsividad, agresividad, entre otros. En cuanto a la salud física, puede presentar déficit de actividad, con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, así como infecciones y disminución de las defensas, ya que la vía de administración es un factor de riesgo para infección como hepatitis, VIH, entre otros, al igual que la disminución de los hábitos de autocuidados como alimentación, ejercicio físico, higiene personal y horas de descanso apropiados.

Por lo tanto, los tratamientos para personas con drogodependencia, consideran consolidar niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social, tratando aspectos tanto personales como de mejora de la salud, a desarrollar entornos de convivencia, y un aumento en la CV. En este sentido, se mantiene la premisa de que elevados niveles de percepción de CV dentro del tratamiento, o posterior al tratamiento, son indicadores de adherencia al tratamiento y abstinencia del consumo.

Iraurgi, Casas, Celorio y Díaz-Sanz (1999) estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud en un programa de mantenimiento con metadona (PMM), el estudio fue descriptivo de corte transversal, su muestra fue de 40 sujetos dependientes a opiáceos que iniciaron un PMM en un centro de salud, fueron evaluados en las áreas siguientes: calidad de vida relacionada con la salud, bienestar psicológico, estrés, sintomatología y problemas relacionados con el ámbito toxicológico. Los resultados que obtuvieron en cuanto al nivel de calidad de vida es relativamente aceptable, con altas puntuaciones en aspectos emocionales (ansiedad – estrés) y una mala percepción de la salud. Por otro lado, refieren que la calidad de vida estaría íntimamente relacionada con el nivel de sintomatología que presente el sujeto, y en menor medida con la seropositividad a VIH o los años de consumo

Ruiz de Apocada, Martínez, Gutiérrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994) estudiaron la calidad de vida y autopercepción de salud en adictos a heroína en tratamiento con metadona, en 64 sujetos y 45 familiares desde enero de 1992 hasta mayo de 1993. Este estudio explora como la vida diaria y como el apoyo químico con metadona fue asociado con cambios en las actividades y calidad de vida, tanto percibidas en los pacientes como sentidas por sus familiares. Establecieron unas medidas de bienestar general, estado de salud percibido y calidad de vida para valorar dichos cambios. Encontraron sustanciales cambios en dirección positiva en las medidas establecidas en los primeros seis meses de tratamiento, que aumentan ligeramente en los posteriores meses de tratamiento y que se mantuvieron en el tiempo.

Ruiz de Apocada, Martínez, Gutiérrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994) investigaron la calidad de vida relacionada con la salud de 49 heroínómanos que llevaban 4 años de tratamiento en un Programa de Mantenimiento con Metadona en Austria. Hallaron que los pacientes mostraron una calidad de vida moderada, peor en las escalas del componente mental que en las del componente físico, siendo correlacionada la calidad de forma inversa con la gravedad de la adicción.

En la investigación realizada por Martínez, Munera y Becoña (2013) se halló que en relación al área social, específicamente la dinámica familiar, se ha podido constatar que el apego tiene la capacidad de predecir en sentido negativo el nivel de CV autopercebido, lo que

denota la importancia que tiene la percepción de la dinámica familiar de personas drogodependientes. El hecho de que un mayor apego correlacione de forma negativa con la CV demuestra que una interacción más estrecha entre los miembros de la familia somete probablemente al paciente a una situación de constante exposición de sus deficientes habilidades relacionales, ya que presentan menos capacidad empática y más dificultad para relacionarse con otras personas. Dichos resultados enfatizan en la necesidad de cuidar particularmente el tipo de relación familiar en cada paciente, porque según esto, en algunos casos el distanciamiento del paciente con sus familiares podría favorecer la evolución del paciente.

La calidad de vida relacionada con la salud es un intento, pues, de evaluar el resultado funcional del impacto subjetivo de enfermedad y de su eventual tratamiento sobre un individuo concreto, que se convierte en su propio control comparativo. Aunque tiene una indudable relación con las discapacidades del sujeto y son parámetros que pueden interactuar, conviene recordar que son distintos. Por otro lado, los problemas derivados del consumo de drogas ilegales son variados y, muchos de ellos, con graves consecuencias para la salud, que conllevan importantes deterioros en la calidad de vida.

4.5. Asesoramiento Psicológico, Calidad de Vida y Drogodependencias.

El asesoramiento psicológico busca “descubrir el potencial de cada sujeto y ver que cada uno tenga su oportunidad para desarrollar ese potencial al máximo en lo que mejor pueda ofrecer a sí mismo y al mundo”. (Tyler, 1978, p.87) a su vez lo considera como un proceso que intenta facilitar la toma de decisiones de forma tal que puedan ser consideradas como inteligentes o las más apropiadas para el individuo, acorde a sus circunstancias, de las cuales depende el futuro de la persona.

Por su parte Casado (1995) indica que, siempre que las condiciones ambientales permitan y posibiliten la satisfacción de las necesidades, la orientación podrá contribuir al desarrollo del individuo mediante el asesoramiento para la toma de decisiones. La intervención del asesor puede ser en el orden de lo individual o grupal, a su vez el asesor psicológico en la búsqueda

de potenciar las habilidades de las personas asume principalmente tres roles, los cuales son distintitos pero complementarios entre sí:

- Rol correctivo o de rehabilitación: Ayudando a las personas a lidiar y superar las dificultades actuales.
- Rol preventivo: Anticipando las dificultades futuras.
- Rol educativo y de desarrollo: Potenciando el aprovechamiento u obtención del máximo beneficio de las experiencias del individuo.

El asesor psicológico, puede intervenir de manera individual con la utilización de técnicas comunicacionales y de entrevista Egan (1983), a su vez cuenta con la capacitación para la intervención grupal, la cual le permite identificar los factores que distorsionan la comunicación y el clima grupal, entre otros (Sánchez, 2002) .

Desde la perspectiva de la rehabilitación de las drogodependencias es necesaria la intervención grupal, entendiendo al grupo como una pluralidad de individuos que se hallan en contacto unos con otros y que tienen conciencia de cierto elemento común de importancia para todos. (Olmsted, 1976). Y, para evaluar y determinar las necesidades reales de la sociedad, Gómez-Vela y Sabeh (2000) exponen los beneficios que se desprenden de emplear un estudio de Calidad de Vida.

De acuerdo a Morakis, Baltasar, Brito, y Castellanos (2008) cuando se habla de prevenir el consumo de sustancias, es importante el abordaje desde las instituciones, en el caso de la Universidad Central de Venezuela la Red Ucevista de Preventores en Drogas se enmarca dentro de un programa complejo que se articula en los siguientes niveles:

- Asignaturas electivas y obligatorias que forman parte del diseño curricular en la formación profesional.
- La acción de docencia y extensión de las 120 horas de servicio comunitario.

Bajo este concepto la Red Ucevista de Preventores cumple distintitos roles tales como: Brindar talleres informativos, capacitación de personal en el área de la prevención y el

establecimiento de estadísticas sobre el consumo de sustancias en poblaciones específicas, tal es el caso del estudio de la percepción de riesgo de consumo en estudiantes universitarios, llevado a cabo en el 2009 por dicha organización.

El psicólogo asesor dentro de una Comunidad Terapéutica se puede encargar de supervisar la evolución grupal desde la teoría de las Dinámicas de Grupo, identificando factores como la membresía, sentido de pertenencia, jerarquía y cada uno de los roles que ejercen los pacientes dentro del grupo terapéutico. De igual forma, evalúa para poder intervenir en cualquier circunstancia y redireccionar las fuerzas de cohesión social en función de los objetivos terapéuticos. Funge también como modelo de conducta, interviniendo tanto en los aspectos de motivación al cambio así como también en la dinámica familiar de los pacientes, por medio de la orientación familiar.

Según Miller y Rollnick (1999) la estructura motivacional del sujeto drogodependiente es un aspecto fundamental a intervenir de las conductas adictivas, para que pueda darse el debido cumplimiento en la estructura terapéutica, previniendo así posibles abandonos y recaídas en el consumo. Según Ovejero (2000), la persona drogodependiente suele tener problemas motivacionales y de autoestima, asumiendo su identidad individual directamente asociada con el consumo de drogas, por lo que la intervención terapéutica debe estar orientada a reestructurar algunos aspectos de dicha identidad individual tales como la autoestima y el auto concepto.

Se considera entonces, que el realizar estudios que amplíen el conocimiento sobre la percepción de la Calidad de Vida que tienen un grupo de personas en tratamiento por drogodependencias bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento, permite obtener datos actualizados en relación a la efectividad de los programas de intervención, surgiendo de la premisa que un alto nivel de CV se refleja en alta adherencia al tratamiento y bajo índice de recaídas.

Finalizando la fundamentación teórica de la presente investigación, se presenta a continuación el marco metodológico.

V. MARCO METODOLÓGICO

En el presente apartado se expone la metodología empleada para el alcance de los objetivos establecidos, abarcando el tipo y diseño de investigación, definición de las variables de interés, población, muestra, tipo de muestreo y criterio de inclusión del estudio, los instrumentos de medición de la variable y los materiales y procedimientos para la elaboración del presente estudio.

5.1. Tipo de Investigación:

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003) la presente investigación cumple con las características propias a un estudio de tipo *descriptivo* debido a que tiene como propósito el evaluar y describir, las propiedades importantes o más particulares de la variable en estudio.

Los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información, para así poder especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes, en forma independiente o conjunta, de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a un análisis de este tipo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

5.2. Diseño de Investigación:

En cuanto a las características del diseño de la investigación Hernández, Fernández y Baptista (2003) explican que la misma cumple con las condiciones de un estudio *no experimental*, debido a que no manipula las variables estudiadas, *transaccional* en acuerdo al número de momentos o puntos en los que se miden las variables (medición única) y *descriptivo* puesto que se plantea como objetivo describir las posibles diferencias significativas estadísticas entre las variables.

5.3. Análisis de Variables

5.3.1. Variables de estudio:

- Calidad de Vida

Definición Teórica: Percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (OMS, 2005).

Definición Operacional: Alude a la cantidad de respuestas con tendencia favorable hacia alguna de las 4 áreas que conforman la Escala World Health Organization Quality of Life-Bref (2005) distribuidas en 26 ítems, presentadas en una escala de 5 puntos, siendo correspondida a cada numeración una valoración constitutiva, siendo en el ítem 1: muy mala, mala, ni buena ni mala, buena y muy buena, en el ítem 2 y del 16 al 25: muy insatisfecho, un poco insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho y muy satisfecho, del ítem 3 al 6: en lo absoluto, poco, cantidad moderada, mucho y demasiado, del ítem 7 al 9: en lo absoluto, muy poco, moderadamente, mucho y extremadamente, del ítem 10 al 14: en lo absoluto, muy poco, poco, en gran medida y completamente, al ítem 15 corresponden las opciones: en lo absoluto, muy poco, moderadamente, mucho y extremadamente, y al ítem 26 corresponden las opciones: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente y siempre.

- **Drogodependencia:**

Definición Teórica: Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (OMS, 1994)

Definición Operacional: Si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes: deseo o compulsión de consumir la sustancia, disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo, síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones y persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

5.3.2. Variables Seleccionadas:

- **Sexo:** es la condición biológica y social que clasifica a las personas en hombres (masculino) y mujeres (femenino), según sus órganos de reproducción sexual y los roles que ejerce en la sociedad.

- Edad: es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento de la evaluación de mismo, presentado en años.
- Centro Asistencial: es el espacio físico en el cual se encuentran los sujetos en las diferentes modalidades.
- Modalidad de Tratamiento: es el grupo al cual pertenecen dentro de las Comunidades Terapéuticas.
- Tipo de Consumo: hace referencia a la cantidad de sustancias que consumían los sujetos, siendo consumidor (una) o policonsumidor (varias)
- Número de Tratamientos: es la cantidad de veces que los sujetos han ingresado para participar en las Comunidades Terapéuticas.
- Estrato Social: es la clasificación de la población según las características culturales, sociales, económicas y de vivienda, determinadas por las relaciones entre los individuos que la componen y su estructura económica.

5.3.3. Variables Controladas:

En el proceso de aplicación de la escala WHOQOL-Bref (2005) se garantizó que todas las escalas fueran iguales para todos los sujetos, así como también se aseguró que todos los participantes recibieran bolígrafo para el registro de sus respuestas, así como la disponibilidad de un lugar con iluminación y temperatura apropiada para rellenar la escala.

De igual forma, se determinó como requisito indispensable encontrarse interno en uno de los Centros de Rehabilitación seleccionados, o haber egresado de alguno de los mismos.

5.3.4. Variables No Controladas:

Durante el desarrollo de las aplicaciones de la escala WHOQOL-Bref (2005) no se controlaron variables vinculadas a las características psicofísicas de los sujetos, éstas

entendidas como cansancio, hambre, sed, sueño o que las respuestas de los mismos estuviesen influidas por la discapacidad social.

5.4. Población

La población estuvo representada por sujetos que se encuentran en modalidad Comunidad Terapéutica, Seguimiento o Ambulatorio de seis Centros de Rehabilitación: Claret, Humana, Harmonía, UDAF y FUNDARIBAS, ubicados en La Gran Caracas (Alcaldía Baruta, Alcaldía Libertador y Alcaldía Sucre) y Nueva Esparta, para llevar a cabo la aplicación de la escala World Health Organization Quality of Life – Bref (2005).

5.5. Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 113 sujetos de ambos sexos, 88% masculino y 12% femenino, de edades comprendidas entre 18 y 67 años, en modalidad Comunidad Terapéutica, Seguimiento y Ambulatorio de los centros Claret, Humana, Harmonía, Unidad De Atención al Farmacodependiente (UDAF) y José Félix Ribas (FUNDARIBAS), ubicados en La Gran Caracas y Estado Nueva Esparta.

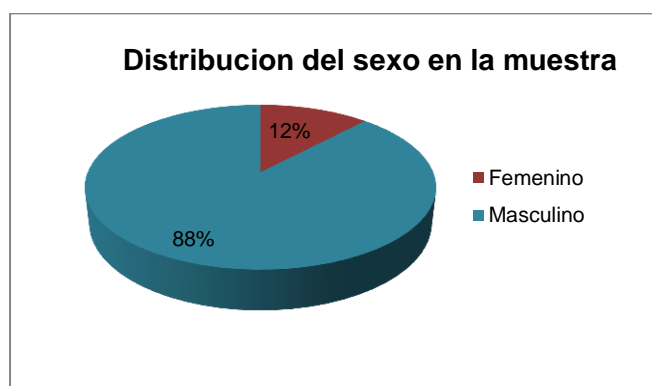


Figura 1. Distribución del sexo en la muestra

5.6. Tipo de Muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico o dirigido, el cual hace referencia a la selección de un subgrupo de la población en la que los elementos no están sujetos a la probabilidad si no a las características de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Por lo tanto, se tomó toda la muestra disponible y existente en cada modalidad de tratamiento de los centros

Claret, Harmonía, Humana, UDAF y FUNDARIBAS.

5.7. Criterio de Inclusión

Personas que se encuentren bajo tratamiento por drogodependencias en las modalidades Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento en los siguientes centros: Claret, Harmonía, Humana, UDAF y FUNDARIBAS.

5.8. Instrumentos de Medida

5.8.1. Escala World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF):

El proyecto de estudio de la Calidad de Vida, denominado “WHOQOL” fue iniciado en el año 1991 por la Dirección de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, con el cual se pretendía obtener un método de evaluación de la calidad de vida, cuya aplicación y resultados fuesen válidos en diferentes culturas. Inicialmente el proyecto alcanzó el apoyo de quince centros alrededor del mundo, entre los cuales se presentan Australia, Croacia, España, Francia, Holanda, India, Israel, Zimbabue, entre otros, así como la colaboración de individuos con diferentes culturas y diferentes condiciones laborales (con o sin trabajo) y de salud (con o sin enfermedades) de quienes se consideraron las opiniones para la elaboración de la primera Escala del “WHOQOL”, la cual consta de 100 ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general y cada uno presente 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales; y de 24 facetas, siendo cada faceta representada por 4 preguntas.

La OMS ha dirigido el desarrollo de las escalas “WHOQOL” tomando en cuenta los siguientes criterios (University of Melbourne, 2007):

- Responder a la importancia de la evaluación integral de la calidad de vida, considerando insuficiente tomar en cuenta únicamente los indicadores de la salud física.

- Tomar en cuenta la evaluación subjetiva de los individuos, siendo que la calidad de vida se encuentra influida por las expectativas que tienen las personas sobre la misma.

- Se enfatiza en la importancia de explorar diversas facetas de la calidad de vida para mayor exactitud en la evaluación global de ésta, procurando que las escalas desarrolladas se mantengan sensibles a las variaciones que existen entre las diferentes circunstancias, capacidades, discapacidades y relaciones sociales que poseen los sujetos.

- Responder al creciente énfasis en las perspectivas globales en el cuidado de salud, surgiendo la necesidad de introducir el desarrollo de medidas internacionales.

- Promover grupos de discusión para garantizar la sensibilidad cultural y hacer hincapié en la importancia del idioma, por lo que se han incluido grupos monolingües y bilingües en los procesos de traducción para asegurar la equivalencia de las diferentes versiones y el mantenimiento de la semántica.

Desde la perspectiva de estos objetivos, el WHOQOL-Bref fue desarrollado por la OMS en base a la información disponible del WHOQOL-100, obteniendo una escala con un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno, las cuales son utilizadas para valorar intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación.

Para el análisis de los principales componentes se empleó Rotación Varimax dividiendo aleatoriamente la muestra por la mitad ($n=2056$). El 58% de la varianza fue explicado por los cuatro factores que arrojaron valores superiores. El primer factor abarca aspectos relacionados con la dimensión física e independencia, reflejando el dominio de capacidad física; el segundo factor incluye todos los aspectos relacionados con la dimensión de ambiente; el tercer factor engloba el área de espiritualidad y tres aspectos psicológicos, y el cuarto factor comprende todos los aspectos relacionados con la imagen corporal y las relaciones sociales. Así también, se seleccionaron los cuatro factores ya que el aspecto relacionado con la calidad de vida en general carga en todos los factores. Basados en estos análisis, el modelo de los cuatro factores

se muestra en términos de “grado de ajuste” superior al modelo de los seis factores, tanto para las poblaciones sanas como las enfermas.

Para establecer las normas para la población del WHOQOL-Bref, obtener información sobre la estructura interna del instrumento (estructura de los factores y consistencia interna de las dimensiones), más las indicaciones sobre la validez discriminante y de constructo, se realizó el estudio de Validación Vitoriano, con personas de diferentes estatus socioeconómicos de Melbourne y en pacientes de varios hospitales del mismo estado. Así también, se halla un estudio internacional de esta versión, donde reunieron información de los 24 centros WHOQOL representantes de 23 países alrededor del mundo, con lo cual encontraron que el Alpha de Cronbach fue constantemente alto para las dimensiones 1, 2 y 4 (superiores a 0.75), y ligeramente menor para la dimensión 3 (en un rango entre 0.55 y 0.74). De la misma manera, la Investigación Longitudinal sobre los resultados del estudio de la depresión (LIDO), suministró las indicaciones de consistencia interna, confiabilidad, test- retest, validez de constructo, validez discriminante y sensibilidad de cambio de la WHOQOL-Bref. (Nelson y Lofty, 1999 c.p. Alviarez, 2009)

La WHOQOL-Bref fue diseñada para ser auto-administrada, pero puede ser aplicada por un entrevistador si es necesario. El grupo de coordinación de la WHOQOL sugiere que corresponde a un lapso de aproximadamente 5 minutos la autoadministración para personas “sanas” y alfabetos (as), mientras que con la administración de un entrevistador se requieren de 15 a 20 minutos. El Grupo WHOQOL indicó que para ambas aplicaciones de las escalas elaboradas por los mismos, se les debe ofrecer a los participantes un lugar tranquilo para completarlas, libre de distracciones e influencias de otras personas. Los ítems deben responderse en el orden en los cuales aparecen en la misma, así como siempre debe incluirse la primera página, la cual contiene breves instrucciones y ejemplos sobre cómo responder los ítems.

Esta escala ha sido estudiada utilizando muestras conformadas por personas sanas y enfermas, con un rango de edad entre 12 y 97 años, representando una medida de la Calidad de Vida que toma en consideración diferentes situaciones y grupos de población, produciendo

puntuaciones en torno a las siguientes dimensiones (OMS, 2005):

Tabla 2.

Dimensiones de la Escala WHOQOL-BREF

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE-BREF (2000)	
DIMENSIONES	FACETAS
Física	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor y malestar. ➤ Energía y fatiga. ➤ Dormir y descansar.
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimientos positivos. ➤ Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. ➤ Autoestima. ➤ Imagen corporal y apariencia. ➤ Sentimientos negativos.
Relaciones Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relaciones interpersonales. ➤ Apoyo social. ➤ Actividad sexual.
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad física y cuidado. ➤ Entorno familiar. ➤ Recursos financieros. ➤ Salud y cuidado social: Disponibilidad y calidad

Fuente: World Health Organization (2005)

A continuación se detalla cada una de las dimensiones y facetas de la Escala WHOQOL-BREF.

- *Dimensión física*

1. Dolor y malestar.

Esta faceta explora sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y, la forma en que estas sensaciones son estresantes e interfieren con la vida. Las preguntas en esta

faceta incluyen el control que tiene esta persona sobre el dolor y la facilidad con la que puede alcanzar el alivio. La asunción realizada de que es más fácil revivir desde el dolor y temer menos al dolor tiene sus efectos en la Calidad de Vida. Similarmente cambios en los niveles de dolor pueden ser más dolorosos que el dolor propiamente dicho. Aun cuando una persona no percibe realmente el dolor, ya sea tomando drogas o por la propia naturaleza del mismo, su Calidad de Vida puede ser afectada por el constante tratamiento del mismo. Si las personas responden al dolor de forma diferente y difiere la tolerancia de aceptación de éste, por lo que varía el efecto que tiene este impacto sobre la calidad de vida.

Se toma en cuenta sensaciones físicas desagradables así como la rigidez, dolores crónicos y de poca duración, e incluso picazón. El dolor puede ser juzgado si una persona reporta presentarlo, aún si no existe una razón médica para esto.

2. Energía y fatiga.

Explora la energía y el entusiasmo que una persona desarrolla para llevar a cabo tareas necesarias de la vida diaria y una rutina, así como también la ejecución de actividades recreativas. Esto puede extenderse hasta reportes de discapacidad por agotamiento de acuerdo a los niveles de energía que realmente sienten. El cansancio puede ser resultado de un gran número de causas, por ejemplo enfermedades, problemas de depresión o sobreesfuerzo.

El impacto de la fatiga en las relaciones sociales, el incremento de la dependencia en otros por fatiga crónica y toda razón de ésta se encuentra fuera del alcance de la escala, sin embargo esto se encuentra implícito en las preguntas concernientes a las facetas específicas de actividades diarias y relaciones interpersonales.

3. Dormir y descansar.

A esta faceta le concierne qué tanto se duerme y descansa, y cómo los problemas en esta área afectan la calidad de vida en las personas. En cuanto a los problemas para dormir se incluye la dificultad para ir a dormir, despertarse durante la noche o prematuramente en la mañana y la capacidad de volver a dormirse y descansar durante el sueño.

El foco de esta faceta se encuentra en si el sueño resulta perturbador o no; bien siendo esto por cualquier razón, relacionado con la persona o el medio ambiente. De igual forma, no incurren en aspectos específicos del sueño como si la persona ingiere pastillas para dormir, lo cual es cubierto en una faceta separada.

- *Dimensión Psicológica*

4. Sentimientos Positivos

Se compone de qué tanto una persona experimenta sentimientos positivos de alegría, felicidad, paz, esperanza, balance, placer y disfrute de las cosas buenas de la vida. Se considera de suma importancia en esta faceta el punto de vista del sujeto y sus sentimientos acerca del futuro. Para los respondientes, esta faceta es sinónimo de Calidad de Vida. De igual forma, no se incluyen sentimientos negativos dentro de la faceta, ya que se toman en cuenta en otra.

5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Explora el punto de vista de una persona sobre sus pensamientos, memoria, aprendizaje, concentración y habilidad para la toma de decisiones. Se incorpora la velocidad y claridad del pensamiento. Incluye preguntas cómo si una persona se encuentra despierto, consciente o alerta, y la base de estas ideas, memoria y concentración. Se reconoce que algunas personas pueden no estar conscientes de sus dificultades cognitivas, por lo que en estos casos resulta pertinente realizar evaluaciones adicionales para la valoración subjetiva de la persona; un problema similar resulta la resistencia a admitir dificultades en esta área.

6. Autoestima

Examina cuales son los sentimientos de la persona sobre sí misma. Abarca los sentimientos positivos, así como los extremadamente negativos en relación a sí mismos. Se examina la valoración que se posee como persona. Incluye los sentimientos que tiene cada persona sobre su autoeficacia, control y satisfacción consigo misma. Las preguntas de esta faceta se presentan en diferentes rangos: su habilidad de cambiar o adaptarse a tareas específicas o comportamientos; su capacidad de llevarse bien con otras personas; su educación; las relaciones familiares; y su sentido de auto-aceptación y dignidad. En algunas personas, su

autoestima depende ampliamente de su funcionamiento en el hogar, en el trabajo y como los perciben los demás. En algunas culturas la autoestima es en menor grado la estima individual, y en mayor grado la que se posee dentro de la familia. Por lo tanto, dependiendo de sus significados y posiciones en la vida, las preguntas son interpretadas de diferentes formas por los respondientes.

Esta faceta no incluye preguntas que hagan alusión a la imagen corporal o relaciones sociales, ya que éstas son examinadas en otras áreas. Sin embargo, si bien el sentido de autovaloración viene dado también por éstas áreas, son cubiertas en un nivel más general. Se reconoce que algunas personas tienen dificultades para hablar al respecto, por lo que las preguntas procuran tomar este factor en cuenta.

7. Imagen corporal y apariencia.

Explora el punto de vista de la persona sobre su propio cuerpo. Se incluye si la apariencia del cuerpo es vista de forma positiva o negativa. El foco está en la satisfacción de la persona con la forma en que luce y los efectos de esto en su auto-concepto. La faceta incluye si perciben o existen realmente impedimentos físicos que se puedan corregir (ej.: vestuario, maquillaje, prótesis, etc.).

La enunciación de las preguntas pretende fomentar que las personas respondan cómo se sienten realmente más que la forma como piensan que deberían responder. Se considera también que la forma como otras personas responden a la apariencia del sujeto afecta considerablemente su auto-imagen corporal. Además, las preguntas se formulan de manera que abarquen si la persona se siente feliz con la forma en que luce así como también incluye a quienes tienen alguna discapacidad física severa.

8. Sentimientos negativos

La faceta examina que tanto la persona experimenta sentimientos negativos, incluyendo desánimo, tristeza, llanto, culpa, desesperación, ansiedad, nerviosismo y pérdida de placer en la vida. Se incluye la consideración de cómo los sentimientos negativos y dolorosos impactan en el funcionamiento diario de la persona. Las preguntas se formulan de manera que incluyan

a las personas con depresión, manía o ataques de pánico.

No incluye detalles con relación a la gravedad de los sentimientos negativos. Las preguntas tampoco exploran el déficit de concentración o la relación entre los afectos negativos y su impacto en las relaciones sociales de la persona dado que estos aspectos son cubiertos en otra área.

- *Dimensión Relaciones Sociales*

9. Relaciones Interpersonales

Examina la manera en que las personas sienten el compañerismo, el amor y el deseo de afianzar relaciones íntimas en su vida. También se ocupa del compromiso, la experiencia actual y el ofrecimiento de cuidado a otras personas.

Las preguntas incluyen si una persona siente satisfacción al cuidar a otro, o si esto implica un problema para sí mismo. Esta implícita dentro de la faceta, la posibilidad de que el cuidado al otro resulte una experiencia positiva o negativa. Se incluye la habilidad y oportunidad de amar, de ser amado e intimar con otros, física y emocionalmente. Se extiende a aquellas personas que siente que pueden compartir momentos tanto de felicidad como de angustia con un ser amado. Abarca también los aspectos físicos de intimidad tales como abrazarse y tocarse, siendo de reconocerse que esta faceta probablemente se superpone considerablemente con la intimidad en el sexo, la cual es cubierta por la faceta de Actividad Sexual.

También se ocupa de todos los tipos de relaciones amorosas, como una estrecha amistad y matrimonios tanto para parejas homosexuales como heterosexuales.

10. Apoyo Social

Explora que tanto compromiso siente una persona, aprobación y disponibilidad de los familiares y amigos para ofrecer asistencia. Las preguntas examinan qué tanto los familiares y amigos comparten la responsabilidad y el trabajo mutuo para resolver los problemas familiares y personales. El foco de la faceta radica en qué tanto una persona siente el apoyo de su familia y amigos, particularmente en qué medida podría depender de este apoyo en una crisis.

Se incluye qué tanto una persona siente que recibe la aprobación y estímulo de la familia y amigos. El rol potencialmente negativo de los amigos y familiares de la persona es incluido en esta faceta y las preguntas están formuladas de manera que puedan ser registrados los abusos físicos y verbales.

11. Actividad sexual

Examina el instinto y deseo sexual de una persona, y se extiende a la capacidad de expresar y disfrutar este deseo sexual apropiadamente. El deseo sexual y la intimidad para muchas personas se encuentran entrelazados. Sin embargo, las preguntas incurren únicamente en el impulso sexual, expresión y cumplimiento sexual. Las preguntas no incluyen sentencias de valoración en torno al sexo; se orientan únicamente a la influencia de la actividad sexual en la Calidad de Vida de la persona. De esta forma, la orientación sexual de la persona y sus prácticas sexuales no son relevantes en sí misma; el foco de esta faceta es más bien el deseo de éste, la expresión, la oportunidad y el cumplimiento del acto sexual.

- *Dimensión Entorno*

12. Seguridad física y cuidado

Explora la sensación de una persona sobre su cuidado y seguridad ante cualquier daño físico. Se relaciona directamente con la sensación de libertad de la persona. Las preguntas se hallan formuladas de forma que las respuestas agrupen desde las personas que tienen la oportunidad de vivir sin limitaciones, hasta las que se encuentran en una zona donde se sienten inseguros y oprimidos.

Esta faceta tiene particular significado para aquellos grupos de víctimas de desastres, las personas con profesiones peligrosas, personas sin hogar, relacionados con delincuentes y víctimas de abuso. Las preguntas incluyen que tantos recursos de protección piensa una persona que tiene y que pueden protegerlo o proteger su sensación de seguridad. Se enfatiza la medida en que la Calidad de Vida se puede ver afectada por los sentimientos de seguridad o falta de cuidado, seguridad o inseguridad.

13. Entorno familiar

Esta faceta explora el principal lugar donde vive la persona, y la forma en la que éste impacta en la vida de la persona. Se evalúa la calidad del hogar en base a la comodidad y el ofrecimiento de un lugar seguro para que la persona resida.

Se incluyen de forma implícita otras áreas, como: cantidad de espacio disponible, cantidad de personas, oportunidad de privacidad, limpieza, asequibilidad (corriente de agua, electricidad, lavabo) y la calidad de la construcción del espacio físico (como humedad o fugas en el techo)

Para la Calidad de Vida es importante la calidad de la vecindad inmediata, por lo que las preguntas incluyen referencia a las vecindades inmediatas. Las preguntas se formulan de forma que incluyan la palabra “hogar”, en donde viven con sus familias, o que puedan hacer referencia a su vez a refugios o lugares en donde no se viva con las familias.

14. Recursos financieros.

Examina el punto de vista de la persona sobre sus recursos financieros (y otros recursos canjeables), extendiéndose a los recursos que satisfacen las necesidades de salud y comodidad en el estilo de vida. Las preguntas incluyen la sensación de satisfacción/insatisfacción con los ingresos, así como lo que le permite adquirir, y el sentimiento de poseer suficiente.

La evaluación se lleva a cabo independientemente del estado de salud o si la persona se encuentra empleada. El foco se encuentra en el impacto que tiene sobre la Calidad de Vida lo que la persona pueda proporcionarse.

15. Salud y cuidado social: disponibilidad y calidad

Explora el punto de vista de la persona en relación a la salud y el cuidado social en las vecindades cercanas, considerando “cerca” el tiempo que toma para obtener ayuda.

El foco se encuentra en la opinión de la persona sobre los servicios sociales y de salud. Las preguntas incluyen el punto de vista de la persona sobre la disponibilidad de los servicios

sociales y de salud, así como la calidad y exhaustividad del cuidado que recibe o expectativas que espera recibir de estos servicios que son necesarios. Las preguntas incluyen el apoyo voluntario de la comunidad (beneficencia), los cuales podrían ser el único sistema de cuidado y salud disponible en el entorno de la persona. Abarca también que tan fácil o difícil puede resultar el alcanzar servicios sociales o establecimientos de salud y llevar a familiares o amigos a dichas instalaciones.

16. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades

Esta faceta examina el deseo y la oportunidad de la persona de aprender nuevas habilidades, adquirir nuevo conocimiento y sentirse en contacto con lo que está sucediendo. Esto puede ser a través de actividades recreacionales, en grupo o solo, programas de educación formal y clases de educación para adultos. Incluye si la persona se siente en contacto y tiene noticias sobre lo que está sucediendo, lo cual puede variar; para algunas personas es amplio (las “noticias mundiales”) para otros es más limitado (chismes de pueblo).

Se considera que en la Calidad de Vida de las personas tienen cierta importancia la posibilidad que tiene una persona de cubrir su necesidad de información y conocimiento, lo cual puede referirse a conocimiento en el sentido de la educación, o noticias regionales, nacionales o internacionales. Las preguntas se formulan de forma tal que sean interpretadas por los encuestados de acuerdo a la forma en la que esto sea relevante y significativo en la posición de su vida.

17. Participación en oportunidades de recreación y ocio.

Examina la capacidad de la persona, inclinación y oportunidades de participación en pasatiempos, relajación y ocio. Las preguntas incluyen todas las formas de recreación, pasatiempos y relajación que pueden incluir desde hacer deportes, leer, ver televisión, invertir tiempo con la familia y/o amigos, o no hacer nada.

El foco de las preguntas tiene tres aspectos: la capacidad de la persona, oportunidades de disfrute, y recreación y relajación.

18. Entorno físico (contaminación/ ruido/ tráfico/ clima)

Esta faceta explora el punto de vista de las personas en relación a su entorno. Incluye la contaminación, clima, ruido y estética general del entorno, si esto puede mejorar o afectar negativamente la Calidad de Vida. En algunas culturas ciertos aspectos del entorno, la disponibilidad de agua o la contaminación del aire pueden llegar a tener cierta incidencia en la Calidad de Vida.

Dentro de la faceta no se incluye el entorno familiar o transporte, dado que estos aspectos son cubiertos en facetas separadas.

19. Transporte

Explora el punto de vista de la persona en relación a que tan disponible o fácil el resulta encontrar y utilizar los servicios de transporte para moverse. Sin embargo, las preguntas no incurren en el tipo de transporte ni en los medios que utiliza la persona para moverse. Además, la movilidad de la persona está incluida en otras áreas.

El foco de la pregunta es la forma en que la disposición de transporte le permite a la persona realizar sus tareas necesarias de la vida cotidiana, así como también la libertad para elegir actividades a realizar.

Estas cuatro dimensiones se han considerado más apropiados para la WHOQOL-Bref, debido a que se muestra superior al modelo de los seis factores en términos de “grado de ajuste”, tanto para las poblaciones sanas como las enfermas. Fue desarrollada en base a la información disponible sobre la WHOQOL-100 en todos los centros WHOQOL coordinados por el centro de Ginebra. La Whoqol-Bref Australiana contiene un ítem de cada una de las 24 dimensiones contenidas en la WHOQOL-100, más dos ítems de las dimensiones Calidad de Vida global y salud en general. Dicha versión corta ha resultado ser la preferida por muchos investigadores, especialmente cuando el estudio requiere de repetir medidas, cuando los respondientes tienen dificultades para completar la versión larga, en estudios epistemológicos y en ensayos clínicos. De igual forma como se puntuó la WHOQOL-100, en una escala de 5

puntos, se puntúa la WHOQOL-Bref. (Alviarez, 2009).

En relación a los puntajes obtenidos a través de la escala WHOQOL-Bref, a través de la aplicación de la escala se pueden obtener dos puntajes de los ítems individuales correspondientes a la evaluación de calidad de vida y salud global (puntuadas en una escala del 1 al 5) y cuatro puntajes correspondientes a cada dimensión (puntuados en una escala del 0 al 100). Ambos puntajes se calculan en dirección positiva y se considera que valores elevados en los mismos indican alta Calidad de Vida. Para calcular los puntajes de los dos ítems individuales y las cuatro dimensiones, se lleva a cabo la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una de las preguntas incluyentes.

Para fines de la presente investigación, se empleó un Baremo de la escala, realizado por Fernández y Flores (2014), ya que las puntuaciones directas en la medición de un rasgo psicológico no tienen un significado preciso. El baremo se construyó con un grupo normativo que representó la muestra en la investigación de las autoras antes mencionadas, considerando que los ítems son puntuados en una escala de cinco (5) puntos y que además los puntajes que se obtienen de cada dimensión se puntúan en una escala del 0 al 100, el baremo se dividió en cinco (5) categoría, las cuales son:

Tabla 3.

Baremo de la escala WHOQOL-Bref

Categoría	Intervalo de Frecuencia
Muy Bajo	0-19
Bajo	20-39
Medio	40-59
Alto	60-79
Muy Alto	80-100

Fuente: Fernández y Flores (2014)

5.8.2. Método Graffar- Méndez Castellano

Es una escala que provee información sobre datos socio demográficos y estratificación social. Es un método empleado para estratificar socialmente a la población, y permite

evaluarla considerando las características sociales, económicas, culturales y de vivienda, las cuales se hallan determinadas por las relaciones entre los individuos y la estructura económica. Está compuesta por cuatro dimensiones: Profesión del Jefe(a) de la Familia, Nivel de Instrucción de la Madre, Profesión del Jefe(a) de la Familia y Condiciones de Vivienda. (Méndez y Méndez, 1999).

Cada variable posee cuatro categorías para elegir la que más se ajusta a la realidad del sujeto, selección que representa la puntuación que obtiene la persona en cada rango según la numeración que corresponde a la casilla respectiva.

El investigador que desea utilizar el método Graffar-Méndez Castellano debe conocer las excepciones y casos especiales para cada una de las variables, además de tomar en cuenta la naturaleza de las opciones de las mismas, garantizando así que la puntuación final resulte de la selección de las alternativas adecuadas.

Finalmente, para la obtención del estrato social del sujeto, se utiliza el siguiente baremo para clasificar su puntuación total:

Tabla 4.

Cálculo del Estrato Social

Total Valor Obtenido	Estrato Social	Denominación de Nivel
4, 5, 6	I	Clase Alta
7, 8, 9	II	Clase Media Alta
10, 11, 12	III	10-11 Clase Media 12-Clase Media Baja
13, 14, 15, 16	IV	Pobreza Relativa
17, 18, 19, 20	V	Pobreza Crítica

Fuente: Méndez y Méndez (1999)

Las ponderaciones 4, 5,6 corresponden al Estrato I, que reúne las máximas condiciones de una Alta Calidad de Vida. También puede llamarse clase alta. Las ponderaciones 7, 8,9 corresponden al Estrato II, el cual se diferencia del Estrato I en relación a los grandes lujos y

al no ser poseedores de los medios de producción como son el Estrato I. Se puede denominar clase media alta.

En relación al Estrato III, la Calidad de Vida desciende, correspondiendo a las puntuaciones 10, 11,12 y es denominado clase media baja.

Continúa el Estrato IV, en donde inicia la situación de pobreza relativa y puede definirse como clase obrera no desempleada y con determinado nivel de escolaridad, correspondiendo los puntajes de 13, 14, 15,16. Por último, el Estrato V se considera pobreza crítica, ya que implica un altísimo nivel de privación y son las ponderaciones 19 y 20.

Se considera de carácter obligatorio la aplicación de un cuestionario demográfico al finalizar la administración de la escala WHOQOL-Bref, ya que carece de una evaluación del área. Por este motivo, se empleó el Graffar- Méndez Castellano.

5.9. Contexto de Estudio

El estudio se realizó en seis (6) Centros Asistenciales, cuatro privados: Claret sede Margarita, Claret sede Caracas, Harmonía y Humana. Dos Centros Asistenciales públicos: UDAF y FUNDARIBAS. Específicamente en las modalidades de Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento, tomando en cuenta que no todos los Centros Asistenciales abarcan las diferentes modalidades, existiendo cinco (5) grupos de Comunidad Terapéutica, un (1) grupo de Ambulatorio y tres (3) grupos de Seguimiento.

5.10. Materiales

- Carta dirigida al director de cada uno de los centros de rehabilitación seleccionados, con el fin de solicitar la autorización para realizar la aplicación de los instrumentos a los sujetos que se encontraban en modalidad ambulatoria y comunidad terapéutica.
- Manual de la Escala World Health Organization Quality of Life-Bref.
- Manual y hoja de respuestas correspondientes al Método Graffar- Méndez Castellano.

- SPSS: Programa estadístico informático (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 17.0.

5.11. Procedimiento de la Investigación

En la presente sección se presentan los procedimientos que se llevaron a cabo durante el desarrollo de la investigación, con la finalidad de alcanzar los objetivos.

- En primer lugar se realizó el arqueo bibliográfico correspondiente a las variables de estudio Calidad de Vida y Drogodependencias, así como las escalas a utilizar ya seleccionadas, el WHOQOL-Bref y el método de estratificación social Graffar-Méndez Castellano.
- Se realizaron visitas a los Centros Asistenciales seleccionados para la aplicación de las escalas, solicitando por medio de cartas la autorización para la realización de la investigación en las mismas.
- Se procedió a realizar la recolección de datos mediante la visita a los Centros Asistenciales. Uno de los mismos estaba ubicado en el Edo Nueva Esparta, por lo que se realizó el viaje para hacer entrega de la solicitud de autorización y posterior aplicación del instrumento.
- Se analizaron los datos obtenidos a través del programa estadístico SPSS 17.0 y Excel.
- Se aplicó la Prueba Kruskal-Wallis para determinar diferencias significativas entre las mismas modalidades de tratamiento y entre las modalidades de los dos Centros Asistenciales públicos. Se incluyó la información arrojada entre Centros Asistenciales públicos, pese a no presentar diferencias significativas, ya que presentan características similares en cuanto al número de personas y la forma de estructura terapéutica.
- De igual forma, se aplicó la Prueba Kruskal-Wallis para determinar diferencias significativas entre todos los Centros Asistenciales privados, sin hallar diferencias significativas entre estos, por lo que dicha información no enriquecía la investigación y no fue incluido en la misma. Sin embargo, al comparar la modalidad Comunidad

Terapéutica se incluyen todos los Centros Asistenciales privados, al igual que en la modalidad Seguimiento.

- Por último, se realizó la discusión de resultados en base a lo arrojado por los análisis estadísticos, así como la conclusión, recomendaciones y limitaciones pertinentes.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En esta sesión se muestran los análisis estadísticos correspondientes a la recolección de los datos. En un primer momento, se encontrará la caracterización de la muestra general, según edad, sexo, tipo de consumo, distribución según tipo de sustancia de impacto, número de tratamientos, modalidad de tratamiento, tipo de centro y estratificación social. En un segundo momento se presenta la descripción de la muestra en cada Centro Asistencial. En un tercer momento, se describen los resultados cualitativos en relación a las Dimensiones presentes en la escala de WOQHOL-Bref según modalidad de tratamiento y Centro Asistencial. Y, en un cuarto momento, se detallan las comparaciones a través de la prueba psicométrica Kruskal-Wallis para determinar la existencia de diferencias significativas en las Dimensiones entre mismas modalidades, para finalizar con el cumplimiento de los objetivos de la investigación. Para el desarrollo de este estudio se empleó una muestra de 113 participantes, de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 y 67 años de edad.

6.1. Característica de la Muestra

A continuación se presenta la tabla donde se reflejan los estadísticos descriptivos en cuanto a la edad de la muestra, el sexo, el número de tratamientos en los cuales se ha participado, tipo de consumo, modalidad, tipo de centro y estrato social.

Tabla 5.

Estadísticos de la variable edad

EDAD		
N	Válidos	113
	Perdidos	0
Media		34,06
Moda		24
Mínimo		18
Máximo		67

Como se puede observar en la tabla 5, el rango de edad de los participantes oscila entre 18 y 67 años de edad, con una media de 34.06 y una moda de 24. Lo que significa que la edad promedio de las personas bajo tratamiento por drogodependencias es de 34 años de edad y la edad que más se repite es 24 años.

Tabla 6.

Estadísticos de la variable sexo.

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	100	88,5	88,5	88,5
	Femenino	13	11,5	11,5	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Como se observa en la tabla 6, el sexo con mayor porcentaje de participantes es el masculino, representado por el 88,5% de la muestra, a diferencia del femenino, la cual es representada por el 11,5% de la población.

Tabla 7.

Estadísticos según tipo de consumo.

	Tipo de Consumo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Consumidor	79	69,9	69,9	69,9
	Policonsumidor	34	30,1	30,1	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

En cuanto a la variable tipo de consumo, como se aprecia en la tabla 7, el 69,9% de los participantes son consumidores de una sola sustancia, mientras el 30,1% es clasificado como policonsumidor. Por lo tanto, se puede concluir que más de la mitad de la muestra es

clasificada como consumidora.

Tabla 8.

Distribución según tipo de sustancia de impacto.

Tipo de sustancia.		
		Frecuencia
Estimulantes	Cocaína	37
	Crack	26
	Bassuko	1
	Nicotina	6
Alucinógenas	Marihuana	32
	LSD	2
Depresoras	Alcohol	25
	Benzodiacepinas	5
	Jarabe Tos	3
	Codeína	3
	Barbituricos	1
	Propofol	1
	Heroína	17
Drogas de Diseño	Éxtasis	1
	Rohypnol	1
Ludopatía	Sin sustancia	161
Total		

En la tabla anterior se puede observar que las personas que admiten consumir alguna sustancia estimulante del sistema nervioso central se distribuyen en 37 para Cocaína, crack 26, nicotina 6 y bazuco 1; a su vez, 32 personas consumen alucinógenos como la marihuana y 2 de ellas consumen LSD; en relación a la distribución de los sujetos que consumen sustancias depresoras del sistema nervioso central se hallan 25 para alcohol, heroína 17, benzodiacepinas

5, jarabe para la tos 3, codeína 3, barbitúricos y propofol 1 respectivamente; con la misma cantidad de éstas últimas para las drogas de diseño como el éxtasis y el rohypnol, mientras que 2 personas presentan adicción a las apuestas (ludopatía).

Tabla 9.

Estadísticos según número de tratamientos.

Número de Tratamientos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válidos 1	57	50,4	50,4	50,4
2	29	25,7	25,7	76,1
3	16	14,2	14,2	90,3
4	3	2,7	2,7	92,9
5	2	1,8	1,8	94,7
6	1	,9	,9	95,6
7	1	,9	,9	96,5
8	2	1,8	1,8	98,2
12	1	,9	,9	99,1
21	1	,9	,9	100,0
Total	113	100,0	100,0	

En relación al número de tratamientos, como se observa en la tabla 9, se aprecia que haber participado en un solo tratamiento representa el 50,4% de la población, seguido por una participación en dos tratamientos con un 25,7%, una participación en tres tratamientos con un 14,2% de la muestra, en cuarta posición con cuatro tratamientos un 2,7% de la población, seguido por cinco tratamientos y ocho tratamientos representados por un 1,8% de la población cada uno, y por último, la participación en seis, siete, doce y veintiún tratamientos representados por 0,9% de la población cada uno. Por lo tanto, se puede concluir que el 76,1% de los sujetos ha participado entre uno y dos tratamientos por drogodependencias.

Tabla 10.

Estadísticos según modalidad de tratamiento

	Modalidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Comunidad Terapéutica	67	59,3	59,3	59,3
	Seguimiento	36	31,9	31,9	91,2
	Ambulatorio	10	8,8	8,8	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Como se observa en la tabla 10, la modalidad con mayor frecuencia es Comunidad Terapéutica con un 59,3% de la muestra, luego le sigue la modalidad de Seguimiento con un porcentaje de 31,9% y, por último, Ambulatorio con la menor frecuencia igual a 8,8% de la muestra. Por lo tanto más de la mitad de los participantes pertenecen a la modalidad Comunidad Terapéutica.

Tabla 11.

Estadísticos según tipo de centro.

	Tipo de Centro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Privado	96	85,0	85,0	85,0
	Público	17	15,0	15,0	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Como se puede detallar en la tabla 11, los centros privados representan el 85% de la muestra, a diferencia de los centros públicos, los cuales representan el 15%. Lo cual significa que más de la mitad de la muestra pertenece a centros privados.

A continuación, se presentan los gráficos que dan cuenta de los resultados obtenidos en la Escala de Estratificación Graffar-Mendez Castellano, describiendo cada categoría según

porcentajes en las opciones seleccionadas.

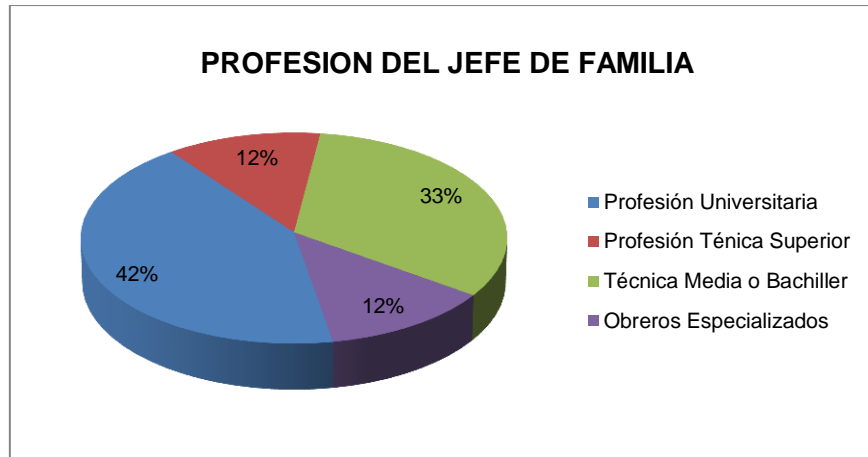


Figura 2. Porcentajes de la Profesión del Jefe de Familia.

Como se puede observar en la primera categoría de la Escala de Estratificación Social Profesión del Jefe (a) de Familia (Ver figura 2), la mayor frecuencia la presenta la opción Profesión Universitaria que corresponde al 42% de la muestra, en segundo lugar se encuentra la opción Técnica Media o Bachiller que representa un 33%, luego se hallan las opciones Profesión Técnica Superior y la categoría Obrero Especializado, ambos con una misma frecuencia correspondiente al 12% de la población, cada uno. En síntesis, el mayor porcentaje es Profesión Universitaria con el 42% de la muestra.

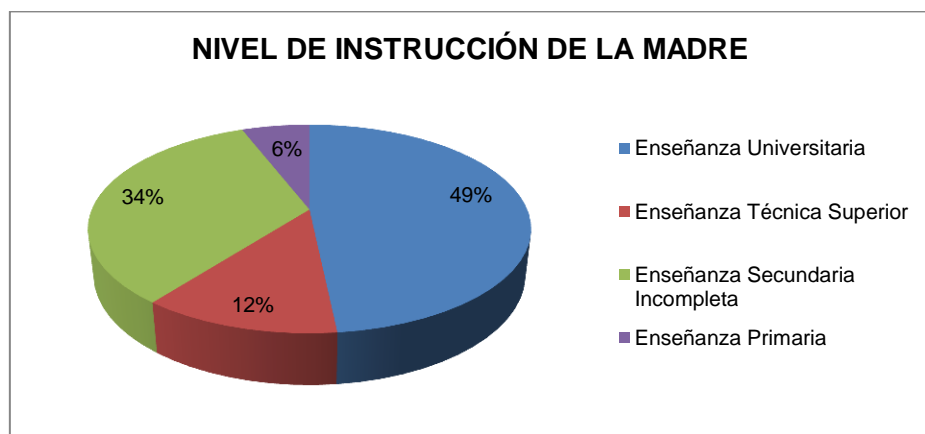


Figura 3. Porcentajes del Nivel de Instrucción de la Madre.

En relación al Nivel de Instrucción de la Madre (ver figura 3), la mayor frecuencia

corresponde a la categoría Enseñanza Universitaria con un 49% de la muestra; en segundo lugar la opción Enseñanza Secundaria Incompleta que representa el 34%, luego se halla la categoría Enseñanza Técnica Superior con un porcentaje de 12% y por último la opción Enseñanza Primaria con la frecuencia más baja que equivale al 6% de la muestra. Podemos resumir que el 49% de la muestra en el Nivel de Instrucción de la Madre corresponde a Enseñanza Universitaria.

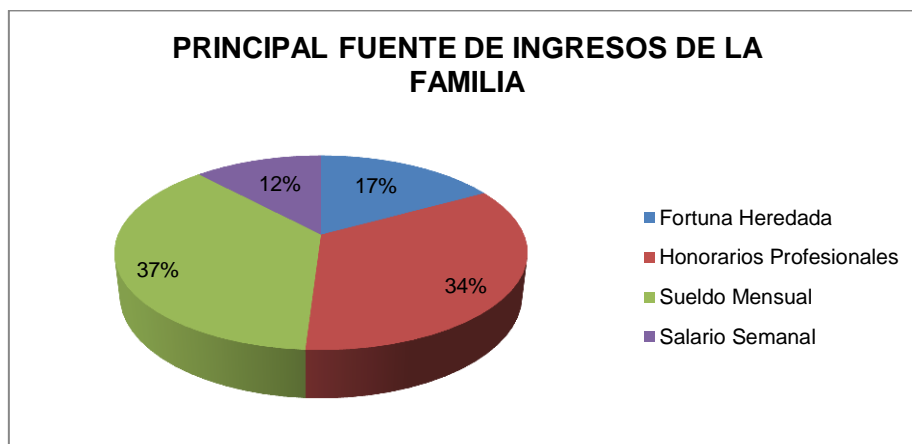


Figura 4. Porcentajes de la Principal Fuente de Ingresos de la Familia

En cuanto a la Principal Fuente de Ingresos de la Familia (ver figura 4), la opción con mayor frecuencia es Sueldo Mensual correspondiente al 37% de la muestra, en segundo lugar la categoría Honorarios Profesionales con un 34%, continua la opción Fortuna Heredada con un porcentaje del 17% y con la menor frecuencia la categoría Salario Semanal con un 12% de la muestra. Según lo expuesto, se puede concluir que el mayor porcentaje de participantes obtienen su ingreso económico de un sueldo mensual.

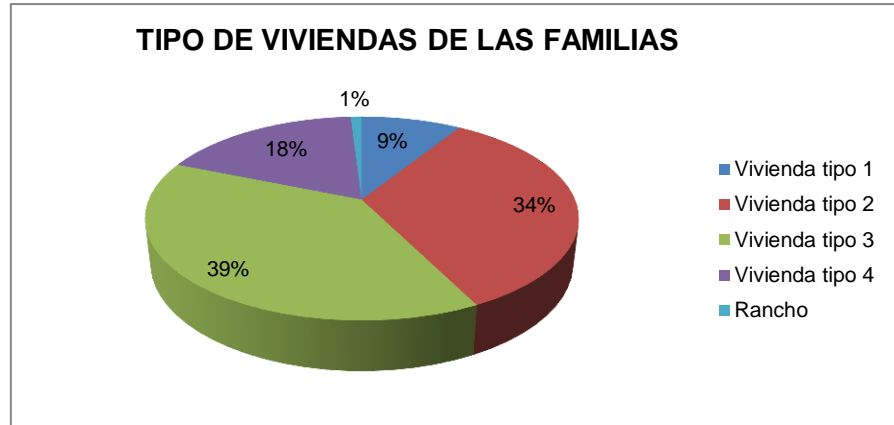


Figura 5. Porcentajes del Tipo de Viviendas de las Familias

En relación al último ítem de la escala, el cual es Tipo de Viviendas de las Familias (ver figura 5), la opción con mayor frecuencia es Vivienda Tipo 3 con un 39%, luego la Vivienda Tipo 2 con 34% de la muestra, en tercer lugar la categoría Vivienda tipo 4 con un porcentaje de 18%; continua la opción Vivienda Tipo 1 representado por el 9% de los participantes y por último, con una mínima frecuencia, es representado la categoría Rancho con el 1% de la muestra. De acuerdo a los resultados anteriores se puede concluir que más de la mitad de los participantes dicen vivir en un domicilio con buenas condiciones sanitarias.

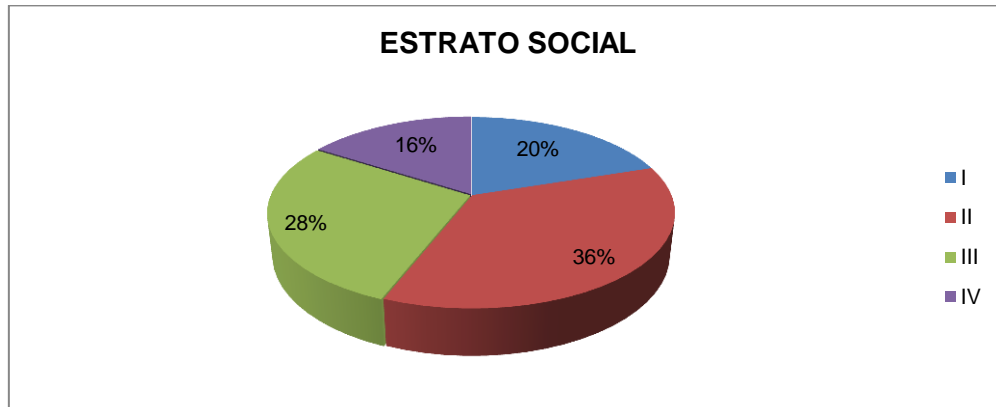


Figura 6. Porcentajes de la variable Estrato Social.

Para finalizar la descripción del Graffar, como resultado del mismo (ver figura 6) la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias se encuentran en el Estrato II con la mayor frecuencia representada por el 36% de la muestra, seguido del Estrato III con un

porcentaje del 28%, en tercer lugar el Estrato I al cual le corresponde el 20% de la muestra y por último, con la menor frecuencia, el Estrato IV con un porcentaje del 16%. Lo cual significa que la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias se encuentran en la clase media alta.

Lo anteriormente expuesto da cuenta que nos encontramos frente a una muestra con Profesión del Jefe (a) de Familia universitarios, con el Nivel de Instrucción de la Madre como universitaria, que devengan un sueldo mensual u honorarios profesionales y habitan en viviendas tipo II y III.

A continuación se muestran las figuras que corresponden a la descripción de la muestra según Centro Asistencial en el cual se encuentran bajo tratamiento por drogodependencias.



Figura 7. Descripción Centro Asistencial Claret sede Margarita.

En relación al centro Claret sede Margarita (ver figura 7), solo presenta la modalidad Comunidad Terapéutica, con un total de 24 personas de sexo masculino y edades

comprendidas entre los 19 y 54, divididos en: doce personas entre las edades 19 y 29 años; ocho personas entre 30 y 39 años de edad y cuatro sujetos entre 40 y 54 años de edad. Existen siete policonsumidores y diecisiete consumidores. En relación al tratamiento, quince sujetos han estado bajo tratamiento por drogodependencias una vez; cinco sujetos en dos tratamientos; dos sujetos en tres tratamientos; y dos sujetos en ocho tratamientos. El centro es de tipo privado y la Estratificación Social arroja que un sujeto pertenece al Estrato I; seis sujetos al estrato II; siete sujetos al Estrato III; y diez sujetos corresponden al Estrato IV.

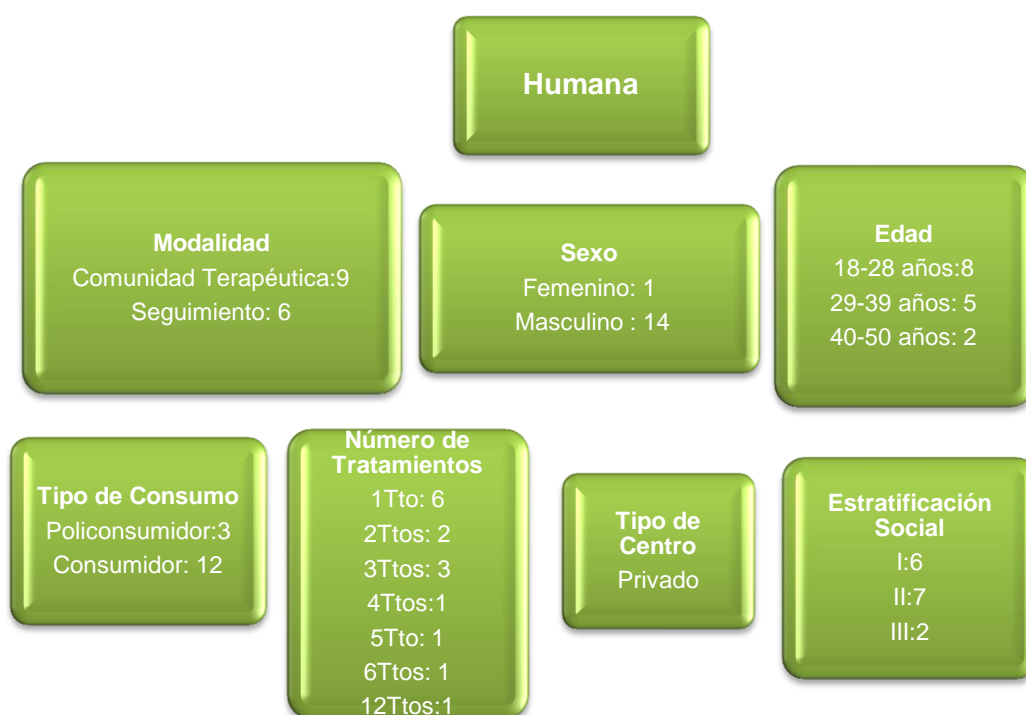


Figura 8. Descripción Centro Asistencial Humana

En relación al centro Humana (ver figura 8), presenta la modalidad Comunidad Terapéutica con nueve sujetos y la modalidad Seguimiento con seis sujetos, con un total de 15 personas, una de sexo femenino y catorce de sexo masculino y edades comprendidas entre los 18 y 50, divididos en: ocho personas entre las edades 18 y 28 años; seis personas entre 29 y 39 años de edad y dos sujetos entre 40 y 50 años de edad. Existen tres policonsumidores y doce consumidores. En relación al tratamiento, seis sujetos han estado bajo tratamiento por drogodependencias una vez; dos sujetos en dos tratamientos; tres sujetos en tres tratamientos;

y en cuatro, cinco, seis y doce tratamientos un participante en cada uno. El centro es de tipo privado y la Estratificación Social arroja que seis sujetos pertenecen al Estrato I; siete sujetos al estrato II; y dos sujetos al Estrato III.



Figura 9. Descripción Centro Asistencial Harmonía

En relación al centro Harmonía (ver figura 9), presenta la modalidad Comunidad Terapéutica con diecinueve sujetos y la modalidad Seguimiento con diecisiete sujetos, con un total de 36 personas, diez de sexo femenino y veintiseis de sexo masculino y edades comprendidas entre los 19 y 59, divididos en: catorce personas entre las edades 19 y 29 años; diez personas entre 30 y 39 años de edad; cinco personas entre 40 y 49 años de edad; y siete sujetos entre 50 y 59 años de edad. Existen diez policonsumidores y veintiseis consumidores. En relación al tratamiento, trece sujetos han estado bajo tratamiento por drogodependencias una vez; trece sujetos en dos tratamientos; siete sujetos en tres tratamientos; y en cuatro, cinco y siete tratamientos un sujeto en cada uno. El centro es de tipo privado y la Estratificación Social arroja que catorce sujetos pertenecen al Estrato I; quince sujetos al estrato II; y siete sujetos al Estrato III.



Figura 10. Descripción Centro Asistencial UDAF

En relación al centro UDAF (ver figura 10), solo presenta la modalidad Ambulatorio, con un total de 10 personas; una de sexo femenino y nueve de sexo masculino y edades comprendidas entre los 19 y 67 años, divididos en: cuatro personas entre las edades 19 y 29 años; tres personas entre 30 y 39 años de edad, dos sujetos entre 40 y 49 años de edad, y un sujeto entre los 60 y 67 años de edad. Existen cuatro policonsumidores y seis consumidores. En relación al tratamiento, siete sujetos han estado bajo tratamiento por drogodependencias una vez; dos sujetos en dos tratamientos; y un sujeto en tres tratamientos. El centro es de tipo público y la Estratificación Social arroja que un sujeto pertenece al Estrato I; un sujeto al estrato II; cinco sujetos al Estrato III; y tres sujetos corresponden al Estrato IV.

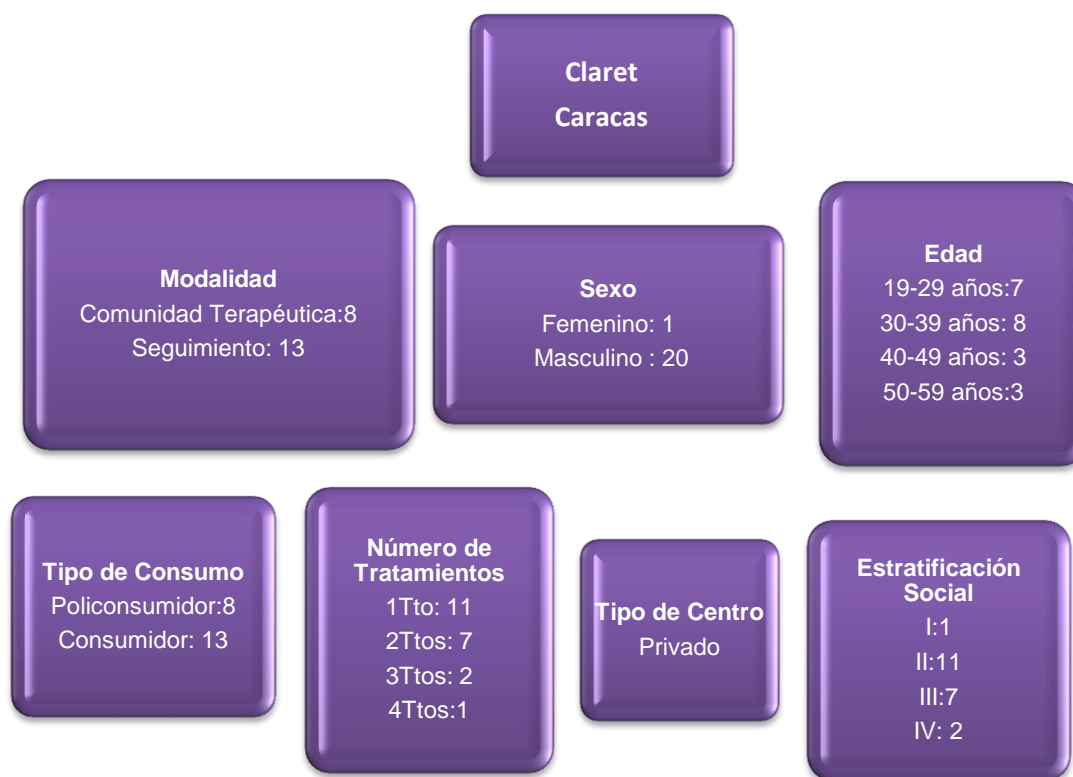


Figura 11. Descripción Centro Asistencial Claret sede Caracas

En relación al centro Claret sede Caracas (ver figura 11), presenta la modalidad Comunidad Terapéutica con ocho sujetos y la modalidad Seguimiento con trece sujetos, con un total de 21 personas, uno de sexo femenino y veinte de sexo masculino y edades comprendidas entre los 19 y 59, divididos en: siete personas entre las edades 19 y 29 años; ocho personas entre 30 y 39 años de edad; tres personas entre 40 y 49 años de edad; y tres sujetos entre 50 y 59 años de edad. Existen ocho policonsumidores y trece consumidores. En relación al tratamiento, once sujetos han estado bajo tratamiento por drogodependencias una vez; siete sujetos en dos tratamientos; dos sujetos en tres tratamientos; y un sujeto en cuatro tratamientos. El centro es de tipo privado y la Estratificación Social arroja que un sujeto pertenece al Estrato I; once sujetos al estrato II; siete sujetos al Estrato III; y dos al Estrato IV.



Figura 12. Descripción Centro Asistencial FUNDARIBAS

En relación al centro FUNDARIBAS (ver figura 12), solo presenta la modalidad Comunidad Terapéutica, con un total de 7 personas; todos de sexo masculino y edades comprendidas entre los 19 y 67 años, divididos en: tres personas entre las edades 19 y 29 años; una persona entre 30 y 39 años de edad, dos sujetos entre 40 y 49 años de edad, y un sujeto entre los 60 y 67 años de edad. Existen dos policonsumidores y cinco consumidores. En relación al tratamiento, cinco sujetos ha estado bajo tratamiento por drogodependencias una vez; un sujeto en tres tratamientos; y un sujeto en veintiún tratamientos. El centro es de tipo público y la Estratificación Social arroja que cuatro sujetos pertenecen al Estrato III; y tres sujetos corresponden al Estrato IV.

Tomando en cuenta las características de la muestra según Centro Asistencial, podemos concluir que en general, la muestra presenta:

- Cuatro centros asistenciales con pacientes de sexo masculino y femenino, y dos centros asistenciales con pacientes de sexo masculino solamente.

- Todos los centros asistenciales presentan personas tanto consumidoras de una sola sustancia como policonsumidoras.
- Cuatro centros asistenciales son de tipo privado, y dos de tipo público.
- La mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias han estado bajo tratamiento una sola vez.
- La mayoría de los participantes pertenecen al Estrato II.
- Tres Centros Asistenciales presentan modalidad Comunidad Terapéutica y modalidad Seguimiento. Dos centros asistenciales presentan solo modalidad Comunidad Terapéutica y un centro asistencial la modalidad Ambulatorio.

6.2. Descripción Cualitativa de la Variable de Estudio:

A continuación, para ahondar en la descripción de la muestra en general, se realizará el análisis cualitativo de las cuatro Dimensiones y Calidad de Vida Global y Salud Global que conforman la variable Calidad de Vida, empleando el baremo descrito en el Marco Metodológico.

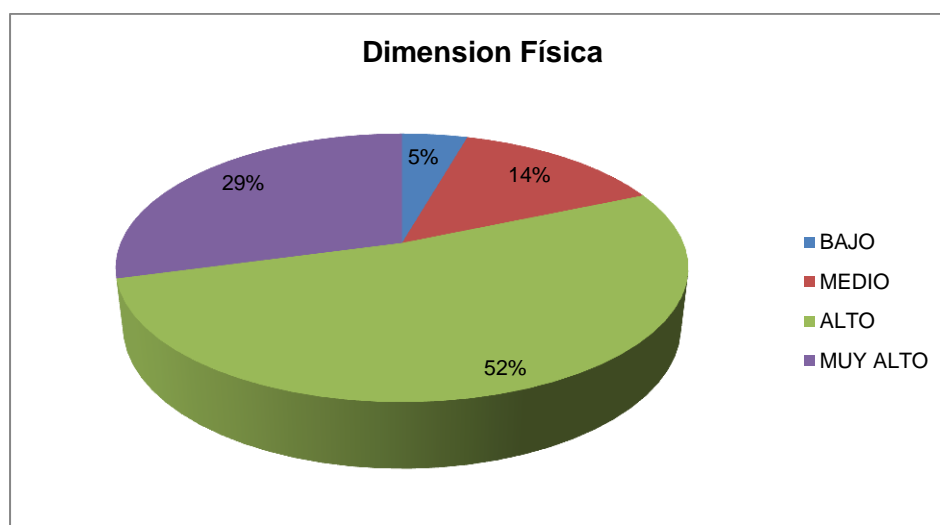


Figura 13. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Física.

Como puede observarse en la figura 13, el 52% de los participantes se encuentran en la categoría Alto de la Dimensión Física, lo que significa que un poco más de la mitad de la

población califica alta su Calidad de Vida en cuanto al área física, seguidamente de un 29% que consideran tienen Muy Alta Calidad de Vida en esta Dimensión, en tercer lugar, el 14% de la población la considera Media, y con el menor porcentaje, se halla el 5% calificándola como Baja.

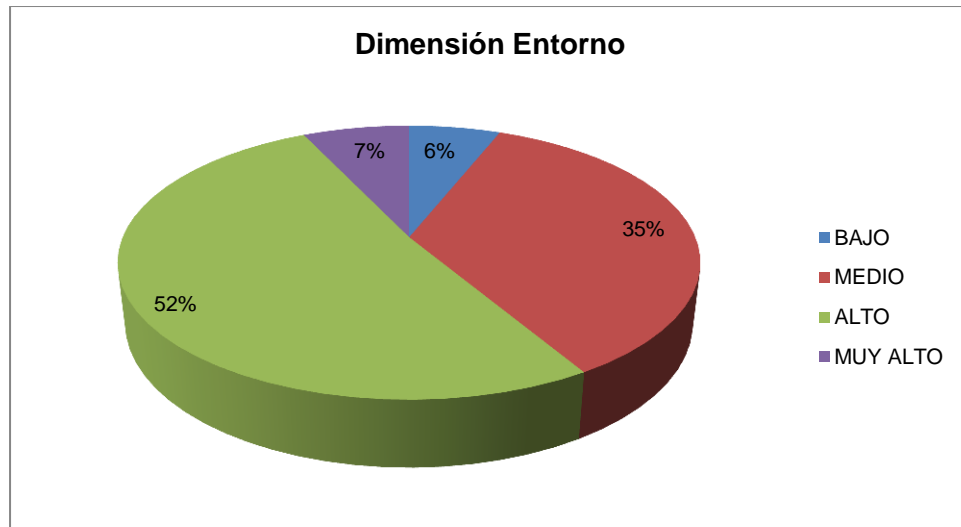


Figura 14. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Entorno.

En referencia a la Dimensión Entorno (ver figura 14) se obtiene que el 52% de la población se encuentran en la categoría Alto, lo que significa que más de la mitad de la muestra considera que tiene una alta Calidad de Vida en el área del Entorno, además el 35% de la población la califica como Media, continúa el 7% de los participantes que la considera Muy Alto, y por último, el 6% la califica como Baja. Se puede decir entonces, que más de la mitad de los participantes reportan tener una alta Calidad de Vida en la Dimensión Entorno

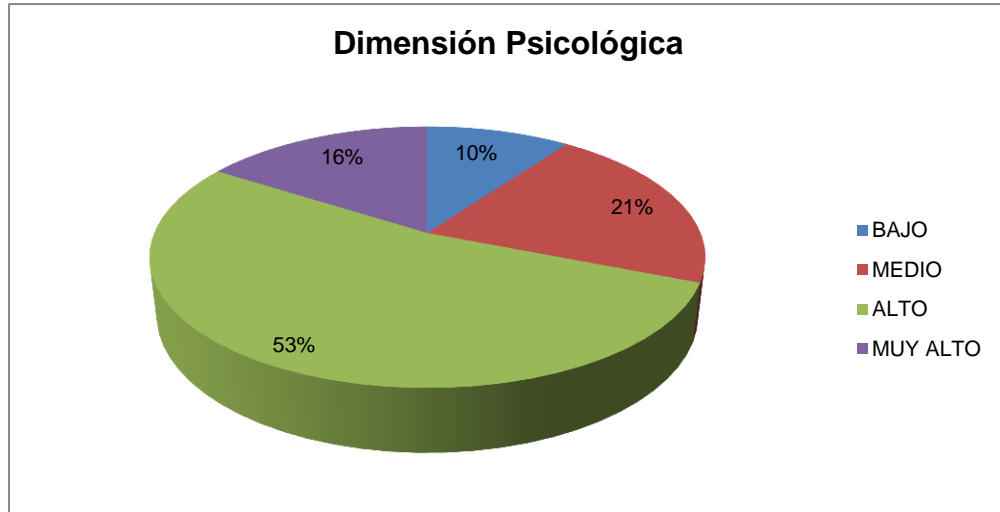


Figura 15. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Psicológica.

En relación a la Dimensión Psicológica (ver figura 15), el 53% de los participantes reporta tener Alta Calidad de Vida en esta área, seguidamente del 21% que se encuentra en la categoría Media, continua el 16% de la población que la califica de Muy Alta, y por último, el 10% la considera Baja. Se puede concluir que la mayoría de los participantes tienen una alta Calidad de Vida en la Dimensión Psicológica.

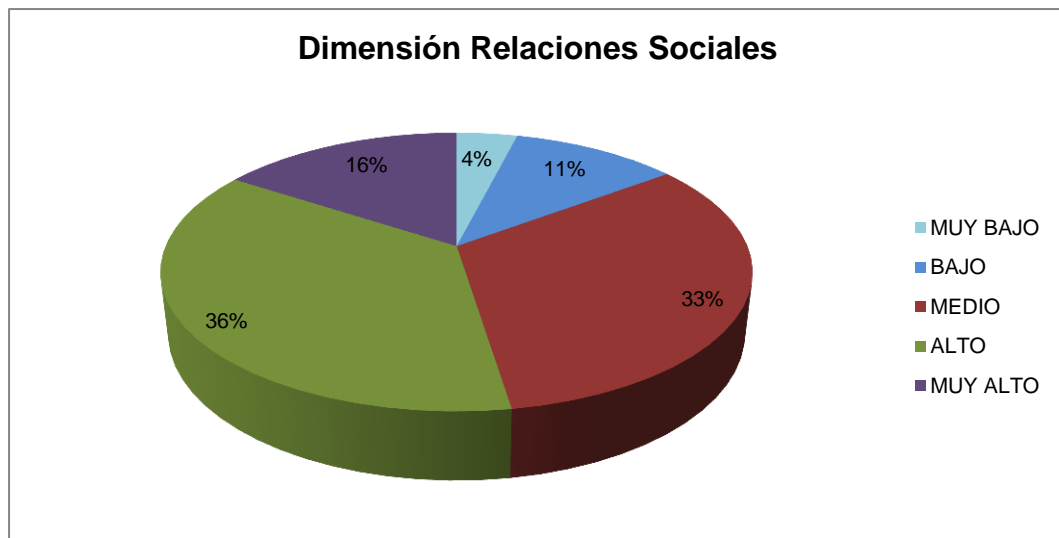


Figura 16. Porcentaje de toda la muestra en la Dimensión Relaciones Sociales.

En cuanto a la Dimensión Relaciones Sociales (ver figura 16), se aprecia que el 36%

califica como Alta la Calidad de Vida en dicha Dimensión, seguido del 33% que la califica como Media, continua el 16% que la reporta como Muy Alta, en cuarto lugar el 11% que se encuentra en la categoría Bajo, y por último, el 4% que la considera como Muy Baja.

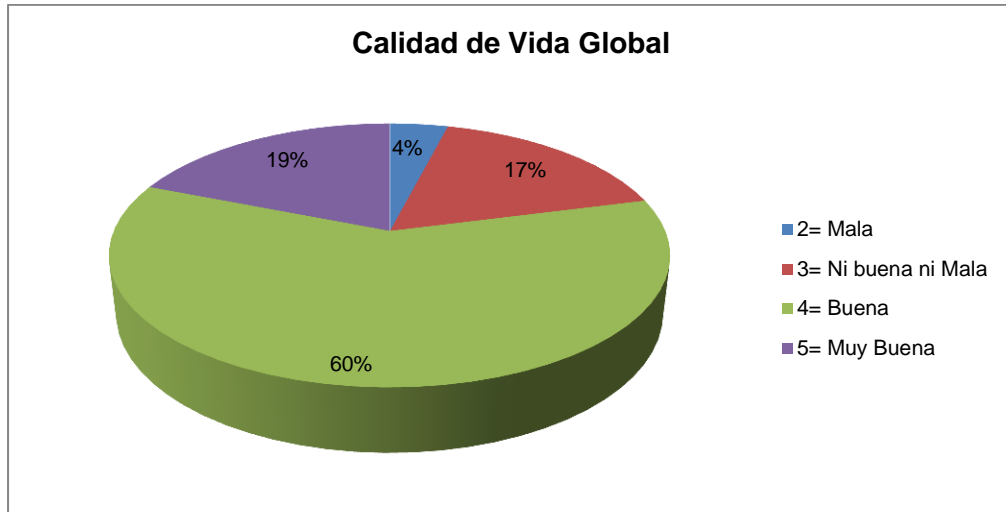


Figura 17. Porcentaje de toda la muestra en la Calidad de Vida Global

Como puede observarse, en la Calidad de Vida Global (ver figura 17) se encuentran cuatro opciones válidas, de las cuales la que tiene mayor frecuencia es la opción 4= Buena que corresponde a un 60% de la muestra. Seguidamente la opción 5= Muy buena con un porcentaje de 19%, en tercer lugar la opción 3= Ni buena ni mala que representa el 17% y por último la opción 2= Mala que incluye el 4% de los participantes. Lo que quiere decir que más de la mitad de la muestra dice que tiene una buena Calidad de Vida global.

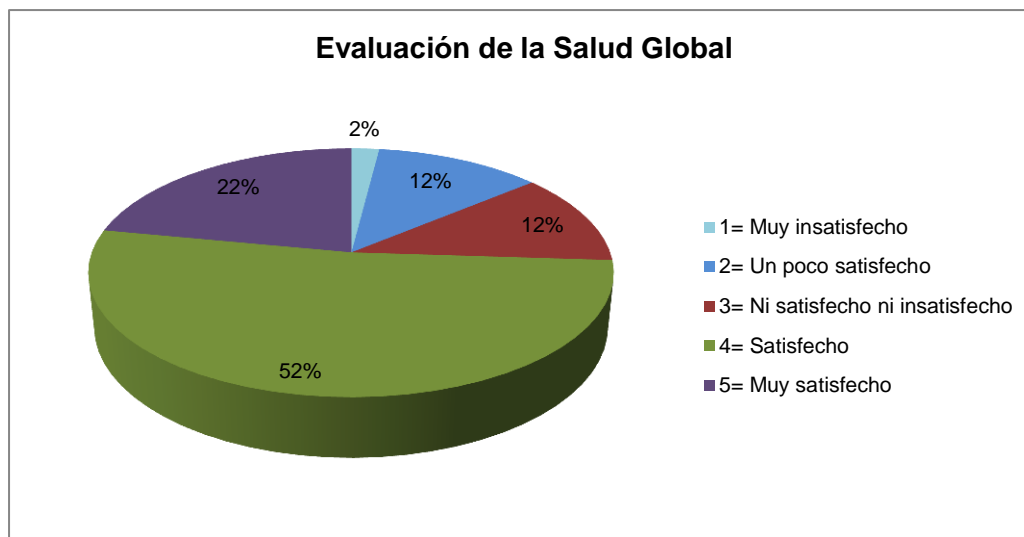


Figura 18. Porcentaje de toda la muestra en la Evaluación de la Salud Global.

En referencia a la Evaluación de Salud Global (ver figura 18), hay cinco opciones válidas de las cuales la opción 4= Satisfecho es la que obtiene una mayor frecuencia siendo este un 52% de la muestra. Seguido de la opción 5= Muy satisfecho que corresponde al 22%, luego continúan las opciones 2= Un poco satisfecho y 3= Ni satisfecho ni insatisfecho con un 12% cada una, y por último, la opción 1= Muy insatisfecho con un porcentaje de 2%. Con lo que se puede concluir que la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias hacen una evaluación de su salud como satisfecha.

Finalmente se puede concluir que la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias consideran tener una alta Calidad de Vida. Esto significa que indican presentar bajos niveles de dolor y malestar, con niveles adecuados de energía y descanso; así como sentimientos positivos, una adecuada autoestima, imagen corporal y apariencia, y bajos niveles de sentimientos negativos; en relación al área social, las relaciones interpersonales son adecuadas, al igual que el apoyo social; y en lo referido a sus recursos financieros, la salud y cuidado social, su seguridad física y su entorno familiar, los reportan apropiados.

A continuación se muestra el gráfico que corresponde a los resultados obtenidos en las dimensiones según mismas modalidades Comunidad Terapéutica, Seguimiento y Ambulatorio de cada Centro Asistencial donde se hallan las personas bajo tratamiento por

drogodependencias, así como de las diferentes modalidades en los centros públicos. Primeramente, se halla la modalidad Comunidad Terapéutica.

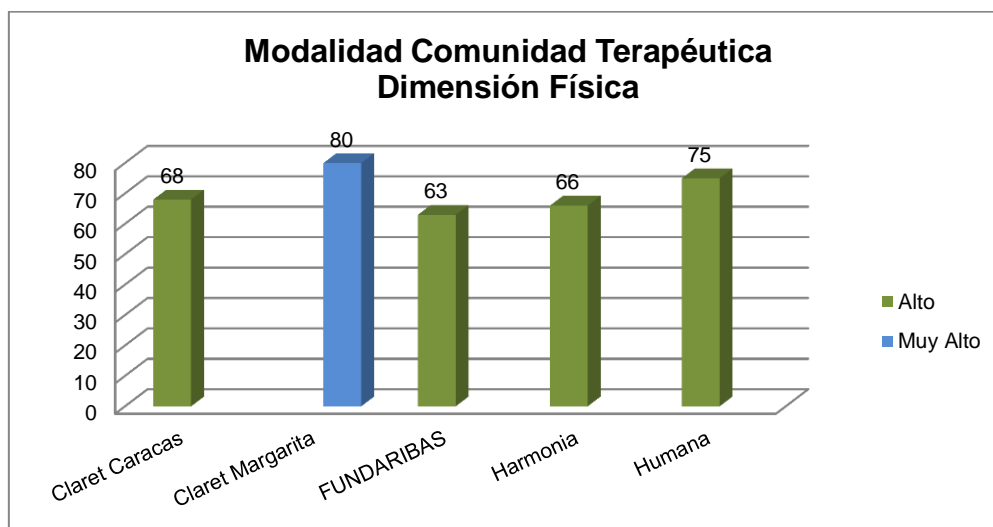


Figura 19. Promedio en la Dimensión Física de la Comunidad Terapéutica.

Tal como se observa en la figura 19, la modalidad Comunidad Terapéutica en la Dimensión Física el promedio más elevado corresponde a Claret sede Margarita, con un puntaje de 80, y ubicado dentro de la categoría Muy Alto; en segundo lugar se presenta Humana con un promedio de 75 y en categoría Alto, continua Claret sede Caracas con un promedio de 68 y ubicado en la categoría Alto; en cuarto lugar se halla Harmonía con 65,79, calificando la dimensión como Alta y por último, con el menor promedio, FUNDARIBAS, con 63 y considerando Alto la Calidad de Vida en esta dimensión.

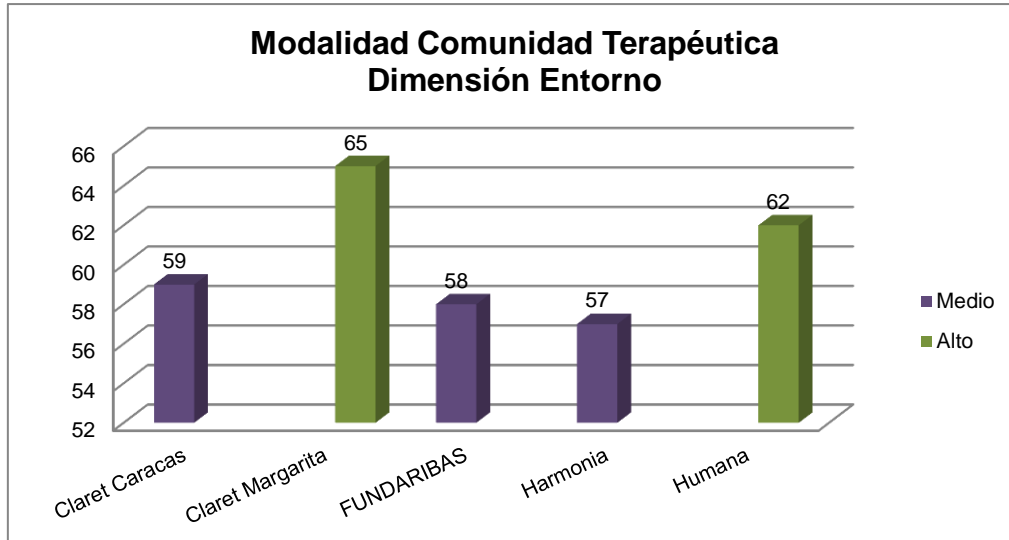


Figura 20. Promedio en la Dimensión Entorno de la Comunidad Terapéutica.

En referencia a la Dimensión Entorno (ver figura 20), se observa con un mayor promedio el centro Claret sede Margarita, con 65, y siendo calificada como Alta; en segundo lugar se halla Humana con un promedio de 62 y una calificación de Alta en la CV de la dimensión; continúan el centro Claret sede Caracas con un promedio de 59 y una calificación de Medio, en cuarto lugar se halla FUNDARIBAS con promedio de 58, ubicado en la categoría Medio; y por último, se encuentra Harmonía, con un promedio de 57, lo cual se ubica dentro de la categoría Medio en la CV de la dimensión.

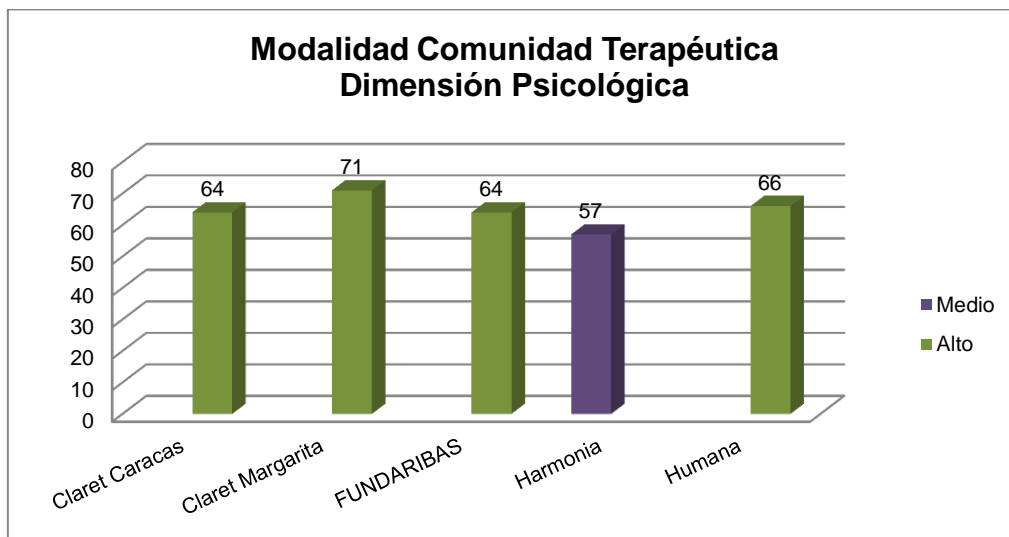


Figura 21. Promedio en la Dimensión Psicológica de la Comunidad Terapéutica.

En este mismo sentido, la Dimensión Psicológica (ver figura 21) presenta con el mayor promedio el centro Claret sede Margarita con 71 y una calificación de Alta en la CV dentro de la dimensión; continua Humana con un promedio de 66 y una calificación de Alta, en tercer lugar se hallan Claret sede Caracas y FUNDARIBAS, ambos con un promedio de 64, encontrándose en la categoría de Alto para la CV dentro de la dimensión, y con el menor promedio se presenta Harmonía, con un 57, lo cual se halla representado por una CV Media dentro de la dimensión.

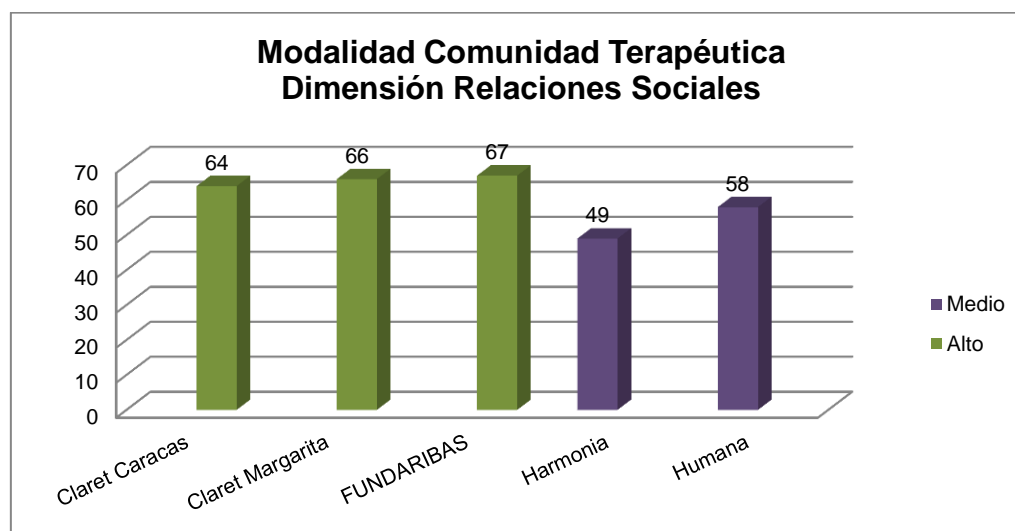


Figura 22. Promedio en la Dimensión Relaciones Sociales de la Comunidad Terapéutica.

En referencia a la Dimensión Relaciones Sociales (ver figura 22), se obtiene que el mayor promedio es representado por el grupo perteneciente a FUNDARIBAS con un promedio de 67 y una calificación de la CV dentro de la dimensión como Alto; continúa Claret sede Margarita con un promedio de 66 y calificación Alto; en tercer lugar Claret sede Caracas con un promedio de 64 y una calificación correspondiente a Alto; en cuarto lugar, con un menor promedio se encuentra Humana correspondiente a 58 y una calificación Medio; y con el menor promedio, Harmonía con 49 e igualmente una calificación de Medio.

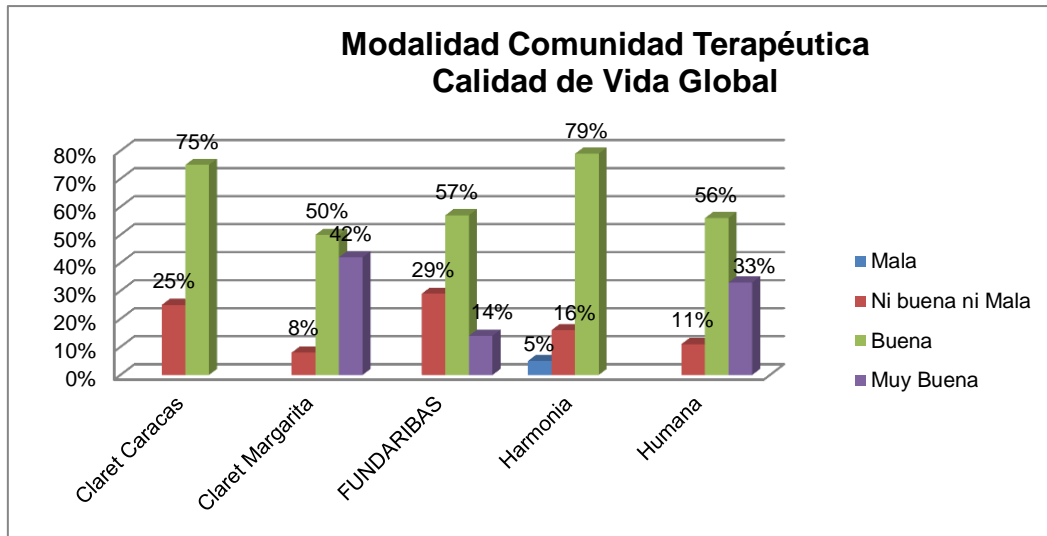


Figura 23. Porcentaje en la Calidad de Vida Global de la Comunidad Terapéutica.

Como puede observarse, en relación a la Calidad de Vida Global (ver figura 23), hay cuatro opciones válidas, de las cuales la de mayor frecuencia es la opción 4=Buena que corresponde al 79% en Harmonía; 75% en Claret sede Caracas; 57% en FUNDARIBAS; 56% en Humana; y al 50% en Claret sede Margarita. Seguidamente la opción 3= Ni buena ni mala con una frecuencia que corresponde al 29% en FUNDARIBAS; 25% en Claret sede Caracas; 16% en Harmonía; 11% en Humana; y 8% en Claret sede Margarita. Continúa la opción 5= Muy Buena con un porcentaje de 42% en Claret sede Margarita; 33% en Humana; y 14% en FUNDARIBAS. Y por último, la opción 1= Muy Mala es representada por el 5% en Harmonía. Lo que quiere decir que la mayoría de la muestra correspondiente a la modalidad Comunidad Terapéutica reporta tener buena Calidad de Vida Global.

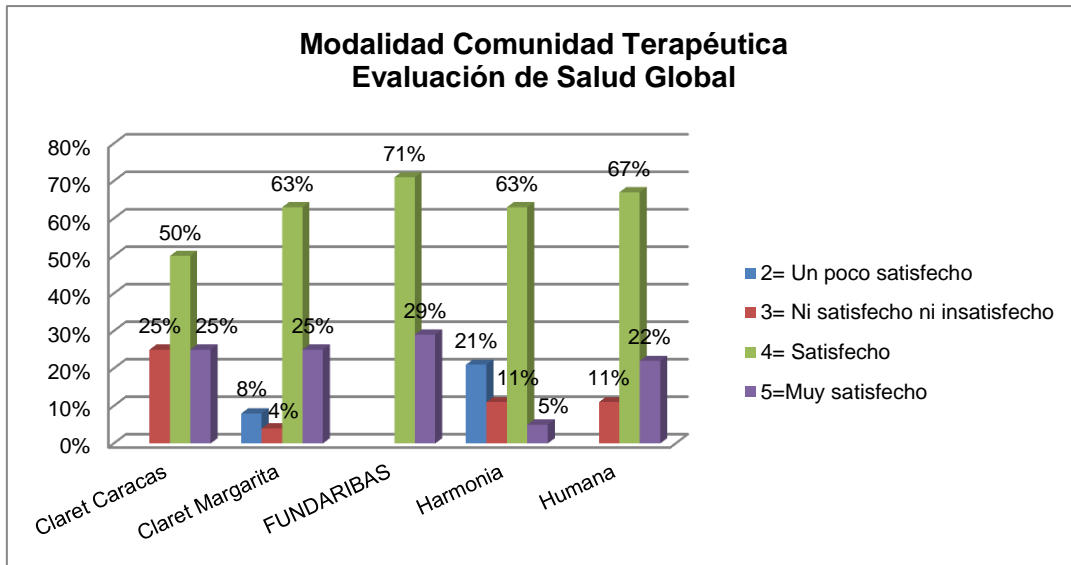


Figura 24. Porcentaje en la Evaluación de Salud Global de la Comunidad Terapéutica.

Como puede apreciarse en la figura anterior, en relación a la Evaluación de Salud Global, sólo tiene 4 opciones validas de las cuales la opción 4= Satisfecho es representada por el 71% en FUNDARIBAS; el 67% en Humana; en Claret sede Margarita y Harmonía con el 63% cada una; y el 50% en Claret sede Caracas. Continúa la opción 4= Muy Satisfecho con el 29% en FUNDARIBAS; en Claret sede Caracas y Claret sede Margarita con el 25% cada una; y en Humana con el 22%. Seguidamente la opción 3=Ni Satisfecho ni insatisfecho con el 25% en Claret sede Caracas; en Harmonía y Humana con el 11%; y en Claret sede Margarita con el 4%. A lo que se puede concluir que, la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias en la modalidad Comunidad Terapéutica hacen una evaluación de su salud como satisfecha.

En el mismo sentido, a continuación se muestra el gráfico que corresponde a los resultados obtenidos en las Dimensiones según modalidad Seguimiento en los Centros Asistenciales donde se hallan las personas bajo tratamiento por drogodependencias.

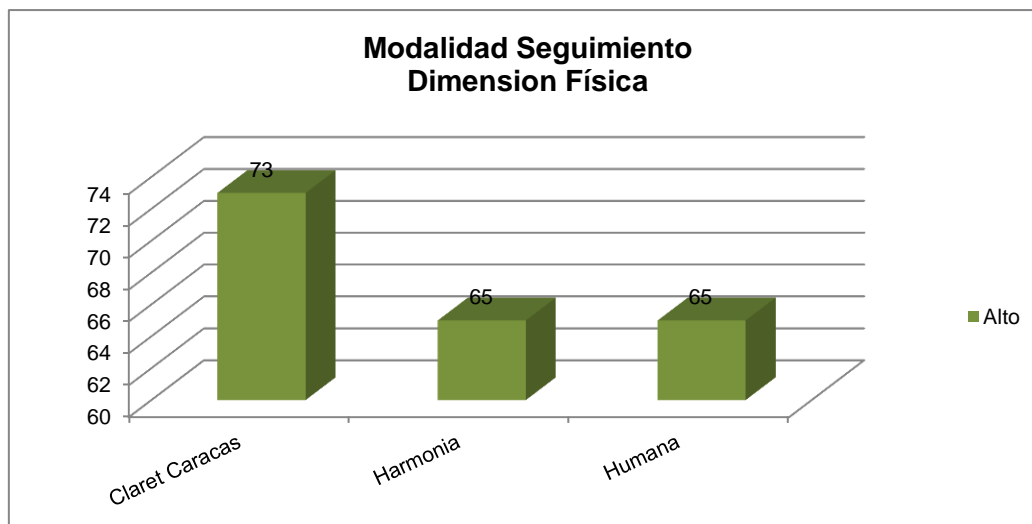


Figura 25. Promedio en la Dimensión Física del Seguimiento.

Como se puede observar en la figura 25, para la modalidad seguimiento en la Dimensión Física, el mayor promedio es reportado por Claret sede Caracas con 73, calificado como una Alta Calidad de Vida; en segundo lugar se encuentran Harmonía y Humana con un promedio de 65 cada una, lo que indica que la muestra considera tener una Alta Calidad de Vida.

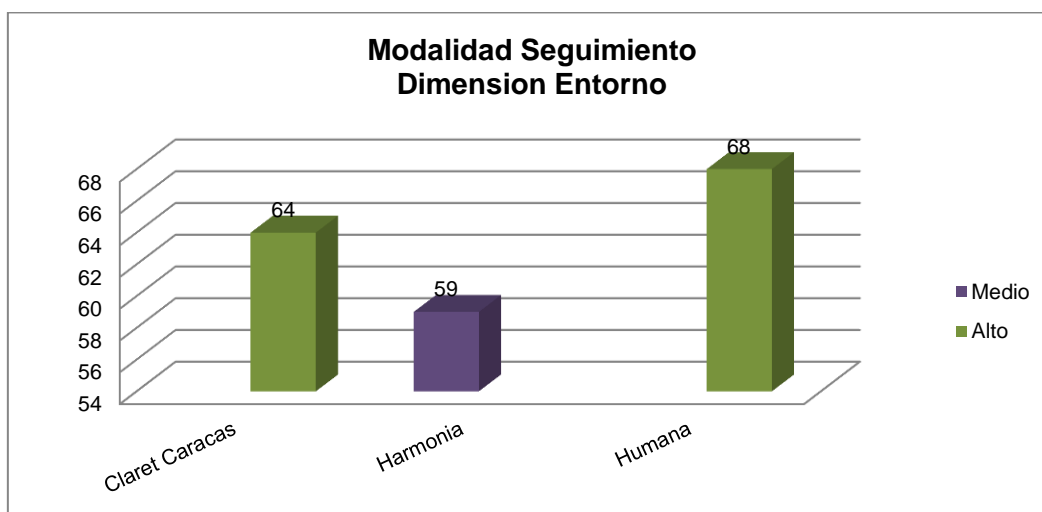


Figura 26. Promedio en la Dimensión Entorno del Seguimiento

En referencia a la Dimensión Entorno (ver figura 26), para la modalidad seguimiento, se halla el mayor promedio en Humana con 68, calificando como una Alta Calidad de Vida; en según lugar, Claret sede Caracas con un promedio de 64, considerando la muestra que tienen una Alta Calidad de Vida; y con el menor promedio, se encuentra Harmonía con 59, lo cual

califica como Medio en la Calidad de Vida para la dimensión.

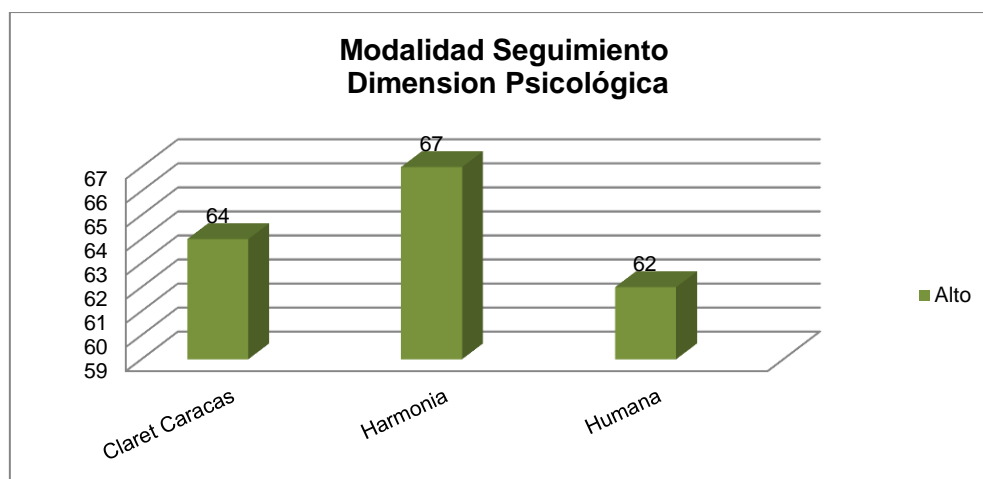


Figura 27. Promedio en la Dimensión Psicológica del Seguimiento

En relación a la Dimensión Psicológica (ver figura 27), se obtiene que Harmonía presenta un promedio de 67, considerado el mayor, y calificando como una Alta Calidad de Vida; continúa Claret sede Caracas con un promedio de 64 y Humana con el menor promedio, de 62, y ambos calificando la Calidad de Vida para la Dimensión como Alta.

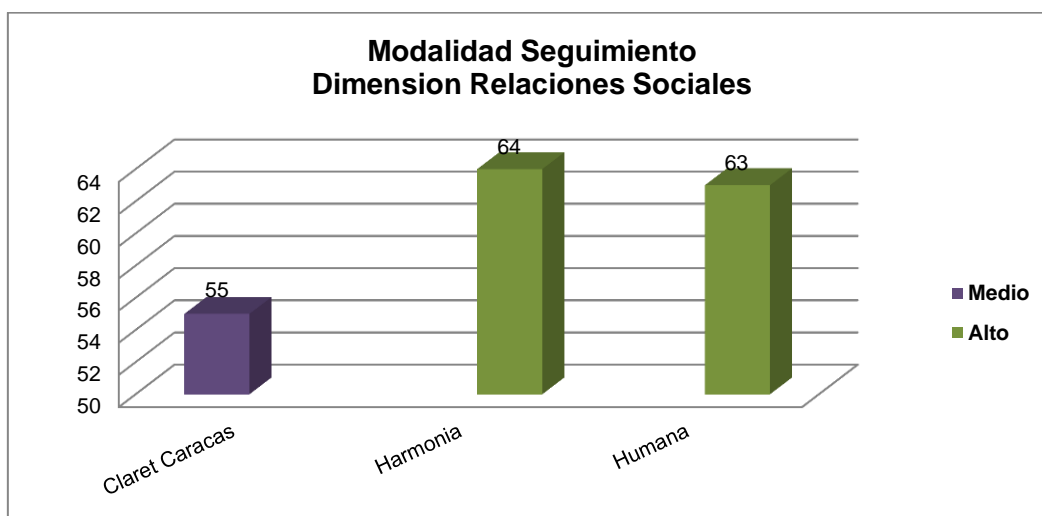


Figura 28. Promedio en la Dimensión Relaciones Sociales del Seguimiento

En cuanto a la Dimensión Relaciones Sociales (ver figura 28), para la modalidad Seguimiento, el mayor promedio es obtenido por la muestra perteneciente al centro Harmonía, con un 64, y considerando la CV como Alta; continúa Humana, con un promedio de 63, calificando como Alta Calidad de Vida; y por último, con el menor promedio, Claret sede

Caracas, con 55, y una calificación de Medio para la Calidad de Vida en la Dimensión.

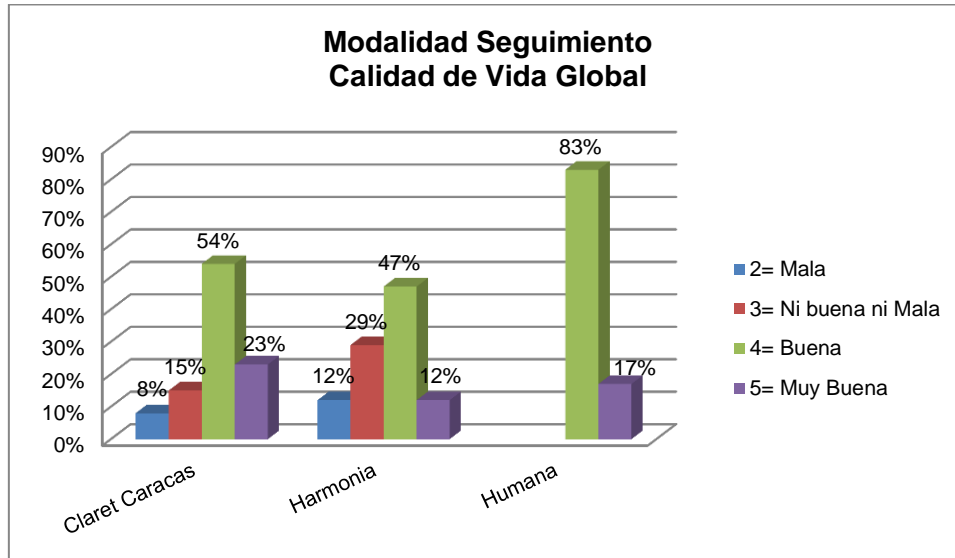


Figura 29. Porcentaje en la Calidad de Vida Global del Seguimiento

Como puede observarse, en relación a la Calidad de Vida Global (ver figura 29), hay cuatro opciones válidas, de las cuales la de mayor frecuencia es la opción 4=Buena que corresponde al 83% en Humana; 54% en Claret sede Caracas; y 47% en Harmonía. Seguidamente la opción 3= Ni buena ni mala con una frecuencia que corresponde al 29% en Harmonía; y 15% en Claret sede Caracas. Continúa la opción 5= Muy Buena con un porcentaje de 23% en Claret sede Caracas; 17% en Humana; y 12% en Harmonía. Y por último, la opción 1= Mala es representada por el 12% en Harmonía; y 8% en Claret sede Caracas. Lo que quiere decir que la mayoría de la muestra correspondiente a la modalidad Seguimiento reporta tener buena Calidad de Vida Global.

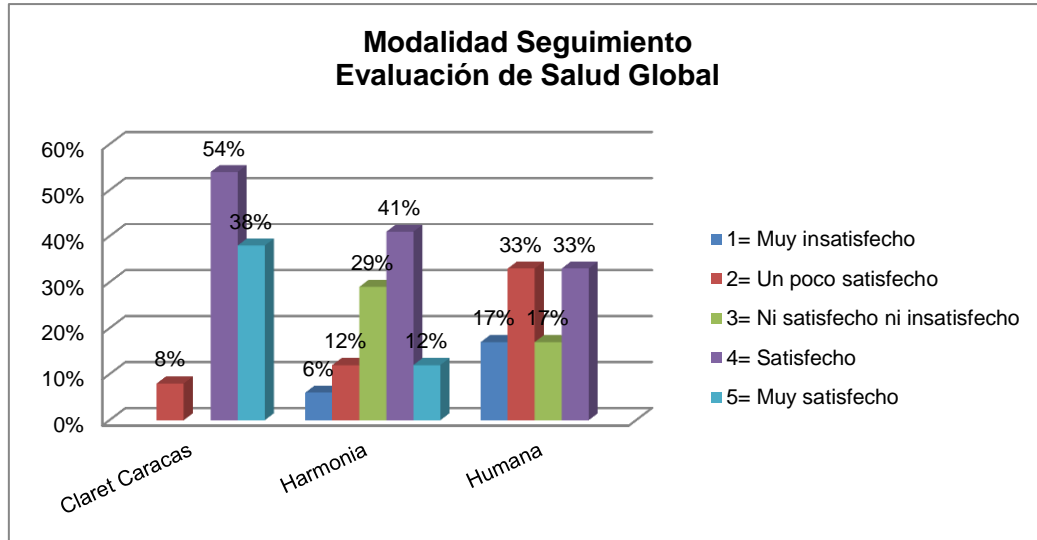


Figura 30. Porcentaje en la Evaluación de Salud Global del Seguimiento

Como puede apreciarse en la figura 30, en relación a la Evaluación de Salud Global, sólo tiene 5 opciones validas de las cuales la opción 4= Satisfecho es representada por el 54% en Claret sede Caracas; el 41% en Harmonía; y el 33% en Humana. Continúa la opción 5= Muy Satisfecho con el 38% Claret sede Caracas; y el 12% en Harmonía. Seguidamente la opción 2=Un poco satisfecho con el 33% en Humana, en Harmonía con el 12%; y en Claret sede Caracas con el 8%. Luego la opción 3= Ni satisfecho ni insatisfecho con el 29% en Harmonía y el 17% en Humana. Y por último, la opción 1= Muy insatisfecho con el 17% en Humana y el 6% en Harmonía. Lo que indica que la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias en la modalidad Seguimiento hacen una evaluación de su salud como satisfecha.

En el mismo sentido, a continuación se muestra el gráfico que corresponde a los resultados obtenidos en las Dimensiones según modalidad Ambulatorio.

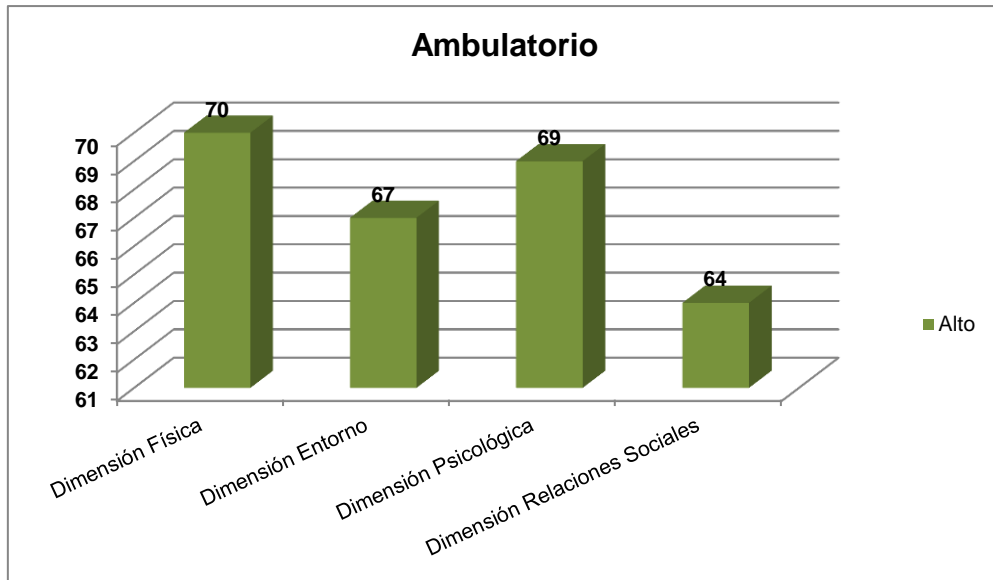


Figura 31. Promedio en la Dimensión Física, Entorno, Psicológica y Relaciones Sociales del Ambulatorio

En referencia a la modalidad ambulatorio (ver figura 31), representado por el centro UDAF, el mayor promedio para la Dimensión Física es 70; continúa la Dimensión Psicológica con un promedio de 69; en tercer lugar la Dimensión Entorno con un promedio de 67, y por último, la Dimensión Relaciones Sociales con un promedio de 64, y en todas y cada una de las Dimensiones siendo calificada la Calidad de Vida como Alta.

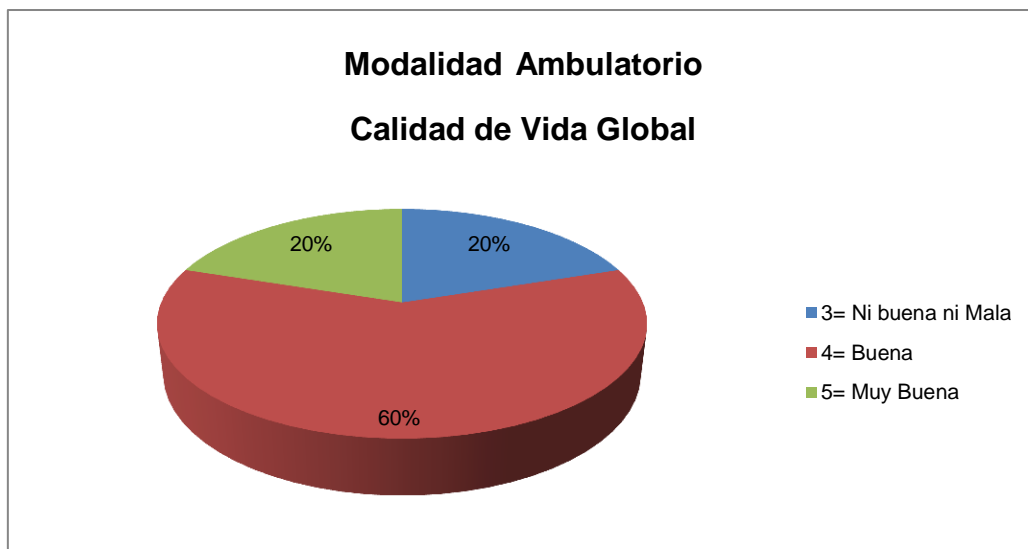


Figura 32. Porcentaje en la Calidad de Vida Global para Ambulatorio.

Como puede observarse, en relación a la Calidad de Vida Global en el centro UDAF para la

modalidad Ambulatorio (ver figura 32), existen tres opciones validas, de las cuales la de mayor frecuencia es la opción 5= Muy Buena que corresponde a un 60% de la muestra. Seguidamente, se encuentran las opciones 4=Buena y 3= Ni buena ni mala con un 20% de los participantes cada una. Lo que quiere decir que la mayoría de la muestra reporta tener una muy buena Calidad de Vida Global.

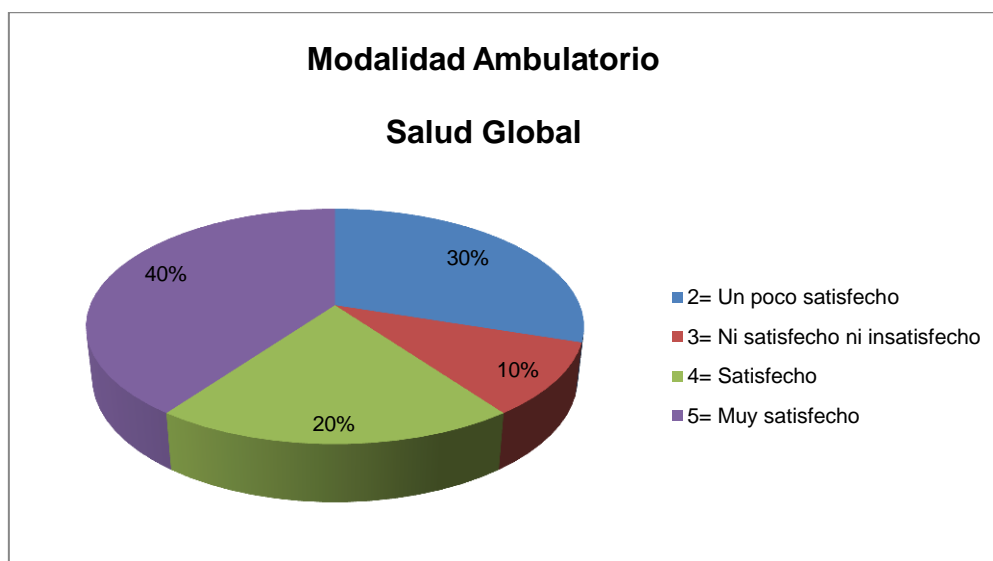


Figura 33. Porcentaje en la Salud Global para Ambulatorio.

En ese mismo sentido, relativo a la evaluación de Salud Global en la modalidad Ambulatorio (ver figura 33), existen 4 opciones validas, de las cuales la opción 4= Muy satisfecho representa el 40% de la muestra. Seguido por la opción 2=Un poco satisfecho que corresponde al 30%; continua la opción 4=Satisfecho con un 20% de los participantes, y por último la opción 3=Ni satisfecho ni insatisfecho con un porcentaje del 10%. A lo que se puede concluir que, la mayoría de los participantes pertenecientes a la modalidad Ambulatorio han una evaluación de su salud global como satisfecho.

6.3. Evaluación de Diferencias Significativas de la Variable de Estudio.

En el siguiente apartado se mostrará la evaluación de diferencias significativas entre las mismas modalidades según Centro Asistencial, presentando los resultados arrojados por la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis.

La prueba de Kruskal-Wallis es un método no paramétrico, una extensión de la prueba de la U de Mann-Whitney para 3 o más grupos. Por lo tanto, no asume normalidad en los datos, en oposición al ANOVA. Sí asume, bajo la hipótesis nula, que los datos vienen de la misma distribución. La hipótesis nula de la prueba de Kruskal-Wallis es: las k medianas son todas iguales, al menos una de las medianas es diferente. Resulta necesario aplicarla para el contraste de k medianas cuando el análisis de la varianza no es aplicable debido a incumplimientos de las suposiciones del modelo.

6.3.1. Evaluación de Diferencias significativas en la modalidad Comunidad Terapéutica

Tabla 12.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Física entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.

Rangos

		Modalidad		
		Comunidad Terapéutica	N	Rango promedio
Dimensión Física		Claret sede Caracas	8	26,56
		Claret sede Margarita	24	46,21
		FUNDARIBAS	7	19,21
		Harmonía	19	25,82
		Humana	9	36,83
		Total	67	
Chi-Cuadrado	18,372			
gl	4			
Sig. Asintót	,001			

En la tabla 12 se puede observar que en Rango promedio, Claret sede Margarita presenta el mayor, correspondiente a 46,21; continua Humana con 36,83; seguido de Claret sede Caracas con 26,56; en cuarto lugar Harmonía con 25,82; y por último, FUNDARIBAS con 19,21. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,001, representando una diferencia significativa entre los rangos. Pareciera entonces, que entre la modalidad Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros Asistenciales existen

diferencias significativas en la Dimensión Física. Lo que nos indica que existen diferencias en cómo los pacientes de la modalidad Comunidad Terapéutica perciben su dolor y malestar, energía y fatiga, así como el dormir y descansar.

Tabla 13.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Entorno entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.

Rangos			
Modalidad			
	Comunidad Terapéutica	N	Rango promedio
Dimensión Entorno	Claret sede Caracas	8	30,00
	Claret sede Margarita	24	41,33
	FUNDARIBAS	7	27,50
	Harmonía	19	27,97
	Humana	9	35,78
	Total	67	
Chi-Cuadrado	6,465		
gl	4		
Sig. Asintót	,167		

La tabla 13 expone que en Rango promedio, Claret sede Margarita presenta el mayor, correspondiente a 41,33; continua Humana con 35,78; seguido de Claret sede Caracas con 30; en cuarto lugar Harmonía con 27,97; y por último, FUNDARIBAS con 27,50. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,167, lo que indica que no existen diferencias significativas entre los rangos. Pareciera entonces, que entre la modalidad Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros no existen diferencias significativas en la Dimensión Entorno.

Tabla 14.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Psicológica entre los diferentes Centros asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.

		Rangos		
		Modalidad		
		Comunidad Terapéutica	N	Rango promedio
Dimensión Psicológica		Claret sede Caracas	8	32,00
		Claret sede Margarita	24	40,71
		FUNDARIBAS	7	35,07
		Harmonía	19	26,21
		Humana	9	33,50
		Total	67	
Chi-Cuadrado	6,044			
gl	4			
Sig. Asintót	,196			

La tabla 14 refleja que en Rango promedio, Claret sede Margarita presenta el mayor, correspondiente a 40,71; continua FUNDARIBAS con 35,07; seguido de Humana con 33,50; en cuarto lugar Claret sede Caracas con 32; y por último, Harmonía con 26,21. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,196, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre la modalidad Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros Asistenciales no existen diferencias significativas en la Dimensión Psicológica.

Tabla 15.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Relaciones Sociales entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.

Rangos			
Modalidad			
	Comunidad Terapéutica	N	Rango promedio
Dimensión Relaciones Sociales	Claret sede Caracas	8	37,75
	Claret sede Margarita	24	38,85
	FUNDARIBAS	7	38,00
	Harmonía	19	25,24
	Humana	9	33,11
	Total	67	
Chi-Cuadrado	6,066		
gl	4		
Sig. Asintót	,194		

En la tabla 15 se puede observar que en Rango promedio, Claret sede Margarita presenta el mayor, correspondiente a 38,85; continua FUNDARIBAS con 38; seguido de Claret sede Caracas con 37,75; en cuarto lugar Humana con 33,11; y por último, Harmonía con 25,24. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,194, indicando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre la modalidad Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros Asistenciales no existen diferencias significativas en la Dimensión Relaciones Sociales.

Tabla 16.

Evaluación de diferencias significativas para la Calidad de Vida Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.

Rangos			
Modalidad			
	Comunidad Terapéutica	N	Rango promedio
Calidad de Vida Global	Claret sede Caracas	8	26,00
	Claret sede Margarita	24	42,00
	FUNDARIBAS	7	29,07
	Harmonía	19	26,74
	Humana	9	38,94
	Total	67	
Chi-Cuadrado	12,223		
gl	4		
Sig. Asintót	,016		

La tabla 16 refleja que en Rango promedio, Claret sede Margarita presenta el mayor, correspondiente a 42; continua Humana con 38,94; seguido de FUNDARIBAS con 29,07; en cuarto lugar Harmonía con 26,74; y por último, Claret sede Caracas con 26. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,016, arrojando que si existen diferencias significativas entre los rangos. Pareciera entonces, que entre la modalidad Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros si existen diferencias significativas en la Calidad de Vida Global. Esto nos indica que los sujetos pertenecientes a la modalidad Comunidad Terapéutica presentan diferencias en su percepción en relación a su Calidad de Vida Global.

Tabla 17.

Evaluación de diferencias significativas para la Evaluación de Salud Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Comunidad Terapéutica.

Rangos			
Modalidad			
	Comunidad Terapéutica	N	Rango promedio
Evaluación de Salud Global	Claret sede Caracas	8	34,38
	Claret sede Margarita	24	36,88
	FUNDARIBAS	7	41,36
	Harmonía	19	26,11
	Humana	9	36,94
	Total		67
Chi-Cuadrado	6,507		
gl	4		
Sig. Asintót	,164		

La tabla 17 muestra que en Rango promedio, FUNDARIBAS presenta el mayor, correspondiente a 41,33; continúa Claret sede Margarita con 36,88; seguido de Claret sede Caracas con 34,38; en cuarto lugar Humana con 36,94; y por último, Harmonía con 26,11. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,164, lo que indica que no existen diferencias significativas entre los rangos. Pareciera entonces, que entre la modalidad Comunidad Terapéutica de los diferentes Centros Asistenciales no existen diferencias significativas en la Evaluación de Salud Global.

6.3.2. Evaluación de Diferencias significativas en la modalidad Seguimiento

En el mismo sentido, a continuación se mostrará la evaluación de diferencias significativas para mismas Dimensiones según modalidad Seguimiento, resultados arrojados por la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis

Tabla 18.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Física entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.

Rangos			
	Modalidad Seguimiento	N	Rango promedio
Dimensión Física	Claret sede Caracas	13	21,96
	Harmonía	17	16,24
	Humana	6	17,42
	Total	36	
Chi-Cuadrado	2,280		
gl	2		
Sig. Asintót	,320		

La tabla 18 refleja que en Rango promedio, Claret sede Caracas presenta el mayor, correspondiente a 21,96; continua Humana con 17,42; y por último, Harmonía con 16,24. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,320, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento no existen diferencias significativas en la Dimensión Física.

Tabla 19.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Entorno entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.

Rangos			
	Modalidad Seguimiento	N	Rango promedio
Dimensión Entorno	Claret sede Caracas	13	20,31
	Harmonía	17	15,65
	Humana	6	22,67
	Total	36	
Chi-Cuadrado	2,595		
gl	2		
Sig. Asintót	,273		

La tabla 19 muestra que en Rango promedio, Humana presenta el mayor, correspondiente a 22,67; continúa Claret sede Caracas con 20,31; y por último, Harmonía con 15,65. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,273, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento no existen diferencias significativas en la Dimensión Entorno.

Tabla 20.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Psicológica entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.

Rangos			
	Modalidad Seguimiento	N	Rango promedio
Dimensión Psicológica	Claret sede Caracas	13	18,65
	Harmonía	17	19,26
	Humana	6	16,00
	Total	36	
Chi-Cuadrado	,443		
gl	2		
Sig. Asintót	,801		

En la tabla 20 se puede observar que en Rango promedio, Harmonía presenta el mayor, correspondiente a 19,26; continúa Claret sede Caracas con 18,65; y por último, Humana con 16. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,801, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento no existen diferencias significativas en la Dimensión Psicológica.

Tabla 21.

Evaluación de diferencias significativas para la Dimensión Relaciones Sociales entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.

Rangos			
	Modalidad Seguimiento	N	Rango promedio
Dimensión	Claret sede Caracas	13	17,04
Relaciones	Harmonía	17	19,85
Sociales	Humana	6	17,83
	Total	36	
Chi-Cuadrado	,571		
gl	2		
Sig. Asintót	,751		

En el mismo sentido, la tabla 21 muestra que en Rango promedio, Harmonía presenta el mayor, correspondiente a 19,85; continua Humana con 17,83; y por último, Claret sede Caracas con 17,04. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,751, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento no existen diferencias significativas en la Dimensión Relaciones Sociales.

Tabla 22.

Evaluación de diferencias significativas para la Calidad de Vida Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.

Rangos			
	Modalidad Seguimiento	N	Rango promedio
Calidad de	Claret sede Caracas	13	20,00
Vida Global	Harmonía	17	15,88
	Humana	6	22,67
	Total	36	
Chi-Cuadrado	2,757		
gl	2		
Sig. Asintót	,252		

En la tabla 22 se puede observar que en Rango promedio, Humana presenta el mayor, correspondiente a 22,67; continúa Claret sede Caracas con 20; y por último, Harmonía con 15,88. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,252, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento no existen diferencias significativas en la percepción de Calidad de Vida Global.

Tabla 23.

Evaluación de diferencias significativas para evaluación de Salud Global entre los diferentes Centros Asistenciales bajo modalidad Seguimiento.

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Evaluación de Salud Global	Claret sede Caracas	13	24,19
	Harmonía	17	16,91
	Humana	6	10,67
	Total	36	
Chi-Cuadrado	8,240		
gl	2		
Sig. Asintót	,016		

Como se observa en la tabla 23 en relación al Rango promedio, Claret sede Caracas presenta el mayor, correspondiente a 24,19; continúa Harmonía con 16,91; y por último, Humana con 10,67. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,016, arrojando que si existen diferencias significativas entre los rangos. Pareciera entonces, que entre los diferentes Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento si existen diferencias significativas en la Evaluación de Salud Global. Esto nos indica que los sujetos pertenecientes a la modalidad Seguimiento presentan diferencias en su percepción en relación a su Salud Global.

6.3.3. Evaluación de Diferencias significativas en modalidades pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.

En el mismo sentido, a continuación se mostrará la evaluación de diferencias significativas para mismas Dimensiones según modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio de Centros Asistenciales públicos, resultados arrojados por la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis

Tabla 24.

Diferencias significativas para la Dimensión Física entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a centros asistenciales públicos.

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Dimensión	FUNDARIBAS	7	8,00
Física	UDAF	10	9,70
	Total	17	
Chi-Cuadrado	,479		
gl	1		
Sig. Asintót	,489		

Como se puede observar en la tabla 24, el Rango Promedio resulta mayor en UDAF, correspondiente a 9,70, y menor en FUNDARIBAS, el cual arroja un 8. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,489, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes centros públicos en la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio no existen diferencias significativas en la Dimensión Física.

Tabla 25.

Diferencias significativas para la Dimensión Entorno entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a centros asistenciales públicos.

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Dimensión	FUNDARIBAS	7	6,86
Entorno	UDAF	10	10,50
	Total	17	
Chi-Cuadrado	2,161		
gl	1		
Sig. Asintót	,142		

Como se puede observar en la tabla 25, el Rango Promedio resulta mayor en UDAF, correspondiente a 10,50, y menor en FUNDARIBAS, el cual arroja un 6,86. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,142, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes centros públicos en la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio no existen diferencias significativas en la Dimensión Entorno.

Tabla 26.

Diferencias significativas para la Dimensión Psicológica entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a centros asistenciales públicos.

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Dimensión	FUNDARIBAS	7	8,00
Psicológica	UDAF	10	9,70
	Total	17	
Chi-Cuadrado	,475		
gl	1		
Sig. Asintót	,491		

La tabla 26 refleja que el Rango Promedio resulta mayor en UDAF, correspondiente a 9,70, y menor en FUNDARIBAS, el cual arroja un 8. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,491, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes centros públicos en la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio no existen diferencias significativas en la Dimensión Psicológica.

Tabla 27.

Diferencias significativas para la Dimensión Relaciones Sociales entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a centros asistenciales públicos.

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Dimensión	FUNDARIBAS	7	9,43
Relaciones	UDAF	10	8,70
Social	Total	17	
Chi-Cuadrado	,090		
gl	1		
Sig. Asintót	,764		

Según la tabla 27, se observa que el Rango Promedio resulta mayor en FUNDARIBAS, correspondiente a 9,43, y menor en UDAF, el cual arroja un 8,70. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,764, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes centros públicos en la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio no existen diferencias significativas en la Dimensión Relaciones Sociales.

Tabla 28.

Diferencias significativas para la Calidad de Vida Global entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Calidad de Vida Global	FUNDARIBAS	7	8,43
	UDAF	10	9,40
	Total	17	
Chi-Cuadrado	,195		
gl	1		
Sig. Asintót	,659		

Según lo que refleja la tabla 28, se observa que el Rango Promedio resulta mayor en UDAF, correspondiente a 9,40, y menor en FUNDARIBAS, el cual arroja un 8,43. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,659, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes centros públicos en la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio no existen diferencias significativas en la percepción de Calidad de Vida Global.

Tabla 29.

Diferencias significativas para la evaluación de la salud global entre las modalidades Comunidad Terapéutica y Ambulatorio pertenecientes a Centros Asistenciales públicos.

Rangos			
	Centros Asistenciales	N	Rango promedio
Evaluación de Salud Global	FUNDARIBAS	7	9,86
	UDAF	10	8,40
	Total	17	
Chi-Cuadrado	,388		
gl	1		
Sig. Asintót	,533		

En el mismo sentido, se puede observar en la tabla 29, que el Rango Promedio resulta mayor en FUNDARIBAS, correspondiente a 9,86, y menor en UDAF, el cual arroja un 8,40. En relación a los estadísticos de contraste, la prueba de Kruskal-Wallis arroja una Sig. Asintót de 0,533, arrojando que no existen diferencias significativas entre los rangos. Lo que indica entonces, que entre los diferentes centros públicos en la modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio no existen diferencias significativas en la Evaluación de Salud Global.

VII. DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se exploró el nivel de Calidad de Vida en una muestra de personas bajo tratamiento por drogodependencias en las modalidades Comunidad Terapéutica, Ambulatorio y Seguimiento de la Gran Caracas y el Edo Nueva Esparta. A continuación se discutirán los resultados obtenidos a partir de los objetivos propuestos de la investigación realizada.

En un primer momento se analizaron los resultados correspondientes a los aspectos socio-demográficos: edad, sexo, tipo de consumo, distribución según tipo de sustancia de impacto, número de tratamientos, modalidad del tratamiento y tipo de centro asistencial, así como también la estratificación social de la muestra. En un segundo momento, se realizó una descripción de la muestra obtenida en cada uno de los centros asistenciales. En un tercer momento, realizamos un análisis cualitativo de los datos obtenidos en la variable de estudio en la muestra general y según modalidad de tratamiento. Y, en un cuarto momento, se examinaron las diferencias estadísticas existentes en las dimensiones según modalidad de tratamiento.

En cuanto al aspecto socio-demográfico, las edades de los participantes oscilan entre 18 y 67 años de edad, con una media de 34 años. En relación al sexo, 88,5% corresponde a masculino y 11,5% a femenino. Referente al número de tratamientos, el 50% de la muestra ha participado en 1 tratamiento, así como más de la mitad de la muestra se describe como consumidor, encontrándose el 59,3% en modalidad Comunidad Terapéutica, el 31,9% en modalidad Seguimiento y el 8,8% en modalidad Ambulatorio. Referente al tipo de centro, la muestra se divide en 85% en centros privados y 15% en centros públicos.

En el mismo sentido se presentan como sustancias de mayor consumo la cocaína, la marihuana, el crack y el alcohol, respectivamente, lo cual coincide con los resultados obtenidos por la CONACUID (2003) en su estudio nacional.

La distribución de la muestra en cuanto al sexo presenta cifras similares a las estadísticas del Sistema Público Nacional de Atención y Tratamiento de las Adicciones, en su Estudio

Nacional de Drogas en la población general 2011 (ENaDPOG), donde se explica que los hombres representan alrededor del 90% de las personas que reciben tratamiento y las mujeres el 10%.

Observando la distribución presente en nuestra investigación y su similitud con las estadísticas que se manejan en Venezuela sobre la población de personas bajo tratamiento por adicciones y consumidores activos, se puede plantear como línea de investigación varias interrogantes que intenten explicar dichas diferencia numéricas entre hombres y mujeres.

Primeramente se puede plantear una nueva línea de investigación que intente explicar cómo la concepción social del género influye o determina las diferencias numéricas en cuanto al sexo en la población de personas con problemas de adicción y consumo de sustancias. En este sentido autores como Romero, Medina y Rodríguez (2011) aseguran que las adicciones no discriminan sobre el sexo, pero en cuanto a la concepción social del género la mujer sigue siendo discriminada en este tema; son mucho más toleradas las conductas asociadas al consumo de sustancias en el hombre que en la mujer, teniendo la drogodependencia en la mujer un mayor rechazo, sufriendo éstas mayores pérdidas y consecuencias sociales.

Podemos plantear entonces, que las consideraciones sociales con respecto a la mujer y su rol en la sociedad, la deseabilidad social, así como el matricentismo, realidad en Venezuela, explicado por Moreno (1996) como una autodefinición que no es la de mujer, sino la de madre, pueden ser factor de impedimento para ser consumidoras de drogas. Sin embargo, dicho planteamiento también puede explicar las barreras que existen para el sexo femenino en relación al acceso al tratamiento terapéutico generando un sector desasistido y fuera de las estadísticas, considerando que los porcentajes reales de consumo fuesen similares en ambos sexos.

En relación al sexo masculino, llama la atención el por qué el hombre se involucra en el consumo de sustancia con mayor facilidad, siendo necesario explorar si existen niveles mayores de dependencia en el hombre, considerando una crianza como “ser humano dependiente”. Surge la interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo, sociales, psicológicos,

entre otros, que existen alrededor de los hombres y que facilitan que éstos se involucren en el consumo de sustancias y tratamiento de las adicciones, en mayor número que las mujeres?

Por último, en relación al sexo, nos surge la interrogante si esta distribución de la muestra por sexo, es un reflejo fiel de la cantidad de personas con problemas de drogodependencias, es decir, si los hombres tienden a consumir más que las mujeres, en una proporción similar a nueve hombres por cada mujer o si existen factores de índole social, cultural, entre otros, que actualmente limitan un manejo estadístico más cercano a la realidad.

De igual forma, en cuanto a la Escala Graffar que hace referencia a la estratificación social, se observó que en el ítem Profesión del Jefe de Familia el 42% de la muestra se ubica en la categoría Profesión Universitaria. De igual forma, en el segundo ítem que hace referencia al Nivel de Instrucción de la Madre un 49% reportó la opción Enseñanza Universitaria. En relación a la Principal Fuente de Ingresos de la Familia el 37% lo ubicó en la categoría Sueldo Mensual, y en relación al Tipo de Vivienda, la opción vivienda tipo III arrojó un 39%. En general, el Estrato Social en donde se ubican la mayoría de las personas bajo tratamiento por drogodependencias se encuentra en el Estrato II, con un 36%, y en el Estrato III un 28% de la muestra total.

Según Fundacredesa (2001) en el Estrato II existen viviendas con óptimas condiciones sanitarias, con suficiente espacio y con una situación económica estable. Para el Estrato III, se presentan condiciones de espacios reducidos como consecuencia de la disminución del poder adquisitivo de la familia. Esto obliga a las familias a la necesidad de sumar aportes económicos, lo cual genera tensiones familiares y problemas psicosociales.

Resulta importante explicar que, como indica Becoña (2002), la probabilidad de consumo no lo determina directamente el Estrato al cual pertenezca el sujeto, sino situaciones, conductas o elementos constitutivos de la persona y las características del contexto, esto conocido como factores de riesgo. Podemos considerar, en relación a la Estratificación Social hallada, una serie de factores de riesgo en el funcionamiento familiar que aumentan la probabilidad del consumo, como serían: desestructuración familiar, falta de interés por la

educación y mundo emocional de los(as) hijos(as), disciplina permisiva o ausencia de normas claras de funcionamiento familiar, dificultad para fijar límites, falta de vínculo afectivo con los hijos(as), sobreprotección, falta de comunicación, entre otros.

En relación a los resultados cualitativos de las dimensiones de la variable Calidad de Vida de la muestra global, se obtuvo que en la Dimensión Física, Psicológica, Entorno y Social reportan un alto nivel. Al igual que en el ítem Calidad de Vida Global registran un nivel Bueno y en la evaluación de la Salud Global lo reportan satisfecho. Es pertinente destacar de lo anteriormente descrito, que Sobrino y Zapata (2008) denotan que los tratamientos para personas con drogodependencia, consideran consolidar niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social, tratando aspectos tanto personales como de mejora de la salud, a desarrollar entornos de convivencia, permitiendo un aumento en su percepción de Calidad de Vida. Y, en relación a la percepción de salud, Flórez (2007) indica que las conductas tienen un impacto muy importante en la misma, por lo que una persona bajo tratamiento por drogodependencias se halla sujeto a programas en donde se orienta, entre otros aspectos, al cambio de estilos de vida y comportamientos pro sociales, y por lo tanto, permite que los sujetos presenten evaluación de salud satisfactoria.

Al realizar una comparación estadística en cada una de las modalidades según los diferentes centros asistenciales, empleándose para ello la prueba Kruskal-Wallis se determinó la existencia de diferencias significativas en dos dimensiones para la modalidad Comunidad Terapéutica y en una dimensión para la modalidad Seguimiento.

En primer lugar se presenta que en la modalidad Comunidad Terapéutica, existen diferencias estadísticamente significativas en la Dimensión Física, la cual según el instrumento de medición incluye facetas como dolor y malestar, energía y fatiga, así como dormir y descansar. Siendo esta dimensión la que se ubica con mayor rango y con la mejor puntuación promedio en toda la prueba, siendo el Centro Claret sede Margarita donde se obtuvo mayor puntuación y rango; por su parte FUNDARIBAS fue el de menor rango y puntuación promedio.

Para el caso de nuestra investigación estos resultados permiten plantear una incógnita referida a la posible relación existente entre las características de los Centros Asistenciales tales como: público-privado, estructura terapéutica y ubicación geográfica, espacios físicos, entre otros, que puedan influenciar o relacionarse con las puntuaciones obtenidas en el área o dimensión física para el concepto de CV. Este planteamiento surge debido a que ambos centros difieren radicalmente en la situación pública y privada y las características geográficas de su ubicación clima tropical de playa vs clima frío de montaña.

Existen antecedentes como la investigación de Ruiz de Apocada, Martínez, Gutiérrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994), en la cual se evidenció que los pacientes bajo tratamiento por drogodependencias muestran mejor respuesta en el componente físico, del constructo CV que en otros componentes del mismo. Dichas puntuaciones altas en la dimensión física pueden estar directamente asociadas a las condiciones propias de la intervención en Comunidad Terapéutica, donde el sujeto se maneja en régimen cerrado, se elimina el consumo de las sustancias de impacto en la adicción, se regula la alimentación y el descanso, y se promueven las conductas de auto cuidado en general permitiendo una evolución más rápida y notoria en lo referido a la salud física.

En el mismo sentido, en relación a la modalidad Comunidad Terapéutica, se hallan diferencias significativas en la Calidad de Vida Global, la cual explora la percepción del paciente en relación a su Calidad de Vida en general. Entre los rangos observados, el mayor pertenece al Centro Asistencial Claret sede Margarita que por ende se considera que tiene una mejor percepción global de la CV; por su parte el que se presenta con una puntuación de menor rango, es el centro asistencial Harmonía. En base a lo anteriormente descrito se puede considerar para futuras investigaciones en el área de la CV un planteamiento sobre cuáles factores relacionados al tratamiento podrían influir en la percepción del sujeto sobre su CV y las dimensiones o factores asociados a ella.

Por su parte en la modalidad Seguimiento, se hallan diferencias significativas en la Evaluación de Salud Global en los diferentes Centros Asistenciales, resultando el centro Claret Caracas, con el mayor rango, y por ende, con mayor satisfacción en su Salud Global. En

relación a los centros asistenciales con modalidad Seguimiento, todos se hallan ubicados geográficamente en el mismo Estado, son de tipo privado y emplean programas similares para la modalidad de tratamiento, por lo que la diferencia es atribuible a condiciones propias de los sujetos bajo tratamiento en dicha modalidad.

En cuanto a los centros públicos, FUNDARIBAS y UDAF, en modalidad Comunidad Terapéutica y Ambulatorio respectivamente, no se hallan diferencias significativas entre las dimensiones, lo cual es atribuible a presentar programas similares, pese a ser diferentes modalidades, así como a la principal diferencia de ambas, que sería la pernocta; en Comunidad Terapéutica los sujetos se quedan dentro de las instituciones y en Ambulatorio no, que puede no estar influyendo en la percepción de CV de los pacientes. Esto nos permite plantearnos una interrogante, una investigación más a fondo, en relación a la principal diferencia de ambas modalidades, que sería la pernocta de personas bajo tratamiento por drogodependencias; y su influencia sobre la Calidad de Vida.

En el mismo sentido, en referencia a los centros públicos, es atribuible el resultado a que los criterios de selección en dichas instituciones, para las diferentes modalidades, son acordes entre el servicio que ofrecen y las diferentes necesidades de cada uno de los sujetos que atienden.

La Calidad de Vida es calificada en todas las modalidades de tratamiento y sus respectivos Centros Asistenciales como buena. Y existen pocas diferencias significativas en cada una de las dimensiones de la Escala entre las modalidades de todos los Centros Asistenciales, permitiendo considerar que la ejecución de los programas se realiza de forma similar.

Manteniendo la discusión referida a las dimensiones de la Escala, se observa que la misma no incluye la percepción en cuanto a la espiritualidad, en relación a lo cual autores como Iraurgi, Trujols, Jiménez y Landabaso (2011) afirman que las distintas intervenciones establecidas para el tratamiento de las adicciones deben incorporar todos los componentes importantes dentro del constructo de Calidad de Vida, como son la salud física, psicológica, las relaciones sociales, profesionales y la espiritualidad del sujeto.

En este aspecto el Sistema Nacional de Tratamiento de las Adicciones SNTA en su conformación filosófica y teórica, asume al ser humano como una unidad mente, cuerpo y espíritu, en interacción con su medio y entorno social, orientando sus prácticas e intervenciones en el sentido del desarrollo físico, psicológico, social y espiritual de las personas que atienden. Por su parte las instituciones de carácter privado que formaron parte de este estudio también implementan sus prácticas terapéuticas en dicho sentido.

Ahora bien, el instrumento que se aplicó para medir la percepción de la CV en la muestra, no contempla el aspecto espiritual del sujeto, el cual siendo incluido en el encuadre terapéutico de los Centros Asistenciales y considerado como componente importante dentro del constructo de la CV, nos permite hallar un vacío en la medición del mismo al emplear esta Escala, impidiendo establecer como la intervención terapéutica en dicho aspecto pueda estar desarrollando este componente de la CV, generando así otra interrogante para futuras investigaciones.

Sobrino y Zapata (2008) realizaron un estudio longitudinal aplicando un test de CV a 144 pacientes del UDAF durante su primer mes de tratamiento, tres meses después se le aplicó a los 21 pacientes que continuaban en el tratamiento, sus resultados guardan similitudes con la investigación actual, encontrando puntuaciones altas en la percepción de calidad de vida, con una ligera tendencia a mejorar a medida que aumentaba el tiempo de abstinencia; estas autoras indican que sus hallazgos pueden explicarse a través del nivel de conciencia de enfermedad y los mecanismos de defensa como la evasión y negación que les lleva a creer que tienen un nivel de funcionamiento personal óptimo, desvinculándose así del deterioro (emocional, físico y social) producto del consumo.

Para el caso de nuestra investigación se encontró que aquellos que tienen menor tiempo de abstinencia, modalidad de tratamiento Comunidad Terapéutica, puntuaron mejor que los que tienen una mayor cantidad de tiempo en abstinencia (modalidad Seguimiento). Estos resultados sin ser estadísticamente significativos, pueden explicarse en parte por el bajo nivel de conciencia de enfermedad que se suele tener en la modalidad Comunidad Terapéutica, el

cual es mayor o mejor estructurado en la modalidad de seguimiento, los cuales tienen mayor capacidad para percibir adecuadamente las consecuencias producidas por el consumo

Estos resultados también son explicados por lo planteado por como Ruiz, Pousa, Duño, Crosas, Cuppa y García (2008), quienes exponen que el concepto de Calidad de Vida representaría la percepción subjetiva de los pacientes sobre su nivel de bienestar y funcionalidad, en relación a su situación física, emocional (mental) y social, y al desempeño de actividades de vida cotidiana, el cual puede estar distorsionado cuando se tienen bajos niveles de conciencia de enfermedad, la cual es entendida como la capacidad de conciencia de tener un trastorno, sus consecuencias sociales, la capacidad de entender y asumir la necesidad de un tratamiento.

VIII. CONCLUSIONES

A manera de resumen final, tomando en cuenta el arqueo bibliográfico y el análisis de los resultados se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- La muestra estuvo compuesta por 113 personas bajo tratamiento por drogodependencias, de edades comprendidas entre 18 y 67 años, siendo el 85,5% de sexo masculino y el 11,5% de sexo femenino.
- En relación a las modalidades asistenciales, la mayoría de la muestra se hallaba en la Comunidad Terapéutica con 67 sujetos, en Seguimiento 36 y en Ambulatorio 10.
- La mayoría de los participantes se encontraban en instituciones privadas, representada por el 85% y el 15% en instituciones públicas.
- La muestra estuvo representada en su mayoría por consumidores de una sola sustancia, con mayores frecuencias para la Cocaína, Marihuana, Crack y Alcohol y habiendo participado en un solo tratamiento.
- La mayoría de los participantes pertenecen al Estrato II y III.
- En relación a la variable Calidad de Vida, los participantes reportan tener una alta Calidad de Vida en todas las Dimensiones, las cuales son: Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Entorno.
- También califican como buena la Calidad de Vida global y se sienten satisfechos con su Salud.
- En cuanto a la evaluación cualitativa entre los centros en la modalidad Comunidad Terapéutica, todas las dimensiones las califican de alta y media, excepto la Dimensión Física, la cual la reportan alta y muy alta, así como una buena Calidad de Vida Global y satisfacción con su salud.
- En cuanto a la evaluación cualitativa entre los Centros Asistenciales en la modalidad Seguimiento, todas las dimensiones arrojan resultados calificándolas de medio y alto, así como una buena Calidad de Vida Global y una Salud satisfactoria.
- En cuanto a la modalidad ambulatoria, todas las dimensiones son calificadas como buena, así como una buena Calidad de Vida Global y dicen sentirse muy satisfechos con su Salud.

- En relación a las diferencias significativas entre los centros según modalidad, sólo se halla diferencias en la modalidad Comunidad Terapéutica para la Dimensión Física y en la Calidad de Vida Global, así como en la modalidad Seguimiento en la evaluación de la Salud Global. Esto puede ser atribuible a las condiciones propias de la intervención o a las condiciones propias de los sujetos bajo tratamiento.
- En relación a los centros públicos, no se hallan diferencias significativas en las dimensiones, siendo atribuible a presentar programas similares o emplear criterios de selección correctos para asignar los sujetos a las distintas modalidades.
- Un factor que podría haber afectado los datos aportados a través de la Escala aplicada es la deseabilidad social ya que muchos sujetos podrían no responder de manera confiable por presumir ser evaluados según la información aportada.
- Los datos arrojados por la Escala Graffar- Méndez Castellano son coherentes en relación al tipo de vivienda y el Estrato Social, ya que la mayoría dice vivir en tipo de vivienda tipo 3 y tipo 2, encontrándose en el Estrato Social II. Lo que nos indica que existen situaciones, conductas o elementos constitutivos de la persona y las características del contexto, conocidos como factores de riesgo, que aumentan la probabilidad del consumo, aunque la probabilidad de consumo no lo determina directamente el Estrato al cual pertenezca el sujeto.

IV. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. Limitaciones

- Una de las limitaciones que se encontró en el transcurso de la investigación fue la característica de la población como muy heterogénea, hallándose mayor cantidad de centros privados que públicos en el área, así como en el sexo siendo mayor la cantidad de hombres que mujeres, y la cantidad de personas por modalidad, lo que dificultó hacer una comparación estadística entre dichas variables.
- Asimismo, existió una cantidad muestral pequeña, ya que para fines de la investigación no era recomendable incluir Centros Asistenciales que no presentaran estructuras terapéuticas estandarizadas acorde a planteamientos nacionales e internacionales.
- De igual forma, a pesar de la colaboración de las instituciones, se presentaron inconvenientes en la aplicación del instrumento, ya que en ocasiones podía interrumpir el encuadre terapéutico, tomando en cuenta que al ser programas estructurados en horarios de 24 horas o de sesiones establecidas para grupos de seguimiento, la disponibilidad de tiempo para responder el instrumento era limitado.
- En relación al WHOQOL-BREF, el mismo no presenta baremo, por lo que se tomó un baremo construido sin haber sido normalizado.

9.2. Recomendaciones

- Para futuras investigaciones es recomendable un enfoque cualitativo o mixto que permita realizar otro tipo de análisis, abordando aspectos de la Calidad de Vida que no fueron incluidos en la presente investigación, como sería la espiritualidad.
- Resulta importante realizar otros estudios, tomando en cuenta otras variables no incluidas en la presente investigación, como tiempo de consumo, severidad de la adicción y tiempo de abstinencia bajo tratamiento.
- Otro estudio significativo, sería poder comparar las diferentes modalidades de tratamiento, incluyendo diferentes instrumentos, como los mencionados en el Marco Referencial, para tener varios parámetros de medida de la variable Calidad de Vida, esperando una mejor discriminación.

- En relación a las dimensiones globales de la Escala WHOQOL-BREF, es recomendable un abordaje cualitativo con algunas técnicas como grupos focales o entrevistas, para poder dar explicación a la significación que otorgan a los conceptos globales y así entender y dar mejor explicación los resultados obtenidos en los mismos.

REFERENCIAS

- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F. y Pérez, M. (2008). Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el P.E.P.S.A. *Adicciones*, 20, 27-35. Recuperado el 12 de Enero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=289122033004>
- Alvarez, J. (2009). *Revisión de la Escala World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL – BREF)*. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Central de Venezuela.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. (4ª ed.). Barcelona, España: Masson, S.A.
- Aristeguieta, O. (2012). *La comunidad re-educativo terapéutica: Un espacio para drogadictos recuperables*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13, 1, 19-36. Recuperado el 15 de Enero de 2014 de http://javeriana.edu.co/redcups/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 4, 186-195. Recuperado el 08 de Enero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28334403>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.

- Blickman, T. y Jelsma, M. (2009). La reforma de las políticas de drogas: Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Nueva Sociedad* 222. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de http://www.nuso.org/upload/articulos/3623_1.pdf
- Calvo, H., Lucas, A., Pozo, E. y López, F. (2007). La calidad en el proceso de reinserción del drogodependiente. *Salud y Drogas*. 7 (001) pp. 159 – 179. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83970111>
- Casado, E. (1995). Orientación y educación, En E, Casado (Eds). *De la orientación al asesoramiento psicológico: una selección de lecturas*. (pp. 17-20). Caracas: CDCH-UCV
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*, 74.
- Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID) (2004): *Datos Estadísticos sobre Consumo de Drogas en Venezuela*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2014 de: <http://w.w.w.conacuid.com/consumo2003.doc>.
- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: Análisis de variables psicológicas implicadas. *Adicciones* 24 (1) 31 – 38. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de <http://www.adicciones.es/files/31-38%20contreras.pdf>
- D'Agnone, O. (1999). *Prevención y terapéutica de las adicciones*. Buenos Aires. Salerno.
- De León, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones "Teoría, Modelo y Método"*. España. Descleé de Broke.
- Del Olmo, Rosa (1975): *La Sociopolítica de las drogas* Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. División de Publicaciones. Venezuela

- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud y Droga*, 5 (2) pp. 117 – 136. Recuperado el 15 de Enero de 2015 de <http://www.scout.es/wp-content/uploads/Salud-y-Drogas-Monogr%C3%A1fico-Drogas-yG%C3%A9nero.pdf#page=117>
- Dueñas, O., Lara, M., Zamora, I y Salinas, G. (2005). *¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes?* [Versión electrónica], *Revista de Neuropsiquiatría*, 63(3-4), 212-221.
- Díaz, R (1986). *El ecosistema sociocultural y la calidad de vida*. México: Trillas.
- Egan, G (1983). *El Orientador Experto*. Belmont: Wadsworth Internacional Iberoamérica.
- Escohotado, A. (1999). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe, S.A
- Fabián, M. (2009). El fracaso del control de las drogas ilegales en Argentina. *Nueva Sociedad*. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de http://www.nuso.org/upload/articulos/3626_1.pdf
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: Concepto y Contribución. En Adair, J. Belanger, D., y Dion, K. (1998): *Avances en la Ciencia Psicológica. Vol. 1* Sussex, UK: Psicología.
- Fernández, J. y Flores, V. (2014). *Calidad y Satisfacción con la Vida en mujeres embarazadas primerizas*. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Central de Venezuela.
- Fernández, J., Rancaño, I. y Hernández, R. (1999). *Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos*, *Psicothema*, 11(2), 293- 303.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. Bogotá: *Manual Moderno*.

- Fundacredesa (2001). *Indicadores de situación de vida, Movilidad Social años 1995-2001. El Estudio Nacional. Tomo I*. Caracas, Venezuela.
- García, J. (1999). *Drogodependencias y Justicia Penal*. Ministerio de Justicia y Ministerio de Interior: España, Madrid.
- García, M., Gili, M. y Roca, M. (2011). Nuevas técnicas de neuro estimulación en las adicciones. *Adicciones*. 23 (4) 273 – 276. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de <http://www.adicciones.es/files/273-276%20Editorial%20garcia-toro.pdf>
- García, R., Martín, S., Vélez, A. y Lozano, O. (2012). Aproximaciones metodológicas en la investigación nosológica del trastorno por uso de sustancias. *Trastornos Adictivos*. 14 (2) pp. 37 – 43. Recuperado el 03 de enero de 2013 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90148409&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=116&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v14n02a90148409pdf001.pdf
- Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., Bobes, J., Leal, C y Cervera, S. (1997). *Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSVC)*. Recuperado el día 12 de Febrero de 2013 del sitio web http://www.uniovi.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997_Giner_Desarrollo.pdf
- Gómez-Vela, M y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. *Evolución del concepto y su influencia en la investigación práctica*. Recuperado el día 28 de Septiembre del sitio web: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>.
- Goti, M. (1990). *La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga*. Editorial Nueva Visión.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view of their mental health*. EEUU, New York: Basic Books.

- Hales, R. Yudofsky, S. y Talbott, J. (2000). *DSM – IV Tratado de psiquiatría*. (3^{ra} ed.) Barcelona, España: Masson, S.A.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3^a ed). Mexico, D.F: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*, (4ed). México D.F: Mc Graw-Hill
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2012 de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion>
- Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M. y Diaz-Sanz, M. (1999). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias* 24 (2), 131-147.
- Iraurgi, I., Trujols, J., Jimenez, J., y Landabaso, M. (2011). Valoración del impacto en la salud de las adicciones: Propuesta de la calidad de vida como indicador para los resultados. En Bobes, J. Casas, M. y Gutierrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos* (2ed). Madrid: Enfoque Editorial, S.C.
- Lozano, O. Rojas, A. Pérez, C. González, F. Ballesta, R. y Izaskun, B. (2008). 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. *Psicothema* 20 (2) pp 317- 323. Recuperado el 01 de Noviembre de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72720223.pdf>
- Lucas-Carrasco R, (1998). *Versión española del WHOQOL*. Majadahonda, España: Ergon, D.L.

- Lukomski, A. (2000). Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. P. 153-161. En: Boladeras M. (2000). *Bioética y calidad de vida*. Bogotá: Ediciones El Bosque; (Colección Bíos y Ethos)
- Martin, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos Fundamentales en Drogodependencias. In Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (3^{ra} ed.) Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Martínez, J.M. y Verdejo, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23, 339-352.
- Martínez, G. Graña, J. y Trujillo, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastornos por dependencia al alcohol con trastorno de la personalidad: Relación con el ajuste psicológico y el craving. *Psicothema* 22 (4) pp 562- 567. Recuperado el 01 de Noviembre de 2012 de <http://www.psicothema.com/pdf/3767.pdf>
- Martínez, J., Munera., P., y Becoña., E (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. *Anales de Psicología* (29) (1) pp. 48-53. Recuperado el 03 de Enero de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574006>
- Martínez, M, y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Méndez, H. y Méndez, M. (1999). *Metodología de investigación social, Graffar-Méndez Castellano*: Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana.

- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Mogedos, A. y Alameda, J. (2011). Toma de decisiones en pacientes drogodependientes. *Adicciones*. 23 (4) 277 – 287. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de <http://www.adicciones.es/files/277-287%20Alameda.pdf>
- Montoya, R (2004). Más adicto será usted. Caracas: Consejo Nacional de la Cultura.
- Morakis, A., Baltasar, M., Brito, M. y Castellanos, S. (2008). *Manual de prevención Integral*. Caracas, Ediciones del Rectorado U.C.V.
- Moreno, A. (1996). La Familia Popular Venezolana. Caracas: Edición Fundación Centro Gumilla. *Revista SIC*. 15 pp.441 - 443
- Nussbaum, M. y Sen, A. (1996). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Olivar, Á. (2011). Aplicaciones de la neurociencias de las adicciones en los modelos preventivos. *Trastornos Adictivos*. 13 (01) pp. 20 – 26. Recuperado el 15 de Enero de 2012 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90099627&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=69&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v13nSupl.1a90099627pdf001.pdf
- Olmsted, D. (1976). *El pequeño grupo*. Buenos Aires. Paidós
- Organización de Estados Americanos (OEA) CICAD (2003). *Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas. EEUU, Washington D.C.*
- Organización Mundial de la Salud (2005). *WHOQOL, Calidad de Vida*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2012 de <http://www.eumed.net/cel/2006/ojtm.htm>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (10 ed.). Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.
- Ovejero, B. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: Una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Psychosocial Intervention*. 9 (2) pp. 199 – 205
Recuperado el 18 de Febrero de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818249008>
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: Panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*. 13 pp. 80-88.
- Palacio, J y Madariaga, C. (2005). Redes sociales personales y calidad de vida en personas desplazadas por violencia política: el caso de Barranquilla (Colombia). *Revista hispana para el análisis de redes sociales*. 9 (3) pp. 1-27.
- Pedrero, E. y Ruiz, J. (2012). Subtipos de adictos a la cocaína con y sin consumo problemático de alcohol asociado: Hacia una neuropsicología de la personalidad aplicada a la clínica. *Adicciones*. 24 (4) pp. 291 – 300. Recuperado el 03 de Enero de 2013 de <http://www.adicciones.es/files/291-300%20Pedrero.pdf>
- Pérez, F. (2011). Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. *Norte de Salud Mental*. 9 (40) pp. 47 – 56. Recuperado el 28 de Noviembre de 2012 de <http://www.ome-aen.org/NORTE/40/10%20Art.5%2047-56.pdf>
- Quesada, C. y Fernández, E. (2009). Historia de la psiquiatría. En Bravo, M. Saiz, J. y Bobes, J. (2009). *Manual del residente en psiquiatría*. Madrid: ENE Life Publicidad S.A. y Editores.

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. (22° ed.) Madrid: Editor.

Ríos, J. (2006). *Factores psicosociales en la rehabilitación del consumo de drogas*. Trabajo especial de grado para optar al título de licenciado en Trabajo Social. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014 de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1527/ttraso185.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodrigué, E. (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Romero, M., Medina M., y Rodríguez, J. (2011). *Mujeres y Adicciones*. México: CENADIC

Ruíz A, Pousa E, Duño R, Crosas J, Cuppa S, García-Ribera C. (2008) Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatría*. 36 pp.111-119

Ruiz de Apocada, J., Martínez, H., Gutiérrez, M., Pérez de Arenaza, J. y Landabaso, M. (1994). Estudio preliminar de la calidad de vida en adictos a la heroína en el programa de objetivos intermedios. *Adicciones* 19-28.

Salazar, J., Pando, M., Arana, C. y Heredia, D. (2005). Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Investigación en Salud* 7(3), 161-165. Recuperado el 20 de Noviembre de 2012 de la Base de Datos Ebsco.

Sánchez, J. (2002) *Psicología de los grupos: teorías procesos y aplicaciones*. Madrid: Mc Graw Hill.

Sánchez, M y Quiroga, M. (1995). Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: variables Moduladoras. *Anales de Psicología*. 11(1) pp. 63-75.

- Sen, A. (1998). Capacidad y bienestar. p. 54-120. En: Sen, M., Nussbaum, M.(1998). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sobrino, E. y Zapata, N. (2008). *Pacientes farmacodependientes: Percepción de calidad de vida*. Trabajo de investigación para obtener el título de especialista en psiquiatría. Universidad Central de Venezuela.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Tyler, L. (1978). *La Función del Orientador*. D.F., Mexico: Trillas.
- University of Melbourne. (2007). Centre for Participant Reported Outcomes. (1997). About the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Project. Recuperado el día 29 de Noviembre de 2012 del sitio web: http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/qol/whoqol/resources/about_whoqol_project.pdf
- Vega, A. (1993). *La Acción Social ante las drogas*. Propuestas de Intervención Socioeducativa. NARCEA S.A: España, Madrid.
- Velarde, E, y Avila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista de Salud Pública Mexico*. 44(4) pp. 349-361.
- Verdejo, A. (2006). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. Tesis doctoral. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Verdejo, A., López-Torrecillas, F., Orozco, C., Pérez, M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*. 14 pp. 345-370.

Volkow, N., y Swanson, J. (2008). Does childhood treatment of ADHD with stimulant medication affect substance abuse in adulthood? *The American journal of psychiatry*, 165(5), 553-555. Recuperado el 15 de Enero 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667111/>

Yubero, S. (2001). *Drogas y Drogadicción. Un enfoque social y preventivo*. Madrid: Colección HUMANIDADES.

ANEXOS

Anexo 1. TEST WHOQOL - BREF

Nombre Completo: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Sustancia de Impacto: _____

Número de Tratamientos: _____

Es importante que tome en cuenta que las respuestas que suministrará en la presente encuesta, **serán manejadas con total responsabilidad y serán estrictamente confidenciales**; esta información sólo será usada para fines de investigación en el área de psicología.

En esta encuesta, se le preguntará cómo se siente acerca de diversas áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está seguro (a) de qué responder, por favor, elija la opción que le parezca más apropiada. Esta suele ser frecuentemente la primera respuesta que le viene a la mente. Por favor tenga en cuenta sus normas, esperanzas, alegrías y preocupaciones. Le pediremos que piense acerca de su vida **en las últimas dos (2) semanas**.

Es imprescindible que sea **COMPLETAMENTE HONESTO Y SINCERO** con sus respuestas, ya que de ello dependerá la validez de la presente encuesta. Usted tiene **total libertad de no responder** cualquiera de las preguntas que se le presentan a continuación, sin embargo, le agradeceríamos enormemente que las respondiera todas. Le recordamos nuevamente que estas respuestas serán manejadas con total responsabilidad y serán estrictamente confidenciales. Si tienes alguna duda, consulta con uno de los aplicadores de la Encuesta.

A continuación, acepto responder las preguntas que se me harán a continuación, tomando en cuenta lo descrito en párrafos anteriores.

Firma _____

Ejemplo:

	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
¿Recibe de los demás el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Usted deberá colocar un círculo en el número cuatro (4) si en las últimas dos semanas recibió mucho apoyo de los demás.

	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
¿Recibe de los demás el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Pero si usted no obtuvo el apoyo que necesitaba por parte de los demás, debe colocar un círculo en el número 1.

NO PASES LA HOJA HASTA QUE SE TE INDIQUE

¡Gracias por tu colaboración!

Por favor lea cada pregunta y evalúe su percepción, **en las últimas dos (2) semanas**, y encierre en un círculo el número de la escala que corresponda a la respuesta que sea la más apropiada para usted.

	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Un poco satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Está satisfecho con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de cuánto ha experimentado ciertas situaciones **en las últimas dos (2) semanas**.

	En lo absoluto	Poco	Cantidad moderada	Mucho	Demasiado
3. ¿En qué medida usted piensa que el dolor físico le impide llevar a cabo lo que necesita hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para funcionar en la vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿En qué medida considera que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7. ¿Qué tanto puede concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tan seguro (a) se siente en la vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Poco	En gran medida	Completamente
10. ¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene dinero suficiente para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en la vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿En qué medida tiene oportunidades para disfrutar de tiempo libre?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
15. ¿Qué tan bien puede usted moverse físicamente?	1	2	3	4	5

En las siguientes preguntas le pedimos decir qué tan bien o satisfecho (a) se ha sentido con relación a varios aspectos de su vida, **en las últimas dos (2) semanas.**

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su sueño? (forma de dormir durante las noches)	1	2	3	4	5
17. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su capacidad de trabajo? (capacidad para cumplir con sus obligaciones)	1	2	3	4	5
19. ¿Qué tan satisfecho (a) está consigo mismo (a)?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho (a) está con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Qué tan satisfecho (a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho (a) está con el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su acceso a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su medio de transporte?	1	2	3	4	5
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad y depresión?	1	2	3	4	5

¡Gracias por tu colaboración

Anexo 2. Método Graffar- Méndez Castellano

Datos personales:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Sustancia de impacto:

Numero de tto:

Estratificación Social:

1.1.1		1.1.2		1.1.3		1.1.4		Total:	E.S.:
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	--------	-------

1.1.1 Profesión del jefe de familia

1.1.3 Principal fuente de ingresos de la familia

1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	1	Fortuna heredada o adquirida
2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	3	Sueldo mensual
4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	5	Donaciones de origen público o privado

1.1.2 Nivel de instrucción de la madre

1.1.4 Condiciones de vivienda familiar

1	Enseñanza Universitaria o su equivalente	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Analfabeta	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Observaciones:

Anexo 3. Carta de solicitud a las instituciones

Ciudadano

Caracas, 30 de Noviembre de 2013

**Estimad Sr.****Jefe del Servicio**

Presente.-

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted en la oportunidad de hacer de su conocimiento, que los estudiantes de la escuela de psicología de la Universidad Central de Venezuela, Silvia Leonard y Ricardo Valdez, están llevando a cabo una investigación orientada a evaluar la relación entre el estilo de vida saludable y calidad de vida percibida en personas bajo tratamiento por drogodependencias. En tal sentido, los usuarios de su institución han sido elegidos para colaborar y formar parte de la muestra. Se le informa que de aceptar la invitación formarán parte de la investigación, respetando la decisión individual de cada usuario y si alguno decide retirarse de la misma en cualquier momento, puede hacerlo con toda libertad.

Sin más a que hacer referencia, nos despedimos agradeciendo de antemano la colaboración que pueda brindar para la consecución de los objetivos de la investigación.

Atentamente,

Silvia Leonard

Ricardo Valdez