

DATOS EN PERSPECTIVA

Tratamiento por trastorno por consumo de sustancias



Esta cápsula fue preparada por el investigador del Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Ignacio Bórquez en 2021.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CENTRO DE ESTUDIOS
JUSTICIA & SOCIEDAD

ANTECEDENTES

El consumo de alcohol y otras drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública del mundo¹. Según el último Informe Mundial sobre las Drogas, se estima que 36,3 millones de usuarios/as de sustancias presentan un consumo perjudicial², por lo que padecen trastornos provocados por su uso, son proclives a desarrollar dependencia y requerir un tratamiento para recuperarse. Esto representa una prevalencia de trastorno por consumo de sustancias de alrededor de un 0,7% (rango 0,4 a 1,1%) global entre la población de 15 a 64 años³.

El abordaje de este fenómeno no es trivial, en la medida que posee múltiples aristas, incide de forma decisiva en la vulnerabilidad social– al profundizar las desigualdades e inequidades–, obstaculiza el desarrollo de las personas y comunidades, y contribuye a la inseguridad ciudadana.

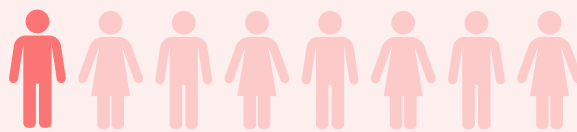
Como consecuencia del consumo problemático de sustancias prolongado en el tiempo, los consumidores van disminuyendo sus capacidades y habilidades para desarrollarse cotidianamente, e incluso –en algunos casos– van desarrollando ciertas capacidades disfuncionales (por ejemplo, de higiene personal, laboral, familiar, etc.), lo que en última instancia genera exclusión social, acentuada por el estigma y la discriminación asociada a su condición⁴. De esta manera, para quienes han desarrollado dependencia, son múltiples los ámbitos de la vida afectados, por lo que su proceso de recuperación no se limita únicamente a las condiciones salud, sino que presenta el desafío adicional de la integración social.

Durante el año 2007, The Betty Ford Institute (BFI) convocó por primera vez a un grupo personas en el campo del tratamiento de adicciones e investigadores para desarrollar una definición consensuada respecto a qué se deber entender por recuperación⁵. Se llegó a entender “la recuperación del abuso de sustancias como un estilo de vida mantenido voluntariamente que se caracteriza por la sobriedad, la salud personal y el ejercicio de la ciudadanía”⁶. Si bien existen personas que dejan de consumir por su cuenta, un porcentaje necesita de dispositivos y tratamiento por el consumo de alcohol y/o drogas para poder lograr una recuperación exitosa. Además, la literatura hace hincapié en que esto se logra y sostiene con el apoyo familiar y/o de redes de apoyo, siendo fundamentales a la hora de prevenir una recaída⁷.

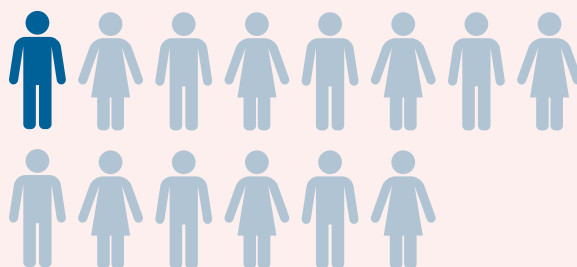


1.1 Cobertura

De acuerdo con el último Informe Mundial de Drogas, alrededor de uno de cada ocho personas que sufren de trastorno por consumo de sustancias están recibiendo el cuidado que necesitan, por lo que el acceso a servicios de tratamiento sigue siendo limitado en el mundo ⁸.



En el caso chileno, de acuerdo con las estimaciones realizadas por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad en el contexto de la Evaluación de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación de SENDA (2017-2020), la brecha de cobertura es aún mayor, siendo que solo una de cada catorce personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas accedió a tratamiento en 2017 ⁹.

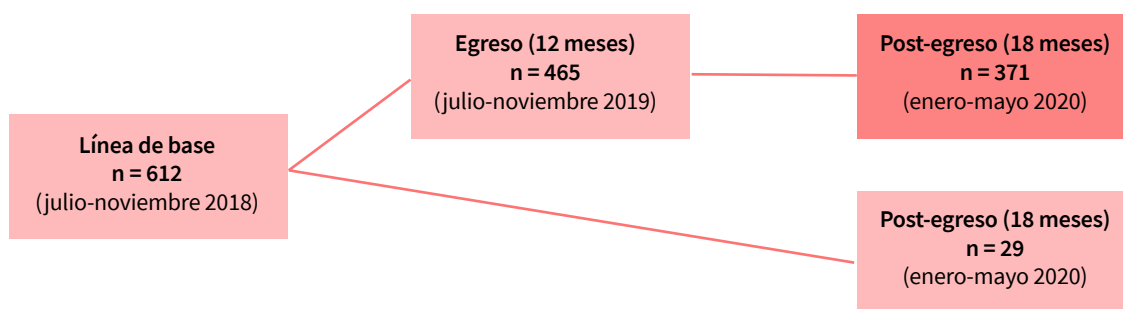


Aun así, existe evidencia de que el costo de proporcionar tratamientos basados en evidencia es mucho menor al costo de la drogodependencia no tratada. El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias no solo ayuda a reducir daño, sino que también mejora la salud, el bienestar y promueve la recuperación. Al mismo tiempo reduce la delincuencia, aumenta la seguridad pública, y entrega resultados comunitarios positivos como, por ejemplo, el reducir la situación de calle y el desempleo. No obstante, en muchos países sigue habiendo una brecha en las capacidades y prestaciones de servicios basados en evidencia para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias ¹⁰.

1.2. Datos en perspectiva CJS

El Centro de Estudios Justicia y Sociedad realizó entre los años 2017 y 2020 la Evaluación de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en Chile a pedido de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (DIPRES)¹¹. Para esto, se realizó un seguimiento de una cohorte de usuarios/as de los programas de tratamiento para la población adulta en modalidad residencial y ambulatoria-intensiva en centros con convenio SENDA de la Región Metropolitana. Se les realizó una entrevista al inicio de su tratamiento (n=612), 12 (n=465) y 18 meses después (n=400).

Diagrama 1: Descripción de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan algunos de los resultados del estudio, considerando solo quienes participaron en las tres olas del estudio (n=371). En general, fue más difícil recontactar a hombres, menores de 30 años, con compromiso delictual, y consumidores que declaraban la pasta base como sustancia principal.

Características sociodemográficas



32%

Uno de cada tres participantes se auto declaraba mujer

39 años es la media de edad

35%

poco más de uno de cada tres tenía menos de educación media completa

50% declaró no tener pareja

40%

se encontraba trabajando la semana previa a la encuesta.

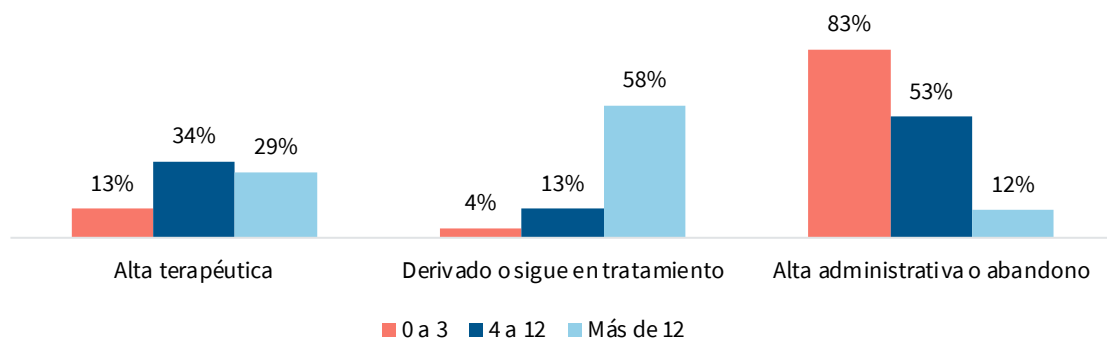
Experiencia en tratamiento

La exposición a tratamiento refiere a la cantidad de meses que una persona estuvo asistiendo a tratamiento. Este factor es relevante a la hora de observar resultados. La literatura internacional ha demostrado que la efectividad del tratamiento está vinculada al tiempo de estadía en éste y, además, que se necesita al menos de 3 meses para que se pueda observar un efecto^{12; 13; 14}. Por ejemplo, en el caso de Reino Unido, Jones y otros concluyen que las principales ganancias de los tratamientos se logran en las primeras 12 semanas, reforzando que es un periodo crítico al que se debe apuntar llegar como mínimo¹⁵. En el caso de la cohorte estudiada la retención (3 o más meses en tratamiento) fue de 87%, es decir, un 13% estuvo tres meses o menos en tratamiento. Como es de esperarse, quienes egresaron por alta terapéutica presentaron una mayor exposición a tratamiento que quienes abandonaron.



En concreto, el 13% de quienes estuvieron 3 o menos meses en tratamiento recibieron el alta terapéutica, aumentando a un 83% entre quienes abandonaron el tratamiento.

Gráfico 1: Tipo de egreso según exposición a tratamiento en meses* (N=370)



* Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado.
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

En cuanto a las prestaciones recibidas, destaca que **solo un 86% recibió atención psiquiátrica**, siendo esta prestación menor entre quienes estuvieron menos en tratamiento, quienes abandonaron el tratamiento y quienes estuvieron en tratamientos ambulatorios. Además, **menos de la mitad recibió visitas domiciliarias (46%)**, cuestión que debiese ser central para quienes abandonaron el tratamiento, ya que el rescate de participantes a través de visitas domiciliarias es un componente importante.

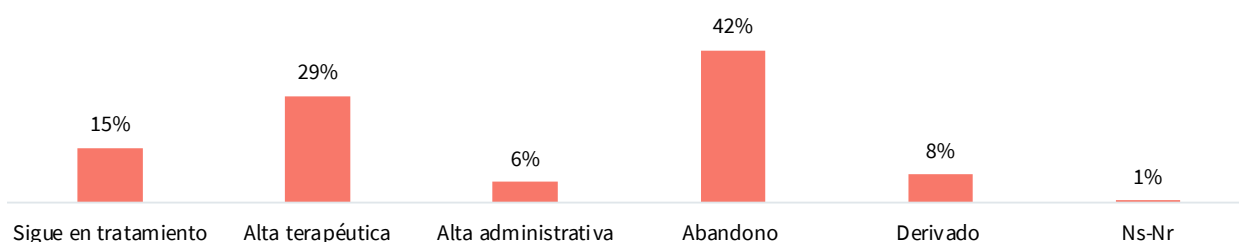
Tabla 2: Recibió atención psiquiátrica, atención psicológica, atención médica y visitas domiciliarias según tipo de egreso, exposición a tratamiento y programa (N=371)

	Atención psiquiátrica	Atención psicológica	Atención médica	Visita domiciliaria
	% Recibió	% Recibió	% Recibió	% Recibió
Tipo de egreso				
Alta terapéutica	88%	99%	54%	56%
Derivado o sigue en tratamiento	96% *	99% *	47% *	51% *
Alta administrativa o abandono	80%	94%	40%	42%
Exposición a tratamiento en meses				
0 a 3	66%	92%	37%	40%
4 a 12	84% *	97%	48%	45%
Más de 12	98%	98%	53%	57%
Programa				
Ambulatorio	80% *	97%	33% *	52% *
Residencial	98%	97%	69%	33%
Total	86%	97%	45%	46%

* Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado.
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

En cuanto al tipo de egreso a los 18 meses, en el Gráfico 2 se puede apreciar que **la mayoría de los usuarios abandonó el tratamiento (42%)**; un tercio de ellos (29%) egresó mediante alta terapéutica; un 15% sigue en tratamiento; y grupos minoritarios a quienes les dieron el alta administrativa (6%), o fueron derivados (8%). En general, las personas de programas residenciales egresan en mayor medida por alta terapéutica que quienes estuvieron en ambulatorios (39% versus un 26%). Respecto a las características sociodemográficas, se encontraron diferencias por edad, **siendo los más jóvenes (de 18 a 39 años) los que más abandonaron**.

Gráfico 2: Tipo de egreso a los 18 meses (N=371)

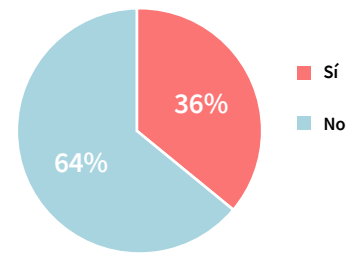


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

Además, quienes presentaban comorbilidad psiquiátrica o compromiso delictual en línea de base presentaron también mayores tasas de deserción. Finalmente, sólo un 36% de quienes egresaron recibieron algún tipo de seguimiento.

Gráfico 3: Recibió algún tipo de seguimiento luego del egreso (N=339)

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. El seguimiento incluye: (i) Llamados telefónicos; (ii) Citaciones; y (iii) Asistencia al centro de tratamiento. El número de casos difiere ya que no considera a quiénes siguen en tratamiento.



Patrones de consumo y uso de sustancias

Durante la línea de base del estudio se realizó un Análisis de Clases Latentes¹⁶ para identificar perfiles de patrones de consumo entre los y las participantes del estudio.

Alrededor de un	15%	era monoconsumidor intensivo de cocaína y/o pasta base, por lo que consumía 11 o más días al mes dichas sustancias.
Por otra parte un	18%	presentaba sólo problemas con el alcohol
Por lo tanto	33%	es decir, uno de cada tres, era monoconsumidor de alguna de las sustancias consultadas

Luego, se identificaron 2 perfiles de policonsumidores (58%).

Un primer perfil estaba asociado a un policonsumo donde la sustancia principal era la pasta base de cocaína. Este grupo generalmente también consumía intensamente marihuana, y en algunos casos alcohol y cocaína.

Un segundo perfil de policonsumidores mezclaba principalmente cocaína y alcohol, presentando días de consumo de ambas sustancias similares en el último mes.

Alrededor de dos de cada tres participantes presentaba policonsumo el mes antes de iniciar el tratamiento.



Además, aproximadamente uno de cada diez personas declaró no consumir ninguna sustancia durante el mes previo a su ingreso a tratamiento. Esta última clase de abstemios generalmente presentaba más tratamientos previos.



Alrededor de un	5%	declaró como su sustancia principal la marihuana, pero su consumo generalmente estaba acompañado de otras sustancias en igual o peor medida.
-----------------	-----------	--

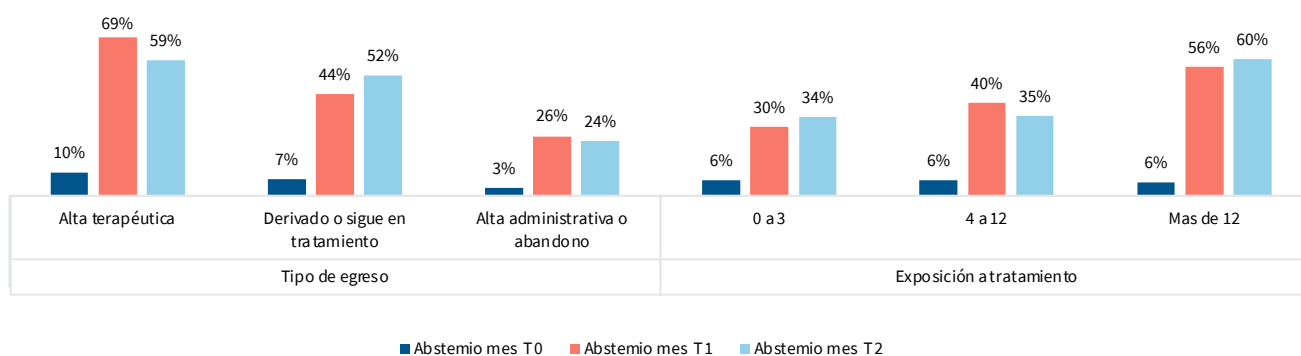
Tabla 3: Perfiles de consumo y porcentaje de cada clase en la muestra

Clase 1 / Perfil de consumo: Monoconsumidor intensivo cocaína o pasta base.	15%
Clase 2 / Perfil de consumo: Monoconsumidor intensivo alcohol.	18%
Clase 3 / Perfil de consumo: Policonsumidor con sustancia principal pasta base. Frecuencia consumo: medio-intensivo en alcohol, e intensivo en pasta base y marihuana. Algunos con consumo medio-intensivo en cocaína. Inicio precoz (menor a 15 años).	29%
Clase 4 / Perfil de consumo: Policonsumidor con sustancia principal cocaína Frecuencia consumo: consumo intensivo alcohol y cocaína.	29%
Clase 5 / Perfil de consumo: Abstemios al iniciar tratamiento.	9%

Fuente: Elaboración propia. N=346.

Una de las principales medidas de resultado de los tratamientos tiene que ver con el porcentaje de usuarios/as que mantienen la abstinencia, aun cuando para muchas personas este puede ser una meta terapéutica difícil de lograr. **Se observó mayor logro de abstinencia entre quienes recibieron el alta terapéutica.** No obstante, entre los 12 y 18 meses se evidenció una reducción de 10 puntos porcentuales en este indicador, dando cuenta de la importancia del acompañamiento post-tratamiento para mantener los resultados obtenidos. Además, haber estado en un programa residencial, ser mayor de edad y trabajar bajo supervisión, se asociaron positivamente con la abstinencia.

Gráfico 4: Abstemio mes en T0 (línea de base), T1 (segunda medición) y T2 (tercera medición) según tipo de egreso y exposición a tratamiento (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías; entre olas T1-T2 para alta terapéutica. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

La disminución en la frecuencia de consumo de la sustancia principal consumida mostró en general buenos resultados, con una reducción de 13 días de consumo en promedio (aproximadamente 75% de los días consumidos en línea de base), sobre todo para quienes declararon algún tipo de cocaína como sustancia principal.

Por lo general, los resultados para consumo de alcohol y/o drogas entre la medición de 12 a 18 meses no mostraron variaciones, lo que ofrece indicios de que los logros obtenidos se mantuvieron en el corto plazo luego del egreso. No obstante, el consumo problemático de alcohol y/o drogas debe ser considerado una enfermedad crónica, por lo que es posible que en períodos de observación más largos estos resultados vayan cambiando.

Tabla 4: Media de frecuencia de consumo en el último mes (en días) en línea de base y tercera ola según perfil de consumo

Frecuencia de consumo en el último mes (en días)	Línea de base	Tercera ola	Diferencia en días (% reducción)
Alcohol*	9	4	5 (56%)
Monoconsumidor alcohol*	14	5	9 (64%)
Policonsumidor cocaína*	11	4	7 (64%)
Policonsumidor pasta base*	11	5	6 (55%)
Marihuana*	7	3	4 (57%)
Cocaína*	8	1	7 (88%)
Monoconsumidor cocaína/pasta base*	9	2	7 (78%)
Policonsumidor cocaína*	14	2	12 (86%)
Policonsumidor pasta base*	7	1	6 (86%)
Pasta base*	13	3	10 (77%)
Monoconsumidor cocaína/pasta base*	22	4	18 (82%)
Policonsumidor pasta base*	17	5	12 (71%)

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

*Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T2 para todas las categorías. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

En el caso de alcohol y marihuana el tiempo de exposición a tratamiento parece ser una variable clave, ya que el grupo menos expuesto a tratamiento (3 meses o menos) no presentó mejoras ni en prevalencia ni en frecuencia de consumo. En cambio, para cocaína y pasta base se observa una reducción de la prevalencia del consumo mes cualquiera sea el tiempo de exposición a tratamiento con puntos de partida parecidos entre los grupos.

Por último, si en la línea de base el 96% de los/as encuestados presentaba abuso de sustancias de acuerdo a la clasificación del DSM-IV¹⁷, **este porcentaje disminuyó a un 34% en la última medición.**



Tabla 5: Prevalencia mes alcohol, marihuana, cocaína y pasta base en línea de base y tercera ola según exposición a tratamiento (N=370)

Prevalencia mes	Alcohol		Marihuana			Cocaína		Pasta base				
	Línea de base	Tercera ola	Línea de base	Tercera ola	Línea de base	Tercera ola	Línea de base	Tercera ola				
Exposición a tratamiento (en meses)												
0 a 3	72%	60%	47%	40%	62%	13%	*	40%	17%	*		
4 a 12	73%	52%	*	36%	19%	*	51%	20%	*	39%	15%	*
Mas de 12	73%	33%	*	42%	17%	*	53%	10%	*	34%	6%	*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T2. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Salud mental

Se midieron algunos trastornos de salud mental a través de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional M.I.N.I.¹⁸ en las tres olas del estudio.

Las prevalencias en la línea de base eran las siguientes:

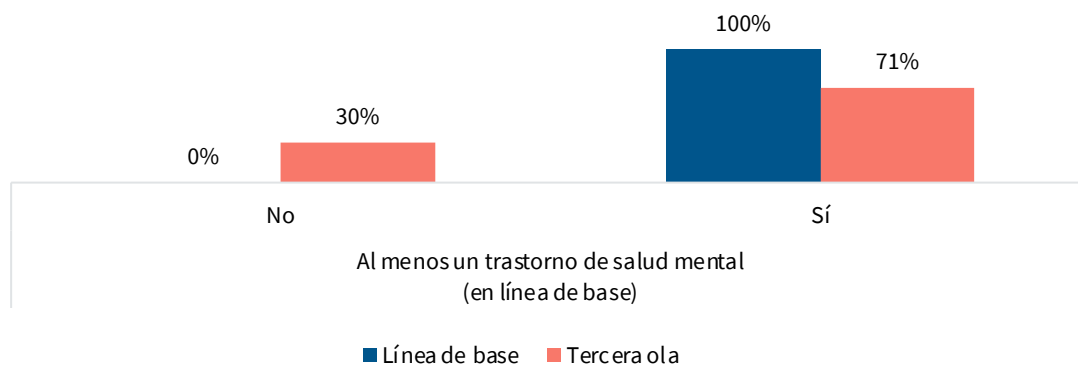
- (i) Episodio depresivo mayor actual **(41%)** y recurrente **(21%)**;
- (ii) Trastorno de angustia actual **(11%)** y de por vida **(22%)**;
- (iii) Trastorno de personalidad antisocial **(28%)**;
- (iv) Episodio por estrés postraumático **(7%)**; y
- (v) Trastorno de ansiedad generalizada **(28%)**.



Se observaron disminuciones significativas en la prevalencia de trastornos de salud mental (al menos uno) entre quienes asistieron a tratamientos ambulatorios (de 60% a 50% - 10 puntos porcentuales), y quienes estuvieron expuestos más de doce meses (de 62% a 48% - 14 puntos porcentuales).

No obstante, se detectó que alrededor de una de cada tres personas que no presentaban trastornos de salud mental en la línea de base lo desarrolló a los 18 meses (30%), seguramente debido a desajustes propios de intervenciones exigentes y prolongadas, lo cual obliga a considerar efectos no deseados de las propias intervenciones clínicas. Entre quienes sí presentaron alguno hubo una reducción de 29 puntos porcentuales entre ambas mediciones.

Gráfico 5: Al menos un trastorno de salud mental en línea de base y en la tercera ola según al menos un trastorno de salud mental en línea de base (N=371)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

Salud física

Uno de los resultados sanitarios más relevantes en el tiempo fue la inhibición de eventos críticos asociados a la salud física de las personas participantes, como el uso de urgencias, hospitalizaciones y accidentes vinculados al consumo de alcohol y/o drogas. Esto implica una reducción sobre la demanda de los servicios de urgencia, y supone también una reducción significativa de costos para el sistema de salud.



Así, por ejemplo, si al inicio del tratamiento

46% uno de cada dos declaró haber acudido a un servicio de urgencia, haber estado hospitalizado o haber sufrido un accidente asociado al consumo de sustancias

12% en la tercera medición esta proporción disminuyó a poco más de uno de cada diez

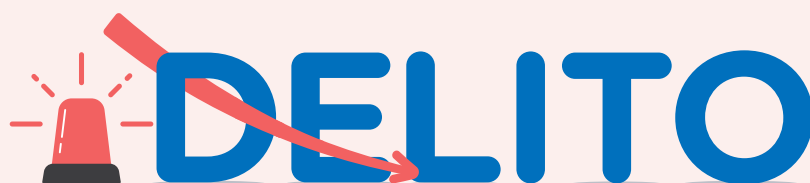
Desagregando este dato por modalidad de tratamiento

en tratamientos ambulatorios este indicador **=** reducción de 27 puntos porcentuales, **73% ↓↓**
disminuyó de un 37% a un 10% lo que representa reducción del

mientras que en tratamientos residenciales **=** reducción de 48 puntos porcentuales, **76% ↓↓**
pasó de un 63% a un 15% lo que representa una reducción del

Compromiso delictual

Respecto de la comisión de delitos, se observó una disminución en la proporción que había cometido al menos un delito en los últimos 12 meses, desde 37% a un 24%, pero esta se explicaba casi en su totalidad por población tratada residencialmente, mientras que en población ambulatoria las diferencias no resultaron estadísticamente significativa.



Por otro lado, el compromiso delictual resultó ser un elemento asociado sistemáticamente a peores resultados en otras dimensiones, tales como salud mental, alta terapéutica y consumo de sustancias.

Participación socioeconómica

El trabajo estable es un factor protector que permite mejores resultados del tratamiento, pues resguarda frente a recaídas o deserción, y ayuda a la integración social. Si bien es de esperar que las personas que se encuentran en dispositivos residenciales de tratamiento dejen de trabajar al iniciar el proceso, el estudio dio cuenta de que existen importantes barreras en este punto.



En concreto, una de cada tres personas que tenían trabajo antes de comenzar el tratamiento lo perdieron en el transcurso del mismo.

Se observaron disminuciones significativas para mujeres y quienes estuvieron más expuestos a tratamiento. Así, se revela una cierta deshabilitación laboral asociada a largos periodos en los programas de tratamiento (de 12 meses o más), afectando especialmente a las mujeres.

Tabla 7: Trabajó la semana pasada en línea de base y en la tercera ola según trabajo en línea de base, sexo, exposición a tratamiento y tipo de programa (N=370)

	Trabajo la semana pasada (% Sí)	
	Línea de base	Tercera medición
Tiene trabajo en línea de base*	100%	67%
Mujeres*	56%	48%
12 meses o más en tratamiento*	72%	60%
Programa ambulatorio*	70%	64%
Programa residencial	53%	52%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

* Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T2. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Vinculación a redes de apoyo

Uno de los factores claves asociados a buenos resultados en tratamiento de drogas es el acceso a redes de apoyo que faciliten el proceso de recuperación, y que ayuden a mantener este estado de manera sostenida en el tiempo. En general, los resultados muestran que el grupo que abandonó o fue dado de alta administrativa no presentó un aumento significativo en la calidad autopercibida de la relación con sus familiares¹⁹, al igual que quienes estuvieron menos expuestos (3 o menos meses) y quienes asistieron a tratamientos residenciales.



Tabla 8: Índice de calidad de redes¹ en línea de base y tercera ola según tipo de egreso, exposición a tratamiento y programa (N=368)

	Índice calidad de redes		Diferencia
	Línea de base	Tercera medición	
	Media	Media	Media
Tipo egreso			
Alta terapéutica	12,8	13,6	-0,7*
Derivado o sigue en tratamiento	12,7	14,2	-1,5*
Alta administrativa o abandono	14	14,3	-0,3
Exposición a tratamiento (en meses)			
0 a 3	14,1	14,3	-0,1
4 a 12	13,3	13,8	-0,5*
Más de 12	13,1	14,5	-1,3*
Programa			
Ambulatorio	13,4	14,3	-0,9*
Residencial	13,3	13,6	-0,3
Total	13,3	14	-0,7*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

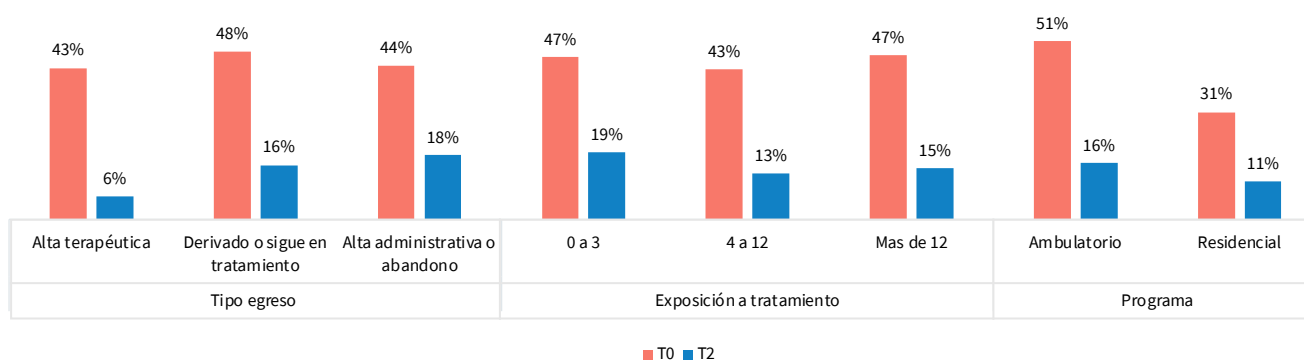
* Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

1. Sumatoria de calificación de relación con familiares (Likert 1-5), incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; y (v) Padre.

Otra de las dimensiones del capital social son las amistades. Ser parte de un grupo de amigos con problemas de adicción propicia la adopción de valores no convencionales y aumenta la probabilidad de usar drogas y de poseer antecedentes delictuales. En este punto, se observó una disminución global del contacto con amigos con consumo problemático. Aun así, la disminución presentada por las personas egresadas por alta terapéutica fue mayor que para quienes abandonaron o fueron dados de alta administrativa (37 versus 26 puntos porcentuales respectivamente).



Gráfico 6: Declara que el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en línea de base (T0) y tercera ola (T2) según tipo de egreso, exposición a tratamiento en meses y programa (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

* Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T2 para todas las categorías. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

1.3. Conclusiones

El consumo problemático de alcohol y/o drogas supone no solo un problema de salud pública, sino también de integración del sujeto a la sociedad. Todo proceso de reintegración social supone previamente una exclusión en la participación social de quien demanda ser reintegrado. El consumo problemático de alcohol y/o drogas conlleva en la sociedad actual un importante estigma, asociado a que éste se entiende como un comportamiento que transgrede normas o convenciones sociales sedimentadas en la cultura. La estigmatización de consumidores problemáticos puede ser un factor determinante en su persona, ya que tiene un efecto profundo sobre la identidad. El estigma comprende un proceso de distorsión biográfica conocido como 'etiquetamiento retrospectivo' que lleva al rechazo social, marginando al individuo con otros en su misma situación, reforzando la idea de "desviado" e impulsándolo a continuar con conductas tales como el consumo de sustancias²⁰. **Es decir, la reintegración social supone en un primer momento la exclusión de las personas por incumplimiento de normas sociales establecidas, procesos que muchas veces se reiteran en el tiempo y se vuelven acumulativos, pasando a ser parte del self de la persona y escalando a procesos de exclusión más marcados.**

Es por esta razón que es importante avanzar en impulsar y proveer dispositivos de tratamiento basados en evidencia, que permitan y contribuyan a la recuperación de personas que padecen este trastorno de salud mental. **Un programa bien implementado considera habitualmente las siguientes dimensiones: uso y cumplimiento de protocolos preestablecidos, experiencia del equipo tratante, monitoreo permanente de los resultados que se obtienen y bajas tasas de deserción²¹.** También se considera que programas comprensivos que abordan aspectos complementarios con el abuso de drogas, especialmente la comorbilidad psiquiátrica y el compromiso delictual, son más eficaces²².



Por lo general, la motivación hacia el tratamiento es una variable crucial en los resultados finales^{23; 24; 25}. La decisión de producir un cambio en el comportamiento debe provenir del propio paciente, aunque los niveles de motivación pueden variar en el tiempo. Asimismo, resulta fundamental la capacidad de la familia (y de los pares) de ofrecer condiciones específicas de ayuda y soporte al tratamiento, y condiciones generales de funcionamiento^{26; 27; 28; 29; 30}, que incluyen de manera especial la ausencia de abuso de drogas en entornos cercanos³¹. Finalmente, es importante atacar la deshabilitación laboral de las personas que están en este tipo de dispositivos, toda vez tener un trabajo contribuye a su recuperación y previene recaídas^{32; 33}.

NOTAS

1. VanGeest, J., Johnson, T., & Alemagno, S. (2017). History of Substance Abuse Research in the United States. En J. VanGeest, T. Johnson, & S. Alemagno, *Research Methods in the Study of Substance Abuse* (págs. 3-25). Cham: Springer.
2. UNODC. (2021). *Reporte Mundial de Drogas*. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
3. UNODC. (2021). *Reporte Mundial de Drogas*. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
4. VanGeest, J., Johnson, T., & Alemagno, S. (2017). History of Substance Abuse Research in the United States. En J. VanGeest, T. Johnson, & S. Alemagno, *Research Methods in the Study of Substance Abuse* (págs. 3-25). Cham: Springer.
5. Gitlow, S. (2007). Recovery and Research: A Better Paradigm. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 277-278.
6. Betty Ford Institute Consensus Panel (BFI). (2008). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 222.
7. Arndt, S. (2007). Commentary on "Defining and Measuring Recovery". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 275-276.
8. UNODC. (2021). *Reporte Mundial de Drogas*. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
9. DIPRES. (2020). Informe Final: Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA
10. UNODC. (2021). *Reporte Mundial de Drogas*. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
11. Para más información revisar el Informe Final del estudio, disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-214466_informe_final.pdf
12. Simpson, D., Joe, G., & Broome, K. (2002). A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, 39, 538-544.
13. Simpson, D., Joe, G., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 565-572.
14. National Institute for Drug Abuse. (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment*. NIH Publication No. 12-4180.
15. Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Samantha, W., Tracy, A., . . . D'Souza, J. (2009). *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report 3rd Edition*.
16. El análisis de clases latentes (ACL) es un análisis centrado en la persona: el foco está en identificar subgrupos de individuos en la población, que no son perfectamente capturados por un solo indicador. El supuesto detrás de la técnica es que existe una variable categórica latente detrás de la variación y covariación del set de indicadores observados, variable que identifica la existencia de subgrupos de la población.
17. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)*.
18. Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 (Sheehan, et. al, 1998). Se midieron los siguientes trastornos: (i) Trastorno de angustia; (ii) Episodio depresivo mayor; (iii) Estado por estrés post traumático; (iv) Trastorno de ansiedad generalizada; y (v) Trastorno antisocial de personalidad.
19. Sumatoria de calificación de relación con familiares (Likert 1-5), incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; y (v) Padre.
20. Goffman, E. (2012). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu
21. Prendergast, M., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend*, 1(67), 53-72.
22. Williams, R., & Chang, S. (2000). *A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome*. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 138-166.
23. Williams, R., & Chang, S. (2000). *A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome*. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 138-166.
24. Willoughby, F., & Edens, J. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8(3), 275-291.
25. Prendergast, M., Podus, D., & Chang, E. (2000). Program Factors and Treatment Outcomes in Drug Dependence Treatment: An Examination Using Meta-Analysis. *Substance Use & Misuse*, 50(12), 1931-1965.
26. Siddall, J., & Conway, G. (1988). Interactional Variables Associated with Retention and Success in Residential Drug Treatment. *International Journal of the Addictions*, 23, 1241-1254.
27. Tracy, E., & Biegel, D. (2006). Personal Social Networks and Dual Disorders: A Literature Review and Implications for Practice and Future Research. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), 59-88.
28. Zywiak, W., Longabaugh, R., & Wirtz, P. (2002). Decomposing the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(1), 114-121.
29. Beattie, M., & Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 593-606.
30. Murphy, S., & Rosenbaum, M. (1997). Two women who used cocaine too much. En S. Murphy, & M. Rosenbaum, *Crack in America: Demon drugs and social justice* (págs. 98-112).
31. Bean, P., & Nemitz, T. (2004). *Drug treatment; What Whorks?* Lóndres: Routledge.
32. Platt, J. (1995). Vocational Rehabilitation of Drug Abusers. *Psychological Bulletin*, 416-433.
33. Hermlin, J., Steer, R., Platt, J., & Metzger, D. (1990). Risk characteristics associated with chronic unemployment in methadone clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 117-125.