

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del Trabajo Fin de Grado. El apoyo social en el tratamiento de las conductas adictivas.

AUTOR: MÉNDEZ BERMÚDEZ, TATIANA.

Nº expediente. 697

TUTOR. DANIEL LLORET IRLES

Departamento y Área. Psicología de la Salud. Psicología Social.

Curso académico 2016 - 2017

Convocatoria de Junio



INDICE:

	Pág.
• Introducción	6-9
• Método	10-13
○ Participantes	10
○ Variables e instrumentos	11
○ Procedimiento	12
○ Ética	13
○ Análisis de datos	13
• Resultados	14-17
• Discusión	18-19
• Conclusión	20
• Referencias bibliográficas	21-22
• Anexos	23-27

RESUMEN.

Introducción. El apoyo social es, “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos”. Contar con apoyo social suficiente es un predictor de continuidad en el tratamiento de la drogadicción. Además, disminuye la influencia de los acontecimientos estresantes sobre el «craving» o deseo de consumir. El presente trabajo tiene como objetivo general describir el apoyo social percibido de los usuarios de los Centro de Día para el tratamiento de la adicción a drogas.

Material y método. El presente trabajo sigue un diseño descriptivo transversal. Participaron 80 pacientes en tratamiento por conductas adictivas de los centros de día de la Fundación para el Análisis, Estudio y Prevención de las Adicciones (AEPA) de Denia (n=30), Alicante (n=33) y Alcoy (n=17). Rellenaron una ficha para recoger los datos socio-demográficos y los datos relativos al consumo. Para medir el apoyo social, se utilizaron los cuestionarios CASA Y MOS.

Resultados. El análisis no muestra diferencias estadísticamente significativas entre las variables socio demográficas (ambos sexos, convivencia y abstinencia) y tipo de sustancia. En cuanto al apoyo social percibido, tanto instrumental como emocional observamos los mismos resultados.

Conclusiones. Las hipótesis planteadas no han podido ser demostradas, no existe relación entre el apoyo social percibido y el abuso de sustancias adictivas. Se acepta la hipótesis que relaciona el tipo de sustancia con la aparición de alguna caída o recaída.

Palabras clave: Apoyo social, adicciones, terapia ocupacional.

ABSTRACT.

Introduction. The social support is understood as: " the set of provisions expressive or instrumental, perceived or got, contributed by the community, the social networks and the right-hand people or close friends ". To possess social sufficient support is a positive predictor of continuity in the treatment of the drug addiction. In addition, it diminishes the influence of the stressful events on the "craving" or desire to consume. The present work has as general aim describe the social support perceived of the users of the Centro by day for the treatment of the addiction to drugs.

Material and method. The present work follows a descriptive transverse design. 80 patients took part in treatment for addictive conducts of the day centers of the Foundation for the Analysis, Study and Prevention of the Addictions Denia's (AEPA) (n=30), Alicante (n=33) and Alcoy (n=17). They refilled a card to gather the information partner demographic: sex, age and educational level, and four variables relative to the consumption (principal, secondary drug, assistance, abstinence.)

Results. The analysis partner does not show statistically significant differences between the demographic variables and the type of substance. As for the social perceived, both instrumental and emotional support we observe the same results.

Conclusions. The raised hypothesis could not have been demonstrated, relation does not exist between the social perceived support and the abuse of addictive substances. On the other hand, the hypothesis that relates the type of substance to the appearance of some fall or relapse,

Keywords: social Support, addictions, occupational therapy.

INTRODUCCIÓN

Según Lin, Dean y Ensel (1986) se entiende el apoyo social como: “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos”¹. La función del apoyo social es la de ayudar a las personas a superar las dificultades, protegiéndolas de los factores de riesgo que pueden impedir el proceso de recuperación².

El gran volumen de definiciones sobre el apoyo social que se han venido manejando desde finales de los 70, la variedad de instrumentos de medida y las muy diversas actividades que se han incluido bajo el término, no han hecho más que dificultar la concreción de este concepto y la unificación de criterios para proponer una definición consensuada¹.

Pero también se sabe que las relaciones sociales tienen su parte negativa, ya que las relaciones de apoyo pueden ir acompañadas de obligaciones, por lo que el apoyo puede crear tensión y estrés. De este modo, se encontró que las interacciones sociales negativas, predicen más los problemas de salud y el bienestar, que las positivas³.

Debido a la socialización y a los diferentes roles de género, es esperable que existan diferencias en el apoyo social. Así, mientras que en los hombres se enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, el estereotipo de la mujer implica calidez, expresividad, y confort con la intimidad, donde la segunda está más dispuesta a reconocer las dificultades y buscar la ayuda de otros. Además, los diferentes papeles implican diferentes oportunidades para establecer, mantener y utilizar las relaciones sociales. También es más frecuente que la mujer cuide a su familia, y que se dedique a profesiones que impliquen el cuidado de otros³.

Se distinguen dos tipos de apoyo social: **el apoyo emocional**, definido como la comunicación verbal y no verbal que transmite preocupación y respeto y que fomenta la autoestima, y **el apoyo instrumental** o práctico, definido como la provisión de las condiciones y de los recursos que pueden ser utilizados para obtener la meta terapéutica, ayudando al individuo a recuperar el control de la situación⁴.

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos⁵.

Contar con apoyo social suficiente es un predictor positivo de continuidad en el tratamiento de la drogadicción. Además, disminuye la influencia de los acontecimientos estresantes sobre el «craving» o deseo de consumir⁶.

Diversos estudios sugieren que aquellos usuarios que se sienten más apoyados, tanto por sus propias familias como por los técnicos sanitarios, presentan un mejor pronóstico. El apoyo social recibido contribuye al éxito del tratamiento de alcoholismo⁷, de la adicción a otras drogas⁸ y de pacientes crónicos en general¹. La falta de apoyo social correlaciona con síntomas depresivos, ansiedad y desesperanza en dependientes de drogas y alcohol⁹.

Se sabe que la familia es un factor influyente en la decisión de abandonar el consumo de alcohol y/o drogas¹⁰, por ello fomentar estos dos tipos de apoyo, implicando a los familiares en los tratamientos de conductas adictivas, puede tener un efecto beneficioso en relación a la adherencia y la abstinencia y, por consiguiente, al éxito terapéutico¹¹.

Casas y Gossop (1993) observaron que la ausencia de ambos padres o de uno de ellos está asociada con un peor pronóstico. Concretamente, Levy (1972), en su estudio de seguimiento de cinco años sobre adictos a narcóticos, encontró que los sujetos que superaban el hábito contaban habitualmente con respaldo familiar. Kosten et al., (1983) señalan que los heroinómanos que viven con su familia obtienen mejores resultados en el tratamiento que los heroinómanos que viven solos¹⁶.

La Terapia Ocupacional se basa en el estudio de la ocupación humana y utiliza esta, la ocupación, como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, siendo básico y fundamental conseguir la independencia de la persona¹².

Las adicciones, ocasionan importantes alteraciones en las actividades de la vida diaria, en los roles, hábitos, y en general, en el desempeño ocupacional de las personas. Aquí es cuando entra el Terapeuta Ocupacional, el cual se dedica a trabajar la ocupación con objetivos terapéuticos.

Su labor hacia personas con conductas adictivas, tiene como objetivo fomentar las ocupaciones de libre elección, con el propósito de aumentar la motivación para el tratamiento, la implicación y el compromiso, e indirectamente su satisfacción vital, su nivel de salud y su calidad de vida.

El conocimiento sobre los mecanismos precisos mediante los cuales el apoyo social contribuye a mejorar la salud y a los factores moderadores es todavía insuficiente¹.

El interés de este trabajo es analizar el rol del apoyo social en el tratamiento de adicciones, conocer como este puede ayudar a una persona a conseguir una mayor adherencia al tratamiento y así disminuir el abandono.

En vista de la evidencia encontrada en la literatura, esperamos constatar que:

Hip.1 Los pacientes en tratamiento por consumo de heroína puntuarán más bajo en apoyo social que las personas en tratamiento por consumo de cannabis.

Hip.2 Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol puntuarán más bajo en apoyo social que las personas en tratamiento por consumo de cocaína.

Hip.3 Los hombres en tratamiento por conductas adictivas tendrán un menor apoyo social frente a las mujeres.

Hip.4 Los pacientes en tratamiento por consumo de heroína tienen un menor número de recaídas que los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína.

Hip. 5 Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol tienen un mayor número de recaídas que los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis.

El presente trabajo tiene como objetivo general describir el apoyo social percibido de los usuarios de los Centro de Día para el tratamiento de la adicción a drogas. Dentro de dicho objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

Obj. 1. Conocer si existen diferencias entre los diferentes sexos en el apoyo emocional.

Obj. 2. Conocer si existen diferencias entre los diferentes sexos en el apoyo instrumental.

Obj. 3. Conocer si existen diferencias en el apoyo emocional según el tipo de droga.

Obj. 4. Conocer si existen diferencias en el apoyo instrumental según el tipo de droga.

Obj. 5. Comparar la probabilidad de recaída según el tipo de sustancia como droga principal.



METODO

PARTICIPANTES

Participaron 80 pacientes en tratamiento por conductas adictivas de los centros de día de la Fundación para el Análisis, Estudio y Prevención de las Adicciones (AEPA) de Denia (n=30), Alicante (n=33) y Alcoy (n=17), que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- Estar en tratamiento ambulatorio por abuso o adicción a drogas.
- 2.- Ser mayor de 18 años.
- 3.- Haber firmado el consentimiento informado.

Una vez capturados los datos, se eliminaron ocho casos por el siguiente criterio de exclusión:

- 1.-Dejar sin contestar tres o más ítems de cada uno de los cuestionarios de apoyo social.

Por lo tanto, la muestra final quedó formada por 72 casos, de los que el 83,1% (60) son hombres y el 16,9% (12) son mujeres. La edad media fue 48,83 años (D.T. 10.05).

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Frecuencia (%)	60 (83.1)	12 (16.9)	Droga Ppal.		
Edad	49.29 (9.80)	46 (11.63)	Heroína	7 (11.9)	0 (0)
Nivel Educativo			Cocaína	13 (22.0)	1 (8.3)
Sin estudios	7 (11.9)	2 (16.7)	Alcohol	30 (50.8)	6 (50.0)
Primaria	22 (37.3)	5 (41.7)	Cannabis	1 (1.7)	1 (8.3)
Secundaria	23 (39.0)	2 (16.7)	Otra	5 (8.5)	1 (8.3)
Universidad	3 (5.1)	0 (0)	Droga Sec.		
Sit. Act.Consumo			Heroína	1 (1.7)	1 (8.3)
Abst. Estr.	36 (61.0)	4 (33.3)	Cocaína	7 (11.9)	2 (16.7)
Abst.Droga Ppal	6 (10.2)	1 (8.3)	Alcohol	7 (11.9)	1 (8.3)
Caída	9 (15.3)	3 (25.0)	Cannabis	4 (6.8)	0 (0)
Recaída	4 (6.8)	1 (8.3)	Otra	1 (1.7)	0 (0)
Asistencia			Ninguna	36 (61.0)	5 (41.7)
Aban/Exp	3 (5.1)	2 (16.7)	Cronicidad		
Media	12 (20.3)	3 (25.0)	Si	27 (45.8)	5 (41.7)
Completa	36 (61.0)	4 (33.3)	No	9 (15.3)	1 (8.3)
Seguimiento	4 (6.8)	0 (0)			

“Sit.Act.Consumo”. Situación actual de consumo; “Abs.Est”. Abstinencia estricta- Ningún consumo; “Abst Droga Ppal”. Abstinencia de droga principal; “Aban/Exp”. Abandono/Expulsión.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Datos **socio-demográficos**: sexo, edad y nivel educativo, y cuatro variables relativas al **consumo**:

1) Droga Principal, o sustancia por la que demanda tratamiento; 2) Droga Secundaria, otras drogas de abuso; 3) Situación Actual de Consumo: 3.a) Abstinencia estricta- Ningún consumo; 3.b) Abstinencia de droga principal-No hay consumo de la droga principal por la que demanda tratamiento; 3.c) Caída, se registra un consumo puntual de la droga; 3.d) Recaída, se registra un consumo continuado de la droga; 4) Asistencia: 4.a) Abandono/Expulsión- Abandono, falta de asistencia a más de tres sesiones sin justificar / Expulsión incumplimiento terapéutico; 4.b) Media, cumple regularmente, aunque tengan alguna falta sin justificar; 4.c) Completa, asiste a todas las sesiones; 4.d) Seguimiento. Con todas las anteriores variables se elaboró un cuestionario ad hoc.

(ANEXO 1)

Apoyo social. Se utilizaron dos escalas. Una genérica y otra específica para pacientes en tratamiento por consumo de drogas.

MOS. Cuestionario Medical Outcomes Survey (de ahora en adelante, MOS)¹³ es una escala general que mide tanto aspectos cuantitativos (red social) como cualitativos (dimensiones del apoyo social) y permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales. En su adaptación española¹⁴ consta de 20 ítems. Excepto el primero, que evalúa el apoyo estructural o cuantitativo (p. ej., número de amigos íntimos y familiares cercanos), los 19 restantes se organizan en tres factores. Apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 11, 13,14, 16, 17 y 19) α de Cronbach = 0,9411 (0,946*) Apoyo afectivo (ítems 6, 7, 10, 18 y 20) α de Cronbach = 0,8557 (0,888*) y Apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15). α de Cronbach =0,8707 (0,874*). El formato de respuesta es una escala tipo Likert de frecuencia: 1 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido. (ANEXO 2). * en nuestra muestra.

CASA (Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones). Evalúa dos dimensiones del apoyo social percibido: Apoyo Emocional e Instrumental, mediante dos escalas de 12 ítems cada una, de repuesta tipo Likert con cuantificadores de frecuencia Casi nunca (1) – siempre (7). Ambas escalas incluyen ítems inversos y directos para detectar la posible aquiescencia. Además, incluye una escala de valoración de la persona que presta el apoyo, y una sección, con 5 ítems, dedicada a describir la red social de apoyo. La fiabilidad de CASA es de α de Cronbach = 0.845 para la dimensión Emocional y de 0.831 para la dimensión Instrumental. (ANEXO 3.)

PROCEDIMIENTO

El presente trabajo sigue un diseño descriptivo transversal. Los participantes fueron reclutados en los centros de día para el tratamiento de adicciones de la Fundación AEPA en Denia, Alicante y Alcoy, durante los meses de enero y febrero de 2017.

Para la administración de dichos cuestionarios, recibimos la ayuda de los trabajadores de AEPA, Denia (trabajadora social), Alicante (trabajador social) y Alcoy (psicólogo). Los cuales se formaron en una jornada de formación del protocolo de administración de los cuestionarios CASA y MOS, dicha reunión fue organizada por los investigadores de este trabajo. En esta, se explicó de forma detallada cada ítem, la forma de administrarlo y los tiempos en los cuales se debía administrar. Para así evitar diferencias entre cada centro.

Una vez en los centros de AEPA se les presentó los cuestionarios a los pacientes, estos los rellenaban durante sus sesiones individuales.

Se les facilitó un consentimiento informado, para así cerciorarnos de su conformidad.

(ANEXO 4)

En qué consistía cada apartado y como rellenarlo fue explicado previo reparto y aprobación de los participantes, no obstante, la investigadora resolvió dudas de cualquier ítem si fue necesario.

Los participantes se identificaron a través de un código anónimo compuesto de dos letras y dos números: primera letra del nombre del padre, la primera letra del nombre de la madre y las dos últimas cifras del Documento de Identidad (DNI o CIF).

ÉTICA

Al tratarse de un estudio experimental en seres humanos, se ha seguido la declaración de Helsinki de 1975 modificada en 1983, además se les solicitó la firma del consentimiento informado, cumpliendo con la normativa de protección de datos expuesta en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria, por lo tanto, ni el nombre ni el documento de identidad queda registrado, ya que se utilizó un código para cada sujeto y así preservar su identidad

ANÁLISIS DE DATOS.

Las variables categóricas se describen mediante frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables numéricas mediante media y desviación típica. Para los objetivos 1, 2, 3 y 4, teniendo en cuenta que se trata de distribuciones no paramétricas, hemos recurrido al test U de Mann-Whitney para muestras independientes. Todos los contrastes son bilaterales, con $p < .05$ como punto de corte de significación estadística y realizados con el paquete estadístico IBM SPSS v23.0.

RESULTADOS

Para conocer si existen diferencias entre hombres y mujeres en el apoyo emocional (Objetivo 1), comparamos las puntuaciones medias de ambos grupos. La prueba U de Mann-Whitney indica que no hay diferencias en la distribución de las puntuaciones del Factor Apoyo Emocional medidas con la escala CASA y con la escala MOS entre el sexo masculino y femenino (Tabla 1)

Tabla 1. Comparación del Apoyo Emocional entre ambos sexos

	SEXO	N	Media	Desviación estándar
CASA_EMO	Hombre	59	5,4379	,97706
	Mujer	12	5,1806	1,59142
MOS_EMO	Hombre	57	3,8702	,98579
	Mujer	11	3,7364	1,25481

Para conocer si existen diferencias entre hombres y mujeres en el apoyo instrumental (Objetivo 2), comparamos las puntuaciones medias de ambos grupos. La prueba U de Mann-Whitney indica que no hay diferencias en la distribución de las puntuaciones del Factor Apoyo Instrumental, medidas con la escala CASA y con la escala MOS entre el sexo masculino y femenino (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación del Apoyo Instrumental entre ambos sexos.

	SEXO	N	Media	Desviación estándar
MOS_INST	Hombre	55	3,6409	1,23206
	Mujer	12	3,4375	1,50803
CASA_INST	Hombre	59	5,5593	1,04669
	Mujer	12	5,5764	1,22961

Al comparar el apoyo emocional con el tipo de droga consumida (objetivo 3), no observamos diferencias significativas en las medianas de puntuación ($p>0.05$).

Al observar cada tipo de droga por separado podemos destacar (Tabla 3):

- Heroína, vemos que, tanto en el MOS como en el CASA, muestran un buen apoyo emocional, destacando N que es muy bajo.
- Cocaína, en el MOS y en el CASA, se aprecia un buen apoyo emocional. Y es la segunda sustancia más consumida.
- Alcohol, se observa que gozan de un buen apoyo emocional, siendo esta la principal sustancia adictiva por la que acuden a tratamiento.
- Cannabis, muestran un buen apoyo emocional.

Tabla 3. Comparación según tipo de droga.

	Droga_Ppal	N	Media	Desviación estándar
MOS_EMO	Heroína	7	3,8571	,92350
	Cocaína	13	3,9308	,87976
	Alcohol	35	3,8571	1,06005
	Cannabis	2	3,7500	1,76777
CASA_EMO	Heroína	7	5,5595	,93134
	Cocaína	14	5,1964	1,44064
	Alcohol	36	5,3935	,95444
	Cannabis	2	4,4167	2,00347

Al comparar el apoyo instrumental con el tipo de droga (objetivo 4). Se aprecia que no hay diferencias significativas (Tabla 4).

Centrándonos por separado en cada sustancia:

- Heroína, bajo número de pacientes que acuden a tratamiento por esta sustancia. Presentan un buen apoyo instrumental.
- Cocaína, segunda sustancia por la que acuden a tratamiento. Se aprecia, que esta, es la que mayor apoyo instrumental presenta. Fijándonos en la media, esta es la más alta.
- Alcohol, se encuentra en el número uno, es la sustancia más consumida. En cambio, muestra un buen apoyo instrumental, pero a la vez es el más bajo entre todos los tipos de droga.
- Cannabis, sustancia menos consumida. Presenta un buen apoyo instrumental.

Tabla 4. Comparación del Apoyo Instrumental según tipo de droga.

	Droga_Ppal	N	Media	Desviación estándar
MOS_INST	Heroína	7	3,3571	1,31385
	Cocaína	14	4,2857	,71291
	Alcohol	33	3,2273	1,37977
	Cannabis	2	3,8750	1,59099
CASA_INST	Heroína	7	5,3452	1,06113
	Cocaína	14	5,6071	1,09702
	Alcohol	36	5,4745	1,04802
	Cannabis	2	5,0417	2,76950

Al comparar la tasa de caída-recaída según la droga principal, o sustancia por la que demandan tratamiento (objetivo 5), se observa una clara diferencia (Tabla 5).

La heroína, observamos que el 100% de los consumidores mantiene una abstinencia total o parcial, lo mismo sucede con el cannabis y otro tipo de adicción.

Además, comentar que, con respecto a la cocaína, el porcentaje de abstinencia total o parcial, 71,4% es mayor que el porcentaje, de caídas o recaídas, 28,6%. Para finalizar, con el alcohol, observamos un gran porcentaje 63,9% que mantiene abstinencia a la droga principal, y un 36,1% recae en el consumo de esta.

Tabla 5. Tasa de caída-recaída según la droga principal

	Heroína	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Otra	Total
Abstinente total o parcial						
Frecuencia	6	10	23	2	6	47
Porcentaje	100,0%	71,4%	63,9%	100,0%	100,0%	73,4%
Caída o Recaída						
Frecuencia	0	4	13	0	0	17
Porcentaje	0,0%	28,6%	36,1%	0,0%	0,0%	26,6%

Al comparar el apoyo emocional y el apoyo instrumental según convivencia (objetivo 6), no observamos diferencias significativas en las medias de puntuación (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de apoyo instrumental y emocional según convivencia.

	Convivencia	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CASA_INST	Solo	22	5,8144	,90265	,19244
	Con familia	44	5,6269	1,04106	,15695
CASA_EMO	Solo	22	5,7045	,86248	,18388
	Con familia	44	5,3409	1,18994	,17939
MOS_EMO	Solo	22	3,7091	,94914	,20236
	Con familia	41	3,9878	1,06188	,16584
MOS_INST	Solo	20	3,2125	1,47629	,33011
	Con familia	42	4,0000	1,08482	,16739

DISCUSIÓN

El presente trabajo tenía como objetivo general describir el apoyo social percibido de los usuarios de los Centro de Día para el tratamiento de la adicción a drogas. Participaron 80 pacientes en tratamiento por conductas adictivas de los centros de día de AEPA de Alcoy, Denia y Alicante.

Los resultados obtenidos, muestran que los pacientes en tratamientos por conductas adictivas, disponen de un apoyo social medio alto, ya que la media se sitúa en 5,4 para una escala de 1-7 en el caso de CASA y en 3,7 en una escala de rango de 1-5 en el caso de MOS.

Se observa una clara diferencia en el tamaño del grupo de hombres frente al de mujeres, los primeros son cinco veces más numerosos, 60 (83,1%), que las mujeres 12 (16,9%). Estas diferencias son normales en población en tratamiento por abuso de sustancias¹⁷.

Si nos centramos en el apoyo social que perciben, no se encuentran diferencias significativas.

Según el tipo de droga principal, es decir la sustancia que motiva la demanda de tratamiento, se muestra una clara diferencia de abuso entre ellas, destacando por encima el alcohol, le sigue la cocaína, heroína y cannabis, esta es la sustancia que menos demanda de tratamiento genera, solos dos casos.

Estos resultados, podrían ser explicados por la facilidad de conseguir un tipo de droga, la diferencia entre que una se comercialice y sea legal y las otras sean ilegales y no se encuentren tan fácilmente en el mercado. Se aprecia claramente que el alcohol al estar incluida en nuestro día a día, encontrarla en los comercios, en los lugares de ocio, en la televisión... lleva a ser la sustancia más consumida y por la cual acuden, un gran porcentaje, a los centros de día para llevar a cabo un tratamiento terapéutico.

Además, también se aprecia que la adicción al alcohol es la que más caídas o recaídas conlleva durante el tratamiento, y la cocaína se encuentra en el segundo puesto. En cambio, con las demás sustancias, hay un porcentaje del 100% de abstinencia total sobre la droga que llevó a asistir a tratamiento.

El apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de drogas en pacientes que habían alcanzado la abstinencia del consumo ¹⁵, nuestro estudio lo confirma, ya que un 26,6% han sufrido alguna caída o recaída, y el 73,4% mantiene esa abstinencia estricta a la droga principal. Sin embargo, al comparar en nuestro estudio la convivencia con la familia o solo, no se encontraron diferencias en los dos tipos de apoyo (instrumental y emocional).

Esto puede ser debido, al buen apoyo social que presentan, ya que los familiares estarán implicados igualmente en los tratamientos de conductas adictivas, por lo que no es necesario que convivan juntos para que haya una mayor adherencia al tratamiento, sabiendo que gozan de su apoyo, ya es un punto positivo para tener un efecto beneficioso en relación a la adherencia y la abstinencia y, por consiguiente, al éxito terapéutico¹¹.

Hay que indicar la limitación de esta investigación, el poco tiempo en el que se ha recogido la información para el estudio, en concreto, dos meses con una única medida. En este tiempo no se puede conocer el efecto del apoyo social en el éxito terapéutico. Ya que, con el fin de poder conocer el efecto del Apoyo Social en la eficacia del tratamiento, se precisan estudios longitudinales, que permitan seguir a un grupo de pacientes durante su evolución terapéutica. Este tipo de diseño se considera el adecuado para realizar inferencias causales en los estudios epidemiológicos observacionales, ya que permite medir el efecto de una variable (AS) sobre otra de aparición posterior (éxito terapéutico).

Otra limitación que nos encontramos, es no haber medido el AS en una muestra no clínica para poder comparar.

Se debería seguir con esta investigación durante al menos un año, midiendo abstinencia y apoyo social, durante el tratamiento y al finalizar este y con un seguimiento de 3, 6 y 12 meses. De esta forma podríamos observar si el apoyo social, ayuda a tener un mejor pronóstico y una mayor adherencia al tratamiento y un mejor mantenimiento de la abstinencia. Con estos datos se podría plantear una nueva hipótesis de estudio: Los participantes con mayor apoyo social terminan con éxito el tratamiento que los que tienen un menor apoyo social.

CONCLUSIONES

Como ya ha sido expuesto a lo largo de este trabajo, el propósito perseguido con el presente estudio se centraba en describir en qué medida el apoyo social, tanto el emocional como el instrumental, es percibido por los usuarios de los Centro de Día para el tratamiento de la adicción a drogas.

Percepción de Apoyo. La gran mayoría de pacientes (88,9%) cuenta con al menos una persona que se preocupa por su tratamiento.

Preferencia de la persona de Apoyo. El hermano es la persona que se percibe como mejor apoyo social, por uno de cada tres participantes 31,9%, seguido de la pareja con un 29,2% y los trabajadores del centro de día con un 20,8%.

Personas que se preocupan por su tratamiento. Los hermanos son la primera persona que el paciente percibe que se preocupan por su tratamiento, con un 50%, seguido de la madre con un 43,1%.

Según las hipótesis planteadas en este trabajo, en concreto las que se refieren al tipo de sustancia consumida y al sexo (hip.1, hip.2, hip 3), no han podido ser demostradas.

Los resultados demuestran que no hay una diferencia significativa, entre el apoyo social y ambos sexos y la sustancia consumida.

Se aceptan las hipótesis centradas en la caída o recaída (hip.4 e hip.5), el alcohol es la droga más consumida por los pacientes, con un mayor número de recaídas durante el tratamiento, 36,1%.

La segunda sustancia por la que acuden a tratamiento con un alto porcentaje en recaídas 28,6%, es la cocaína.

Para finalizar, son necesarios más estudios sobre todo en población general, comparando población clínica y no clínica, y así poder estudiar el apoyo social que presentan, según el tipo de sustancia y abuso de esta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Martos, M. J. y Pozo, C. Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos: Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*, (2011) 47–57.
2. Dobkin et al., 2002. Dobkin P.L., De M., Paraherakis A., Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*. 2002;97:347-56.
3. Matud P., Carballeira M., Lopez M., Marrero R., Apoyo social y salud: Un análisis de género. Vol.25 (2002).
4. Hogan, B., E., Linden, W. y Najarian B., (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22. 381-440.
5. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. National Institutes of Health. 2014. Pub.15-5605(s).
6. Rodríguez Martínez A., Pinzon Pulido SA, Maiquez Perez A., Herrera Jáimez J, Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa "libre de drogas" en prisión Vol.5 (2004).
7. Bond, J., Kaskutas, L. A. y Weisner, C. (2003). The persistence influence of social networks and Alcoholics Anonymous on abstinence. *Journal on Studies on Alcohol and Drugs*, 64, 579–588
8. Préau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J. P., et al. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*. 86, 175-182.

9. Nunes, M., De Aquino, V., Munhoz, A. y Rogério, P. Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos. *Adicciones*, Vol.25 (2013) 220–225.
10. Lopez Torrecillas F.,Bulas M.,Arroyo R. Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. Granada (2005).
11. Montesinos R., LLoret D., Segura JV.,Aracil A., La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. Univerisdad Miguel Hernández; 2016.
12. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. Universidad Rey Juan Carlos Madrid Vol.10 (2008).
13. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-712.
- 14.Revilla L., luna J., Bailón E., Medina I., Validación del cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And.)* 2005;10 (6): 10-18.
15. Garmendia M, Alvarado M, Montenegro M., Pino P, Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 169-178.
16. López-Torrecillas F, Bulas M, León-Arroyo R, Ramírez I. Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones* (2005) 241-249. disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122011007>.
17. Informe: Alcohol, tabaco y las drogas ilegales en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2016) 147.

ANEXOS.

Anexo 1.

FICHA INDIVIDUAL A COMPLETAR EN CADA CENTRO

CODIGO: _____

1. Sexo: ___1 = H ___2 = M

2. Edad _____ AÑOS

3. Nivel Educativo: ___1 = Sin estudios ___2 = Primaria ___3 = Secundaria ___

4 = Universidad _____

Droga principal

1 = Heroína ___2 = Cocaína ___3 = Alcohol ___4 = Cannabis ___5 = Otra. Indicar
cual _____

Droga secundaria

1 = Heroína ___2 = Cocaína ___3 = Alcohol ___4 = Cannabis ___5 = Otra. Indicar
cual _____

6= Ninguna _____

Consumo: ___1) Abstinente Estricto. ___2) Abstinente Droga Principal. ___3) Caída.
___4) Recaída.

Asistencia

___1) Abandono o Expulsión.

___3) Asistencia 100%

___2) Asistencia media

___4) Altas en seguimiento.

Anexo 2.

CUESTIONARIO M.O.S. DE APOYO SOCIAL

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

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

Escriba el n° de amigos y familiares

--	--

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

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

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseja cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5-Alguien que le lleva al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6-Alguien que le muestra amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abraza.	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda mezclarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepara la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desea.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16-Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17-Alguien que le aconseja cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18-Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19-Alguien que comprende sus problemas.	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerlo sentirse querido.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3.

C A S A
CUESTIONARIO de IMPACTO SOCIAL en UCCDDDES

El cuestionario es TOTALMENTE ANÓNIMO. Tan solo indicará una clave con la que no se le podrá identificar. Es imprescindible que responda a cada pregunta con total sinceridad.

No se trata de un test. No hay respuestas correctas o erróneas. Si no encuentra una respuesta que encaje exactamente con su opinión marque la más próxima. Si alguna pregunta le resulta incómoda, puede dejarla en blanco.

Muchas gracias por su participación.

Comience indicando su CLAVE ANÓNIMA, que se compone de 2 LETRAS Y 2 NÚMEROS.

Primeras letras del nombre de MI PADRE: _____ del nombre de MI MADRE: _____ Las 2 últimas cifras de mi DNI: _____

1. ¿Con quién vive actualmente? (respuesta múltiple)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Solo | <input type="checkbox"/> 5 Con amigo/s |
| <input type="checkbox"/> 2 Con pareja/cónyuge. | <input type="checkbox"/> 6 Otras (especificar) |
| <input type="checkbox"/> 3 Con padres y/o hermano/s. | _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 Con hijo/s. | |

2. ¿Cuál de las siguientes personas considera que mejor le puede ayudar a superar su problema?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Mi pareja. | <input type="checkbox"/> 6 Mi amigo/a |
| <input type="checkbox"/> 2 Mi padre | <input type="checkbox"/> 7 Otras (especificar) |
| <input type="checkbox"/> 3 Mi madre | _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 Mi hermano/a. | <input type="checkbox"/> 8 No tengo a nadie. |
| <input type="checkbox"/> 5 Mi hijo/a. | <input type="checkbox"/> 9 Prefiero que nadie me ayude. |

3. Actualmente, ¿Hay alguna persona que se preocupe por su tratamiento? ____ SI ____ NO

4. Marque con una cruz que personas se preocupen por su tratamiento (respuesta múltiple).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Mi pareja. | <input type="checkbox"/> 8 Mi amigo |
| <input type="checkbox"/> 2 Mi padre | <input type="checkbox"/> 9 Mi amigo |
| <input type="checkbox"/> 3 Mi madre | <input type="checkbox"/> 10 Otras (especificar) |
| <input type="checkbox"/> 4 Mi hermano. | _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 Mi hermana. | <input type="checkbox"/> 11 Nadie se preocupa por mi |
| <input type="checkbox"/> 6 Mi hijo | tratamiento |
| <input type="checkbox"/> 7 Mi hija. | |

5. Estas o estas personas, ¿Acuden a las sesiones de terapia cuando se les requiere?

____ SIEMPRE _____ A VECES _____ NUNCA _____ NO SE LE HA REQUERIDO

Marque con una cruz la opinión que más se aproxima a la suya.

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre
6.1 Confía en que yo puedo resolver mi problema	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Me comprende	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Me considera un vicioso y un débil	1	2	3	4	5	6	7
6.4 Se siente motivado/a y comprometido/a ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
6.5 Está harto/a de mí	1	2	3	4	5	6	7
6.6 Comprende que su colaboración es importante	1	2	3	4	5	6	7
6.7 Entiende que los reproches no ayudan a mejorar	1	2	3	4	5	6	7
6.8 Me quiere	1	2	3	4	5	6	7
6.9 Me humilla	1	2	3	4	5	6	7
6.10 Me calma cuando estoy nervioso/a	1	2	3	4	5	6	7
6.11 Me respeta	1	2	3	4	5	6	7
6.12 Duda de que yo sea capaz de recuperarme	1	2	3	4	5	6	7

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre
7.1 Se siente incómodo al hablar sobre mis problemas	1	2	3	4	5	6	7
7.2 Acude a las sesiones cuando le corresponde	1	2	3	4	5	6	7
7.3 Se preocupa por la agenda de terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.4 Me recuerda las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
7.5 Cumple las orientaciones que el terapeuta le da	1	2	3	4	5	6	7
7.6 Me ayuda a controlar las situaciones de riesgo	1	2	3	4	5	6	7
7.7 Se interesa por mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.8 Supervisa mi cumplimiento terapéutico	1	2	3	4	5	6	7
7.9 Desconfía de la terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.10 Se mantiene firme y coherente con los objetivos terapéuticos	1	2	3	4	5	6	7
7.11 Es un problema para mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.12 Me pregunta sobre mi tratamiento	1	2	3	4	5	6	7

Las siguientes frases se refieren a la persona que más se implica en su tratamiento

	Muy desacuerdo	Desacuerdo	No sé	De acuerdo	Muy De acuerdo
8.1 Es una de las personas más importantes para mí	1	2	3	4	5
8.2 Para mí es importante que se implique en mi terapia	1	2	3	4	5
8.3 Para mí es importante que me comprenda	1	2	3	4	5
8.4 Preferiría que fuera otra persona	1	2	3	4	5
8.5 No quisiera defraudar sus expectativas	1	2	3	4	5

Anexo 4.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se sabe que el Apoyo Social tiene una gran influencia en el proceso de deshabitación. Sin embargo, no disponemos de ningún instrumento capaz de medir el Apoyo Social en personas en tratamiento por conductas adictivas. La presente investigación tiene como objetivo determinar las dimensiones que componen el Apoyo Social y validar una escala de medida en el contexto del tratamiento de las adicciones. Los resultados ayudarán a mejorar la eficacia del tratamiento.

Su participación es de vital importancia para el desarrollo de la presente investigación. Es voluntaria, y en caso de que así lo desee podrá retirarse en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su equipo terapéutico, ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Su identidad será confidencial, para ello se utilizará un código anónimo. Su nombre y sus datos personales no serán difundidos de ninguna forma. En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de la información. Los datos obtenidos serán introducidos sin nombres en una base de datos.

Cualquier duda o información adicional será contestada por el investigador responsable.

=====

Yo,

- a) He leído la información que se me ha entregado.
- b) He recibido suficiente información sobre el estudio.
- c) He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- d) Acepto voluntariamente entrar en el estudio pudiéndome retirar:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mi tratamiento.

Doy libremente mi conformidad para participar libremente en este estudio.

En....., a, de, de 2017.

Firma del participante

Firma del investigador

