

**CALIDAD DE VIDA Y RECAIDAS EN ADICTOS A  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LIMA  
METROPOLITANA**

*José Anicama G. \*, Elizabeth Mayorga F. y Carmela Henostroza M.*

**RESUMEN**

*Con el objetivo de determinar los niveles de calidad de vida y las características de las recaídas en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas, utilizando un tipo de diseño descriptivo – comparativo; se estudió una muestra constituida por 67 sujetos adictos de SPA teniendo en cuenta ciertos criterios de inclusión. Se usó como instrumento la escala de calidad de vida de Olson y Howard y el cuestionario de recaídas para adictos de Marlatt, aplicados ambos en forma individual y procesados con el SPSS. Se ha encontrado que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales, es mejor en los hombres que en las mujeres y se deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo. Las principales razones para volver a consumir son los determinantes intrapersonales: sentirse molesto, triste y el no poder resistir los deseos de consumo, así como sus estados emocionales negativos y los determinantes interpersonales, tales como: el conflicto interpersonal y el no poder resistir las invitaciones de consumo. En suma, se observa que la cantidad de recaídas afecta negativamente la calidad de vida. La importancia de estos datos permitirán definir programas de rehabilitación y seguimiento para adictos.*

**Palabras Clave:** *Calidad de Vida, Recaídas y adictos a sustancias psicoactivas.*

**ABSTRACT**

*67 consumers of SPA were studied in their characteristics of quality of life and in the determinant and indicators of their relapses. It was used the Questionnaire of quality of life from Olson and Barnes and the Questionnaire of relapses for addicts from Marlatt. The data of this sample point out that the addicts' quality of life is below than found in the normal populations; it is better in men than in women, it deteriorates as the age goes on and it is more critical as the time of consumption advances; and the main reasons to consume again have to do with the intrapersonal determinants: to feel annoying and sad, and the power to resist the desires, as well as their negative emotional states; on the other hand, the most significant interpersonal determinants are the interpersonal conflict and not to be able to resist the consumption invitations. In sum, there exists an inverse relationship; to more number of relapses there is less quality of life; which is important to define the rehabilitation programs and follow ups from the addicts with relapses.*

**Key words:** *Addicts, psychoactive substances, relapses, quality of life.*

---

\* Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, Docente Universidad de San Martín de Porres y Universidad Nacional Federico Villarreal.

## INTRODUCCION

Calidad de vida está asociada a un gran abanico de nociones cargadas de connotaciones positivas para cada persona que piensa en ella: vivir bien, estar bien, tener buen nivel de vida, tener bienestar, estar satisfecho, ser feliz e incluso hay quien lo asocia con una vida más o menos lujosa, comfortable, adinerada, etc.

El concepto científico de calidad de vida toma fuerza con la consolidación de los llamados valores post materiales. Es por ello que, a diferencia de otros conceptos utilizados en relación a «ir las cosas socialmente bien», es el único que integra plenamente los aspectos psicológicos de la vida personal y colectiva, intentando integrar evaluaciones de la misma.

CIMA (1979) define la calidad de vida como el grado en el cual las condiciones de una sociedad permite a sus miembros «realizarse» de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia.

A lo largo de la década de los 60, el concepto de calidad de vida se fue vinculando a una noción que incorpora medidas psicosociales de la realidad, las que inicialmente se denominaron «subjetivas»: percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son los sentimientos de felicidad, satisfacción, etc. Esta conceptualización se inició en los EE.UU. y pasó rápidamente a las esferas académicas de la mayoría de los países industrializados.

Gurin, Veroff y Feld (1960) desarrollaron en aquel entonces un estudio epidemiológico sobre salud mental que tuvo importantes repercusiones: al explorar el estrés psicológico, introdujeron cuestiones sobre la felicidad autoatribuida. Sus resultados dieron pie a los famosos trabajos de Bradburn y Caplovitz (1965) iniciados en 1961, y que consolidaron la denominada «aproximación felicidad» al estudio de la calidad de vida. Estos trabajos dieron

como resultado la construcción de una de las más conocidas escalas para el estudio del bienestar psicológico, la ABS (Affect Balance Scale. Bradburn, 1969).

La segunda orientación que desterró el estudio de la calidad de vida en esta época, fue la denominada «aproximación satisfacción» que tiene su base en los trabajos de Cantril (1965). Este autor mantuvo que las personas comparan la percepción de su situación presente con la vida a la que aspiran. La diferencia entre estas percepciones y estas aspiraciones es lo que da lugar a una medida de satisfacción-dissatisfacción, que puede ser asumida como indicador de bienestar psicológico. Dicha diferencia, este autor propuso medirla con su escala SASS (Self-Anchoring Striving Scale).

A partir de estos orígenes, inconfundiblemente psicológicos y psicosociales, el estudio de la calidad de vida tiene una larga historia en nuestra disciplina científica como contribuciones muy notables en un primer período, tales como los trabajos de Campbell y Converse (1970), Campbell (1976), Converse y Rogers (1976) y Andrews y Withey (1976).

En estos estudios nació una inseparable vinculación entre el moderno concepto científico de calidad de vida y la experiencia personal vivida por los ciudadanos. 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.

Stoekeler y Gage (1988), en un estudio de calidad de vida en Minnesota, identificaron varios de los mismos como los principales contribuyentes a la evaluación global de la calidad de vida. Estos dominios fueron: vida marital y familiar, amigos, familia extensa, educación, tiempo, religión, empleo, bienestar económico, vecindario y comunidad. En este trabajo se añadieron dos estudios

de particular interés: salud e impacto de los medios masivos de comunicación sobre calidad de vida.

Iraurgi (1999) estudió las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida relacionada con la salud, siguiendo dos versiones del Medical Outcomes Study (MOS). La muestra estuvo formada por todos los usuarios del Programa de metadona del módulo de asistencia psicosocial de Rekalde. La estructura factorial fue sometida a un análisis de componentes principales. Los resultados muestran que la versión del cuestionario utilizado en este estudio reproduce en buena medida la estructura propuesta por los autores para sujetos con VIH/SIDA. Los índices de consistencia interna de las subescalas muestran valores moderados-altos (entre 0,66 y 0,87), siendo el de la escala total de 0,89. Para estudiar la validez de constructo de los componentes de la escala se calcularon las correlaciones entre estos y otros constructos afines (estrés, ansiedad, depresión, sintomatología, problemas psicosociales). Los datos que obtuvo aportan correlaciones significativas entre la escala de vida y sus diferentes componentes con los constructos observados, mostrando una validez satisfactoria de la escala para su utilización en población toxicómana.

Iraurgi, Casas, Celorio y Diaz-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.

Desde una perspectiva interactiva, Carpio (2000), ha planteado un modelo que explica la calidad de vida no como las condiciones materiales o las condiciones de salud biológica de un individuo, sino como la resultante funcional de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, donde las historias individuales son diferentes. Asimismo, los estilos interactivos donde las historias en conjunto dan formas de ajuste diferentes a las situaciones cotidianas que se le plantean a los individuos, generando alteración de los estados biológicos, cambio psicológico y alteración de las circunstancias sociales. Las competencias vinculadas con la calidad de vida según Carpio (2000) son la prevención de la enfermedad, adherencia a tratamientos, prevención de accidentes, protección de ambientes físicos, preservación de ambientes sociales, promoción de interacciones sociales en los ámbitos familiares y de pareja, y promoción de cambios benéficos para la comunidad.

Por su parte, en el manejo de las adicciones, «la recaída» es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de cocaína Gurin, Veroff y Feld (1960). Asimismo, se refiere que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el inicio del proceso.

Las tasas de recaídas de los adictos a la cocaína siguen siendo altas, sobre todo en aquellos casos que solicitan dejar el tratamiento hospitalario, a partir de una falsa sensación de seguridad, habiendo permanecido temporalmente aislados de factores desencadenantes y estresantes y sin un programa estructurado de prevención de recaídas.

Es ampliamente aceptado, en estos momentos, que las recaídas pueden ocurrir y ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente. Nadie conoce exactamente el porcentaje de adictos a la cocaína que se recuperan con éxito, sin recaídas. Las recaídas seguirán siendo lo que

contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los miembros del equipo. La recaída es una señal dónde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos.

El proceso de recaída ocurre en la persona que consume alcohol o drogas: todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de la persona que previamente había consumido alcohol o drogas psicoactivas. No son externos a él. Todo este proceso es propio de la persona, es el único que puede en primer lugar darse cuenta y, segundo, realizar cambios en su interior, en su personalidad.

Las formas en que se desarrolla la recaída puede ser: a) aguda, es que el establecimiento rápido y fulminante de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento y el desarrollo de los síntomas debilitantes es muy corto. Como resultado de esto, el organismo tiene muy poco tiempo en adaptarse a la nueva vida, y entonces los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que se estaba llevando a cabo hasta ese momento. b) crónica, los síntomas debilitantes van progresando en forma gradual pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo se va volviendo disfuncional cada día.

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 lo dirigen 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 (bienestar general, en las

actividades diarias, ambiente general en casa, etc) 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, Martinez, Gutierrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994) investigaron la calidad de vida relacionada con la salud de 49 heroinómanos que llevaban 4 años de tratamiento en un PMM 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 la calidad se correlaciona de forma inversa con la gravedad de la adicción.

Trujols, Tejero y Casas (1996) refieren que en el tratamiento de las conductas adictivas, los procesos de recaída de los pacientes ya desintoxicados constituyen un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan. Asimismo señalan la relevancia del impacto psicológico que las recaídas en los hábitos tóxicos generan en el curso del trastorno por dependencia del paciente adicto, en los terapeutas y en la propia dinámica asistencial.

Wasserman (1998) realizó un estudio para investigar los factores predictores que predicen un período de uso de heroína en 74 pacientes en un tratamiento de abstinencia de heroína basado en la metadona. Luego de preparar una línea de base los participantes fueron evaluados 2 veces por semana durante 7 semanas y una nueva línea de base fue tomada después de 6 meses. El análisis de regresión logística fue utilizado para investigar los efectos de los predictores sobre el uso de heroína; una abstinencia total de heroína consistentemente predijo un bajo riesgo a un período de uso, mientras que el uso de marihuana estuvo asociado con un mayor riesgo. Las variables de estrés no fueron predictoras. Esta línea de investigación sugiere que los factores que influyen en los períodos de consumo durante el tratamiento son similares a través de diversas poblaciones en tratamiento y los roles del estrés en precipitar la recaída permanece no resuelto.

Graham (1999) evaluó la relación entre bienestar psicológico y uso de sustancias, examinando 51 sujetos que usan droga y 90 sólo alcohol, el análisis de correlación señaló que: (a) el uso de drogas fue el principal factor asociado con pobre status de bienestar psicosocial y (b) el pobre bienestar psicosocial fue esencialmente una consecuencia antes que un precursor de uso de droga.

La recaída siempre es una elección consciente y deliberada que la persona realizó para usar nuevamente drogas. No consumir drogas debe ser el primer paso que la persona adicta debe trazarse en su plan de recuperación y el segundo paso, aprender a vivir adecuadamente y bien sin estas sustancias, llevando a que al sujeto trabaje permanentemente en su personalidad.

Es por ello que la calidad de vida debe incorporarse decididamente en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo por su condición de crítico problema de salud pública y el rol que tendría en la rehabilitación del adicto.

- Permitiendo articular lo individual y lo social, ya que establece conexiones inexcusables entre el bienestar psicológico y las dinámicas psicosociales.

En el presente estudio el problema es:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida y los determinantes de las recaídas en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana?

Los objetivos de la investigación son:

- a. Identificar los niveles de calidad de vida en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas.
- b. Identificar las características de las recaídas en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas.

## MATERIAL Y METODO

### - MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por sujetos adictos a sustancias psicoactivas que reciben tratamiento en los diferentes centros de rehabilitación de Lima Metropolitana (Tabla 1). La muestra seleccionada fue intencional, está constituida por 67 sujetos habiéndose considerado los criterios de inclusión (sexo masculino y femenino, edad entre los 21 a 41 años, nivel educativo, tiempo de consumo, reincidente y con tratamiento vigente) y exclusión (menores de 21 años y mayores de 41 años, y que tengan otras patologías severas asociadas).

**Tabla 1**  
**Muestra Total según Centros de Rehabilitación**

Centros de Rehabilitación	Sujetos (Varones)
1	19
2	19
3	19
4	10
<b>Total</b>	<b>67</b>

### - DISEÑO Y VARIABLES

El diseño utilizado es de tipo descriptivo - comparativo.

Las variables de estudio son las siguientes:

- a. Calidad de Vida
- b. Recaídas

Las variables de control consideradas fueron: edad (21 a 41 años), sexo (masculino y femenino), nivel educativo (secundaria y superior), reincidente y con tratamiento vigente.

## - INSTRUMENTOS

- a) **ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON Y BARNES.**- Esta escala fue construída por David Olson y Howard Barnes en 1982. Los objetivos de la escala fueron medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de las experiencias vitales de los individuos como por ejemplo: vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc. Se desarrollaron dos instrumentos para medir la calidad de vida, estos fueron: versión padres con 43 items y 12 áreas (vida marital y familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad). Versión para adolescentes con 25 preguntas con las mismas áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo. Diecinueve preguntas son comunes a las dos escalas, 21 son sólo para adultos y 6 aparecen únicamente en la forma para adolescentes.

**Validez y confiabilidad.**- La escala presenta validez de construcción, el análisis factorial con rotación varimax para la escala total, resultó en la delineación de 12 factores. En general, el análisis factorial sustentó la estructura conceptual inicial de la escala con pocas excepciones.

La confiabilidad a través del método test-retest, se efectuó usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases universitaria y secundaria. El lapso entre las dos aplicaciones fue de cuatro a cinco semanas. La correlación de Pearson para la escala total es de 0,64 y las correlaciones para los doce factores van desde 0,40 hasta 0,72. La confiabilidad de la consistencia interna se halló con el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach, siendo para la escala padres igual a 0,92 y para la escala adolescentes igual a 0,86.

**b) CUESTIONARIO DE RECAIDA PARA ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.** Este instrumento fue elaborado por Marlatt en 1985 y fue adaptado en nuestro medio por Lizárraga. El objetivo de este cuestionario es medir factores intrapersonales y factores interpersonales que determinan o ejercen alguna influencia en la recaída de los consumidores (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Determinantes de Recaída para Adictos a SPA**

<b>Determinantes Intrapersonales</b>	Estado Emocional Negativo
	Estado Emocional Positivo
	Estado Físico Negativo
	Poner a Prueba el Control Personal
	Ceder a las Tentaciones y deseos
<b>Determinantes Interpersonales</b>	Conflicto Interpersonal
	Presión Social
	Estado Emocional Positivo

## - PROCEDIMIENTO

Los instrumentos fueron aplicados individualmente a 67 sujetos en dos sesiones respectivamente. El tiempo que se utilizó en la aplicación de ambos instrumentos fue de 60 minutos aproximadamente. Una vez codificados los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Las características más resaltantes de la muestra se presentan en la Tabla 3, correspondiendo el 87,07% al sexo masculino y 14,93% al sexo femenino; el grupo mayoritario se encuentra entre los 26 y 31 años (50,75%). Respecto al grado de instrucción, el 58,21% pertenecen a educación superior y el 41,79% a secundaria. El estado civil de los entrevistados indica que el 55,22% son casados y el 44,78 solteros.

**Tabla 3**  
**Características Sociales de la Muestra de Adictos**

Características		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	57	85,07
	Femenino	10	14,93
Edad	De 20 a 25 años	9	13,43
	De 26 a 31 años	34	50,75
	De 32 a 37 años	18	26,87
	De 38 a 47 años	6	8,96
Grado de Instrucción	Secundaria	28	41,79
	Superior	39	58,21
Estado	Soltero	30	44,78
Civil	Casado	37	55,22

En relación al tiempo de consumo, el 47,76% reportaron haber consumido entre 7 y 11 años; y el 40,30% entre los 2 y 6 años de consumo. Entre los motivos para salir del programa, el 58,21% refirió haber abandonado el programa y el 23,88% por alta clínica. Finalmente, el 67,16% de los sujetos señalaron que las razón principal para volver a consumir es el tener deseos para hacerlo (Tabla 4).

**Tabla 4**  
**Características de Consumo de la Muestra**

<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
<b>Tiempo de Consumo</b>	Menos de dos años	1	1,49
	De 2 a 6 años	27	40,30
	De 7 a 11 años	32	47,76
	De 12 a 16 años	5	7,46
	Más de 17 años	2	2,99
<b>Permanencia en el Programa</b>	Menos de un mes	6	8,96
	De 1 a 3 meses	17	25,37
	De 4 a 6 meses	28	41,79
	De 9 a 12 meses	16	23,88
<b>Motivo para Salir del Programa</b>	Alta Clínica	16	23,88
	Alta Administrativa	12	17,91
	Abandono	39	58,21
<b>Razones para Volver a Consumir</b>	No Indica	2	2,99
	Tener deseos	45	67,16
	Sentirse triste	4	5,97
	Sentirse molesto	10	14,93
	No resistir la invitación	6	8,96

**- CALIDAD DE VIDA.**

En la tabla 5 se observa que la media del puntaje total es 74,48, que corresponde a un percentil de 13 en la muestra de normalización, lo que ubica en un nivel inferior de mala calidad de vida. La muestra tiene una variación muy pequeña, ella señala que el grupo en estudio es más o menos homogéneo en esta variable.

**Tabla 5**  
**Puntaje de Calidad de Vida para la Muestra Total**

<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Varia.</b>	<b>Error Est.</b>	<b>Coef. Var.</b>
74,48	5,41	29,27	0,66	7,26

La tabla 6 presenta los puntajes de calidad de vida, ubicando tanto al grupo de mujeres (percentil 11) y al grupo de varones (percentil 11) en niveles inferiores comparado con la muestra de normalización. Asimismo, se observa puntajes bajos en la desviación estándar de ambos grupos, destacando una vez más su homogeneidad como grupo.

**Tabla 6**  
**Calidad de Vida según Sexo**

<b>Sexo</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Varia.</b>	<b>Error Est.</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>Femenino</b>	67,70	4,03	16,23	1,27	5,95
<b>Masculino</b>	75,67	4,72	22,26	0,62	6,24

El análisis de la calidad de vida según edad indica que ésta es baja en todos los casos, y tiende a disminuir conforme avanza la edad. Asimismo, la calidad de vida es relativamente menor en quienes tienen educación secundaria comparado con los de educación superior. En cuanto al estado civil, la calidad de vida en los casados es menor en relación a los sujetos solteros. En relación al tiempo de consumo, la calidad de vida está más deteriorada en el grupo que consumió más de 11 años (Tablas del 7 al 11). Sin embargo, estas deficiencias no fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 7**  
**Calidad de Vida según Edad**

<b>Edad</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Var</b>	<b>Error Est.</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>De 20 a 25 años</b>	75,11	4,46	19,86	1,49	5,93
<b>De 26 a 31 años</b>	74,56	5,19	26,98	0,89	6,97
<b>De 32 a 37 años</b>	74,22	6,59	43,48	1,55	8,88
<b>De 38 a 43 años</b>	73,83	5,23	27,37	2,14	7,09

**Tabla 8**  
**Calidad de Vida Según Grado de Instrucción**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Varia.</b>	<b>Error Est.</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>Secundaria</b>	72,79	5,58	31,14	1,05	7,67
<b>Superior</b>	75,69	5,01	25,11	0,80	6,62

**Tabla 9**  
**Calidad de Vida Según Estado Civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Var</b>	<b>Error Est.</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>Soltero</b>	75,10	5,17	26,71	0,94	6,88
<b>Casado</b>	73,97	5,62	31,58	0,92	7,60

**Tabla 10**  
**Calidad de Vida Según el Tiempo de Consumo**

<b>Tiempo de Consumo</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Var</b>	<b>Error Est</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>Menos de 2 años</b>	77,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>De 2 a 6 años</b>	75,30	5,24	27,46	1,01	6,96
<b>De 7 a 11 años</b>	73,66	5,71	32,60	2,80	7,75
<b>Más de 11 años</b>	72,50	0,71	0,50	0,50	0,98

Por su parte la Tabla 11 presenta la calidad de vida según sus motivos o razones para consumir. La calidad de vida se ve afectada más en los factores intrapersonales: sentirse molesto o triste. El motivo: «no resistir la invitación», muestra sin embargo que el grupo es heterogéneo, responde de diversas maneras a la invitación para volver a consumir.

**Tabla 11**  
**Calidad de Vida Según Razones para Volver a Consumir**

<b>Razones para reincidir</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Var</b>	<b>Error Est</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>Ninguno</b>	78,81	2,12	04,49	1,50	2,69
<b>No resistir la invitación</b>	76,67	8,04	64,64	3,28	10,49
<b>Sentirse molesto</b>	73,30	5,79	33,52	1,83	7,90
<b>Sentirse triste</b>	70,25	7,63	58,22	3,82	10,86
<b>Tener deseos</b>	74,60	4,68	21,90	0,70	6,27

La Tabla 12 muestra a su vez la relación entre asistencia a número de programas y calidad de vida, en donde se identifica que la participación en un mayor número de programas va mejorando la calidad de vida.

**Tabla 12**  
**Número de Programas y Calidad de Vida**

<b>Nº de Programas</b>	<b>X</b>	<b>D.S.</b>	<b>Var</b>	<b>Error Est</b>	<b>Coef. Var.</b>
<b>De 1 a 2 veces</b>	74,11	5,22	27,26	1,00	7,04
<b>De 3 a 4 veces</b>	74,68	5,53	30,60	0,90	7,41
<b>Más de 5 veces</b>	75,50	9,19	84,50	6,50	12,18

**- RECAIDAS**

Se presenta en la tabla 13 los determinantes de recaída. El 76,12% de sujetos refiere que su recaída está asociada con factores intrapersonales (que tienen lugar dentro del individuo). El 23,88% señala que las recaídas se dan por influencia de factores interpersonales (interacciones actuales o recientes con otra(s) persona(s) que ejercen alguna influencia con el adicto). Esto es esencial para precisar los criterios de tratamiento de los reincidentes.

**Tabla 13**  
**Determinantes de Recaídas**

<b>Determinantes de las Recaídas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Intrapersonal</b>	51	76,12%
<b>Interpersonal</b>	16	23,88%
<b>Total</b>	67	100,00%

El análisis de los indicadores de la muestra nos presenta que el estado físico negativo y el estado emocional negativo son las variables más predominantes en un 80,60% y 50,75% respectivamente, para volver a consumir sustancias o recaer. Sin embargo, que en el caso de los determinantes interpersonales, es el «conflicto interpersonal» o la inadecuada relación con las personas, la principal causa de la recaída, 82,09%. En términos generales, los principales determinantes de las recaídas parecen ser variables de tipo intrapersonales para un 76,12% de casos de la muestra estudiada. (Tabla 14).

**Tabla 14**  
**Indicadores de las Recaídas de la Muestra**

<b>Determinante</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Intrapersonal</b>	Estado Emocional Negativo	34	50,75%
	Estado Emocional Positivo	2	2,99%
	Estado Físico Negativo	54	80,60%
	Prueba de Control	11	16,42%
	Ceder a Tentaciones	7	10,45%
<b>Interpersonal</b>	Conflicto Interpersonal	55	82,09%
	Presión Social	8	11,94%
	Estado Emocional Positivo	0	0,00%

Sólo un 2,99% tuvo seguimiento de su tratamiento a cargo de un profesional, el 97% no tuvo seguimiento de su tratamiento. Un análisis por ítems, muestra que el 64,71% manifiesta recaer porque tuvo deseos o impulsos de un momento a otro sin ningún

incidente anormal a su alrededor y el 50,0% lo hizo al ver a otra persona drogándose y el 31,25% manifestó no haber resistido a la invitación de consumir.

## **DISCUSION**

Dado que la Calidad de Vida implica en bienestar general en todos sus componentes: físicos, sociales, económicos, culturales, etc. ello implica que los sujetos desarrollan determinados hábitos comunes de vida o estilos de vida. La prevención de conductas de riesgo, el cuidado y promoción de la salud, es desarrollar la calidad de vida, ellas están definitivamente ligadas a los estilos de vida sociales, a la asunción de riesgo, a los hábitos diarios, y en conjunto al entorno social en el cual se desenvuelve la persona. En el caso del consumo de sustancias, estudiar la calidad de vida es crítico para desarrollar los programas de tratamiento (Fernández et al. 1999; Graham & Gillis 1999; Iraurgi 1999; Iraurgi et al 1999).

La calidad de vida es pues, un asunto de mayor interés para abordar los problemas de la salud pública y la búsqueda de indicadores de bienestar (Andrews y Withey 1976; Campbell et al. 1976) especialmente para hacer comparaciones con los grupos clínicos o particulares en estudio.

Los datos del presente estudio como ha sido señalado encuentran una relación inversa entre nivel de calidad de vida y consumo de sustancias, en otros términos la calidad de vida se deteriora o es de menor calidad cuando el consumo de sustancias es mayor, es decir a mayor edad menor calidad de vida así como a mayor tiempo de consumo igualmente una menor calidad de vida. Estos datos concuerdan con los hallados por Fernández et al. (1999), Graham y Gillis (1999) quienes hallaron esta correlación inversa.

Sin embargo, Iraurgi et al. (1999) en un grupo especial de pacientes sometidos a un programa de metadona encontraron que sólo algunos componentes de la calidad de vida guardaban esta

relación y otros como los componentes emocionales eran relativamente aceptables aunque mantenían también una mala percepción de su salud. Ruiz de Apodaca et. al., trabajando con otro grupo de pacientes usuarios de metadona encontró cambios en las actividades y calidad de vida en sus pacientes mejorando su bienestar general y que inclusive se mantuvieron en el tiempo.

Por otro lado, como lo han señalado la mayoría de los investigadores el factor determinante para las recaídas son los factores intrapersonales y en particular los vinculados con el estado físico negativo y su estado emocional negativo, que se convierten así en los principales indicadores y predictores de probables recaídas y de problemas de salud mental (Wasserman et al. 1998; Gurin et al 1960; Trujols et al. 1996).

En suma, el estudio ha establecido una relación inversa entre calidad de vida y recaídas en el consumo de SPA y se hace necesario mayores estudios analizando diferentes tipos de consumo, así como períodos de tratamiento y de seguimiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**Andrews, F. y Withey, S.** (1976). Social indicators of Well-being: Americans perceptions of life quality. New York – Plenum Press.

**Bradburn, N. y Caplovitz, D.** (1965). Report on happiness: a pilot study of behavior related to mental health. Chicago – Aldine.

**Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, W.** (1976). The quality of american life: perceptions, evaluations and satisfactions. New York – Russell Sage Foundation.

**Campbell, A. y Converse, P.** (1970). Monitoring the quality of life. Anno Arbor – Survery Research Center.

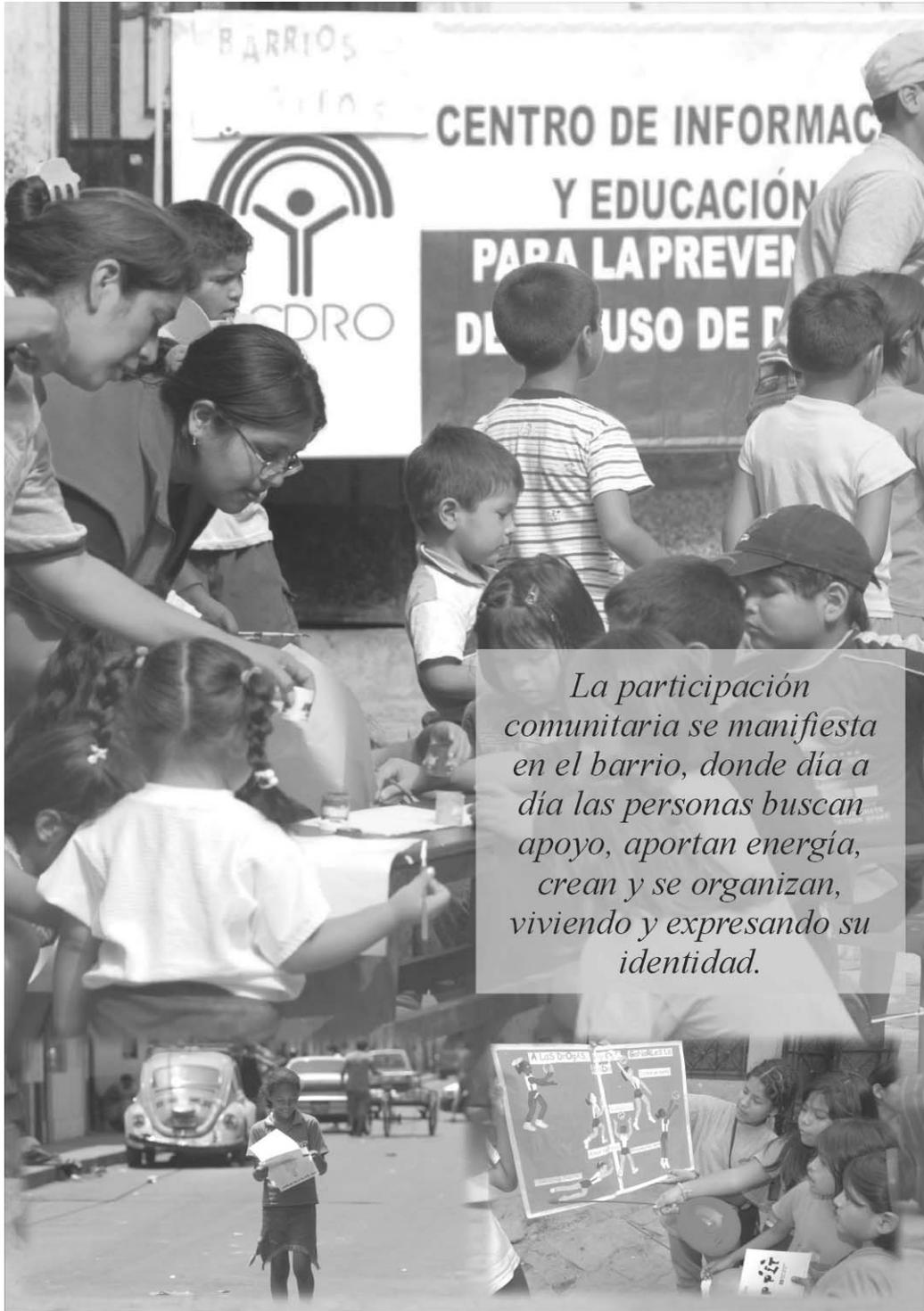
- Cantril, H.** (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick – Press.
- Carpio, C.** (2000). Calidad de vida, psicología y salud. Ponencia presentada en la Facultad de Psicología, UNFV. Lima.
- CIMA** (1979). Encuesta sobre calidad de vida en España. Madrid – MOPU.
- Fernandez, J., Gonzales, M., Sáis, P., Gutierrez, E. y Robes, J.** (1999). Calidad de vida severidad de la adicción en heroínomanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* 11(1), 43-52.
- Graham, K. y Gillis, K.** (1999). The relationship between psychological well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. *Substance Use & Misuse*, 34 (3), 1199-1222.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S.** (1960). Americans view of their mental health. New York – Basic Books.
- Iraurgi, I.** (1999). Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: estructura factorial, consistencia interna y validez. *Revista Española de Drogodependencias* 24 (1), 31-45.
- 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.
- Ruiz de Apocada, J., Martinez, H., Gutierrez, M., Perez 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.

**Stoeckeler, H. y Gage, M.** (1988). Quality of life. University of Minnesota.

**Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M.** (1996). El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones* 8 (3), 349 – 367.

**Washton, A.** (1995). La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona -Paidós Ibérica S. A.

**Wasserman, D., Weinstein, M., Havassy, B. y Hall, S.** (1998). Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. *Drug y Alcohol Dependence*. 52 (3), 183-192.



*La participación comunitaria se manifiesta en el barrio, donde día a día las personas buscan apoyo, aportan energía, crean y se organizan, viviendo y expresando su identidad.*