

La remoralización en pacientes adultos en tratamiento por consumo de sustancias
María Sol Guzmán – Lic. En Psicología



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

**La remoralización en pacientes adultos en tratamiento por
consumo de sustancias**

María Sol Guzmán – L.U: 1012687

Tutor: Dra. María Elena Scherb – Firma del tutor:

Fecha de presentación:

Índice

Resumen

Abstract

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo explorará la remoralización en pacientes adultos que se encuentren realizando un tratamiento relacionado con sustancias tóxicas. En particular se tomará como muestra a pacientes adultos en tratamiento por consumo de sustancias tóxicas, los que se subdividirán en tres grupos, los cuales serán:

Pacientes adultos en tratamiento relacionado con consumo de Cocaína, pacientes adultos en tratamiento relacionado con consumo de Alcohol y pacientes adultos en tratamiento relacionado con consumo de Cannabis con el fin de identificar las eventuales diferencias observadas a partir de la escala de Remoralización.

Durante muchos años se han estudiado los niveles de autoestima, autonomía, empoderamiento, la autoeficacia, nivel de optimismo y la esperanza en los pacientes con problemas de consumos de sustancias. (*Vissers et al,2010*). En el presente trabajo se busca relacionar una nueva escala, la escala de Remoralización. La cuál se relaciona directamente con todos los conceptos anteriormente nombrados, ya que, es una escala que mide el proceso de restauración de la moral pero con la salvedad de que mide el nivel de moral de los pacientes y sus cambios en ésta como resultado de la aplicación de un tratamiento en salud mental. (*Westen & Morrison, 2001*)

Se ha aplicado éste instrumento a pacientes en tratamiento con problemas de consumo de sustancias, ya que está demostrado que el consumo de sustancias es un problema social y sanitario que afecta a la Argentina y a la comunidad internacional en su conjunto (*COCINET, 2011*) y curiosamente, a pesar de que todos los profesionales toman al consumo de sustancias como una enfermedad, comúnmente suelen considerar a los consumidores de sustancias como personas moralmente débiles y que, mas allá de los numerosos estudios sobre los cambios en la autoestima, la esperanza y auto eficacia durante su tratamiento no se encontraría ningún tipo de cambio de moral. (*Débora Serebrisky, 2014*).

Según el DSM – IV –TR los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Y se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias) . Sin embargo en el presente trabajo se tomarán en cuenta los trastornos por Consumo de sustancias específicamente. Tomando en cuenta la diferenciación entre tres trastornos por consumo de sustancias diferentes, los cuales son:

Trastornos por consumo de Cannabis : Los cannabinoides son sustancias que derivan de la planta Cannabis. El producto resultante del corte de la parte superior de la planta (hojas y tallos), cuando ésta es troceada y enrollada como cigarrillos, recibe el nombre de marihuana siendo éste el nombre mas habitual y cotidiano que se utiliza en el continuo lenguaje de la gente. A su vez, habitualmente, los cannabinoides se fuman, pero pueden ser consumidos por vía oral y a veces mezclados con té o comida. El delta-9-tetrahidrocannabinol es el cannabinoide que ha sido identificado como principal responsable de los efectos psicoactivos de Cannabis (se conoce también como THC o delta-9-THC). Esta sustancia rara vez está disponible para su consumo en forma pura. El contenido de THC de la marihuana varía mucho y ha

aumentado significativamente desde los años sesenta, pasando de una proporción del 1-5 % aproximadamente al 10-15 %. (DSM IV,AÑO)

Trastornos por consumo de Cocaína: La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreuro de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación. Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína. (DSM IV,AÑO)

Trastornos por consumo de Alcohol:

La Organización mundial de la Salud (OMS) considera el alcoholismo una enfermedad que se define por la pérdida de libertad del individuo frente al alcohol, por el quiebre de las relaciones personales y por la vulnerabilidad circunstancial frente a situaciones de peligro. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), el consumo de alcohol se encuentra a nivel mundial entre las primeras diez (10) causas de discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo. Esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico. A su vez, según datos de la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), en la Argentina se calcula que hay casi dos millones de personas dependientes del alcohol y el 92% de las personas dependientes no buscan ayuda especializada para superar su problema y muchas de las que tratan de poner fin a su adicción no lo consiguen, aún en reiterados intentos. Serebrisky, Debora (2014).

Palabras Claves: Abuso de sustancias adultos, Remoralización, Empoderamiento, moral, autoestima, auto eficacia.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Explorar la remoralización en pacientes adultos en tratamiento relacionados con sustancias tóxicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Explorar la remoralización en pacientes adultos en tratamiento por trastornos relacionados con sustancias: Alcohol.
- Explorar la remoralización en pacientes adultos en tratamiento por trastornos relacionados con sustancias: Cannabis.
- Explorar la remoralización en pacientes adultos en tratamiento por trastornos relacionados con sustancias: Cocaína.
-

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cómo influye el tipo de sustancia tóxica consumida en la remoralización en pacientes adultos en tratamiento por trastorno con sustancias?

HIPÓTESIS DE TRABAJO: La remoralización en pacientes adictos adultos en tratamiento se diferencia a partir del tipo de sustancia relacionada a su consumo previo.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La preocupación en Argentina por el problema del uso y abuso de Alcohol, Marihuana y Cocaína llevó al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) desde 2004 a realizar las denominadas “Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP)”. La última Encuesta se realizó en el 2011. Anteriormente se llevaron a cabo la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 (ENPreCoSP-2008) y el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004. La ENPreCoSP-2011 expresó que han declarado haber consumido drogas ilegales -como la marihuana y la cocaína- al menos una vez en su vida, el 7% y el 2% respectivamente de la población. Éstos datos arrojaron una alta prevalencia de problemas por el uso y abuso de alcohol, Marihuana y Cocaína en adultos de la población Argentina . Por lo tanto, el consumo de sustancias tóxicas y sus múltiples consecuencias constituye un gran problema de S. Pública y es por esto que se decidió estudiar este trastorno y correlacionarlo con la escala de Remoralización; ya que se considera un factor que colabora en el estudio de la población que se encuentra en tratamiento y a su vez aporta información en la indagación de pacientes adultos que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias.

MARCO TEORICO

Con motivo de describir teóricamente la remoralización en pacientes adultos en tratamiento por consumo de sustancias, se realizará un breve recorrido histórico para señalar la evolución de las nociones presentadas y sus distintas líneas donde fueron tomadas como objetos de estudio.

Breve recorrido histórico sobre la Remoralización:

Remoralización es el proceso de restauración de la moral. Constituye un paso importante en el proceso de cambio terapéutico, debido a que no se encuentra ningún auto-reporte apropiado ni un instrumento estaba disponible para indicar el nivel de atención de la salud en moral W. Vissers et al.: Remoralization Scale (2010). Los resultados de estudios de psicoterapia contemporánea sostienen en gran medida una investigación relacionada directamente con la eficacia del tratamiento médico. A su vez se ha estudiado los efectos de los tratamientos específicos, basados en manuales que son realizados en comparación con los efectos de otros, igualmente bien definidos tratamientos o grupos de control. Las medidas de resultado de eficacia de la investigación son por lo general las medidas de reducción de los síntomas, especialmente en los grandes ensayos controlados y meta-análisis (véase, por ejemplo, Gould, Otto, y Pollack, 1995; Westen y Morrison, 2001). La reducción de la sintomatología se toma a menudo para ser necesaria y suficiente para la demostración de los efectos del tratamiento psicoterapéutico. Cada vez más, sin embargo, varios autores en el área de la psicoterapia contemporánea han tenido un problema con el hecho de que, en consonancia con el modelo médico, la atención se centra en la reducción de los síntomas (Hill & Lambert, 2004; Jacobson, Roberts, Berns, y McGlinchey, 1999). Las esperanzas frecuentes de los pacientes en psicoterapia para una gama más amplia de efectos de tratamiento no se toma suficientemente en cuenta por el médico (Grosse Holtforth y Grawe, 2002) Varios conceptos psicológicos se han introducido en los últimos años para describir los efectos beneficiosos del tratamiento psicológico, además de la reducción de síntomas. En psiquiatría social, el concepto de empoderamiento (Rogers, Chamberlin, Ellison, y Crean, 1997) ha sido importante, a su vez, en varias tradiciones psicoterapéuticas, los conceptos del ego-fuerza (Kernberg et al., 1972) y autorrealización (Maslow, 1970) son bien conocidos. Sin embargo, estos introdujeron conceptos que no tienen un significado conciso fuera del tradicional psicoterapéutico específicos en las que tienen sus bases, lo que les hace ser medidas menos adecuadas además de la reducción de los síntomas. Una rara excepción es el concepto de desmoralización, introducido por Jerome Frank en 1974, que tiene un significado a través de diferentes enfoques psicoterapéuticos. La desmoralización es un estado de la mente, lo que resulta la creencia de que todo individuo es incapaz de resolver problemas y ésta, por lo tanto, se caracteriza por sentimientos de impotencia, el aislamiento y la desesperación. Pacientes desmoralizados son aquellos que se sienten impotentes y sin esperanza. Frank cree que la eficacia de cada forma de tratamiento psicológico depende de su capacidad de restaurar la moral de un paciente. En un trabajo posterior, Howard, Lueger, Maling y Martinovich (1993) se refirió a la restauración de la moral de una persona como remoralización y afirmó que la remoralización en realidad puede constituir el primer paso en el proceso de cambio terapéutico. Remoralización abarca una variedad beneficiosa de los efectos del tratamiento, lo que lo hace atractivo como una medida de resultado, además de la evaluación de los síntomas.

Aunque la remoralización, así como la desmoralización, se ha discutido en los últimos años como un interesante concepto, con la promesa de ya pensar la introducción de diversos instrumentos para medir la desmoralización y remoralización influyó apenas en el resultado de eficacia y efectividad en la investigación. En 1980, Dohrenwend, Shrout, Egri y Mendelsohn desarrolló la Investigación Epidemiológica de Psiquiatría Entrevista-desmoralización. Sin embargo, este instrumento tiene varios inconvenientes cuando se utiliza como una medida de resultado. Primero, es una entrevista, en contraposición a un instrumento de auto-informe fácil de administrar. En segundo lugar, se trata de un instrumento de clasificación que se pregunta acerca de la desmoralización en el último año,

lo que lo hace insensible a cambiar. En tercer lugar, contiene un número de artículos que se ocupan de los síntomas de ansiedad, depresión y los problemas psicósomáticos, lo que hace que sea menos apropiado a medir, además de la evaluación de los síntomas. En 1993, Howard et al. (1974) Ha publicado una escala de tres ítems para medir el bienestar subjetivo. Sin embargo, este instrumento no abarca una conceptualización más amplia que la de desmoralización de Frank. Además, el uso de una escala con sólo tres elementos de medición es metodológicamente limitado; la fiabilidad y la validez de contenido de la escala puede caer fácilmente por debajo de los valores aceptables. En 2004, la escala de desmoralización (Kissane et al., 2004) se introdujo. Esta escala fue desarrollada para medir la desmoralización en general a los pacientes de atención de la salud. Sólo se probó en una parte relativamente pequeña (N = 100) y con una muestra altamente homogénea de los pacientes que sufren de enfermedades somáticas crónicas (cáncer) para su validación,

y no hay datos con respecto a la fiabilidad de la escala o la confirmación de su estructura factorial subyacente no son conocidos. Además del hecho de que medidas de la escala de desmoralización en contraposición a la de remoralización con propiedades psicométricas para su uso con pacientes en atención de salud mental son desconocidos. W. Vissers et al.;2010. Sostienen que hasta el momento no se ha encontrado ningún instrumento para la medición de los cambios en la remoralización como resultado de un tratamiento en pacientes de salud mental. Por lo tanto decidieron desarrollar un nuevo instrumento denominado Escala de Remoralización (RS) que está destinada a utilizarse durante el proceso de tratamiento para indicar el nivel de moral del paciente en momento de la aplicación. Dado que remoralización y su inversa, la desmoralización, son procesos con múltiples puntos de medición son obviamente necesarios con el tiempo para determinar si la moral del paciente está restaurando o no. Por lo tanto plantean que el instrumento debería tener un uso fácil de auto-reporte medida con un sólo pequeño número de elementos que lleven a minimizar la carga de respuesta. Además, plantean que el instrumento debe ser unidimensional, confiable y válido.

Vissers et al.;2010. Plantean los resultados sobre cinco estudios realizados para desarrollar y documentar la escala de Remoralización . En el Estudio 1, se llevó a cabo el desarrollo de la escala. En el Estudio 2, se examinó la estructura subyacente a la escala. En el Estudio 3, se estudió la fiabilidad test-retest y la consistencia interna y se documentó la escala. En el Estudio 4, la construcción y validez de la escala se determinó, y en Estudio 5 se midió la sensibilidad de la escala para el cambio terapéutico.

En la literatura se ha demostrado que un estado de desmoralización se relaciona con conceptos tales como sentimientos de baja autoestima,(De Figueiredo & Frank, 1982), sentimientos de impotencia, la ausencia de un sentido de dominio (Frank, 1974), y pesimismo (Howard et al., 1993). A su vez se relaciona con un sentido de control interno (Frank, 1974) y la esperanza (Kuyken, 2004) restaurada. Obviamente, estas relaciones son parte de las conceptualizaciones de remoralización, en lugar de ser establecido

La remoralización en pacientes adultos en tratamiento por consumo de sustancias
María Sol Guzmán – Lic. En Psicología

empíricamente. De hecho, las medidas de los conceptos antes mencionados han sido con frecuencia utilizados como sustitutos de la medición de remoralización. Vissers et al.(2010).

SUMAR MARCO TEORICO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

ESTADO DEL ARTE

Criterios de búsqueda

Para la realización del estado del arte se utilizó las bases de datos EBSCO y Google Académico. En las búsquedas dentro de las bases consultadas, se utilizaron las siguientes palabras claves: “Substance abuse and Self Esteem”, Substance abuse and Self Efficacy “Substance abuse and empowerment”, “Substance abuse and moral. En base a estos criterios, se presentan las investigaciones más destacadas.

Estado del Arte

La Variable Remoralización posee cuatro dimensiones que son: Autoestima, autoeficacia, empoderamiento y nivel de moral. Se han realizado diversas investigaciones de estas cuatro dimensiones en relación al abuso de sustancias.

Por ejemplo, Zhai H, Yang Y, Sui H, Wang W, Chen L, Qiu X, et al. (2015) llevaron a cabo una encuesta transversal en Harbin, provincia de Heilongjiang, China. En donde se tomó una muestra de 5.689 residentes de la comunidad y 517 masculinos y 172 femeninas que tienen una problemática relacionada con el alcohol con la cuál lograron dilucidar que tener baja autoestima a menudo aumenta la probabilidad de que en los individuos se use alcohol para poder controlar el aumento de sentimientos negativos y que las personas con baja autoestima se caracterizan típicamente como vulnerables, ansiosos, solos y deprimidos. Por lo tanto utilizarían el alcohol para poder disolver en su mente todo tipo de problemas que éstas características sobrellevan. Por otro lado descubrieron que el simple hecho de consumir alcohol también lleva a estos individuos a experimentar niveles más altos de estrés y niveles más bajos de autoestima como resultado indirecto del uso de alcohol. A su vez éstos autores encontraron que entre la autoestima y el consumo de alcohol, la baja autoestima puede promover la ira y la hostilidad, lo que puede hacer que los individuos para hacer frente a los problemas empleen mecanismos de defensa impulsivos y escapistas. Por lo tanto se llegó a la conclusión que se puede relacionar que su nivel autoestima se corresponde directamente con el consumo de alcohol, así como el consumo de alcohol los lleva a poseer características agresivas y hostiles para poder defenderse en su contexto.

Por otra parte N. C. NEWTON ET AL. (2011) en su estudio sobre la asociación entre la desvinculación moral, psicológica, la angustia, la eficacia de autorregulación resistiva y alcohol y el consumo de cannabis sostienen que hay numerosos factores de riesgo que se implican en el desarrollo del adolescente que va a convertirse en un adulto que consume sustancias que se pueden dividir en tres categorías principales: Factores Genéticos (predisposiciones al consumo de drogas); Factores de Medio ambiente / Contexto (Campo social y cultural); y los factores individuales (características de los individuos y sus ambientes interpersonales por ejemplo: actitudes, creencias). Podría decirse que los factores individuales son los más fáciles de modificar a través de intervenciones de prevención (Brook et al., 2003). Sin embargo, (Bandura, 1997) plantea

que el riesgo principal en los factores individuales son un conjunto de factores dentro de éstos que se podrían relacionar directamente con el consumo de sustancias, éstos subfactores son : la “desconexión moral”, la “resistiva de autorregulación eficaz” y el “malestar psicológico” y que cada uno de estos subfactores es especialmente importante en el mantenimiento de la moral y racionalización personal durante la adolescencia, donde crece la independencia que comúnmente conduce a la experimentación con actividades de riesgo. N. C. NEWTON ET AL.(2011) mantienen que el primer factor de riesgo individual a examinarse en relación con el consumo de sustancias es la denominada 'desconexión moral'. Y explican que como sostienen (Bandura, Barbaranelli, Caprara, y Pastorelli, 1996b) es importante destacar las edades tempranas de los individuos, ya que durante el proceso de socialización, cuando somos niños se adoptan sanciones morales y sociales que sirven como guías y elementos de disuasión para los cursos de acción, la cual ayuda a motivar y regular su conducta de acuerdo con sus estándares personales, sin embargo, hay muchos procesos psicológicos que impiden que éstas autosanciones sean activadas, generando una conducta perjudicial mediante la conversión de los actos morales en perjudiciales, renegando las sanciones morales que son internas de cada uno. A esto se lo denomina como la “Desvinculación moral” (Bandura, Barbaranelli, Caprara, y Pastorelli, 1996a). Los efectos desinhibitorios de desconexión moral están totalmente relacionados con actos inhumanos, la agresión, la violencia y la conducta delictiva (Bandura, 2004; Bandura et al, 1996a; Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, y Regalia, 2001; Cermak y Blatny, 1995; Leenders y Brugman, 2005; Newton & Bussey, 2011; Paciello, Fida, Tramontano, Lupinetti, y Caprara, 2008; Pelton, Gound, Volea, Y Brody, 2004; Yadava, Sharma, y Gandhi, 2001) ésta alta desconexión moral también está directamente relacionada con el consumo de alcohol (Barnes, Welte, Hoffman, y Dintcheff, 1999), y otras drogas (Barnes, Welte, Hoffman, y Dintcheff, 2005; Kiriakidis, 2008).

El segundo factor de riesgo individual a ser examinado por N. C. NEWTON ET AL.(2011) fue la propia eficacia de autorregulación resistiva para participar en comportamientos transgresivos como el uso de alcohol y fármacos. La autoeficacia se refiere a la creencia de la persona en su capacidad para generar el control de sus niveles de funcionamiento y es visto como un mecanismo central en el ejercicio de la personalidad y la función reguladora (Bandura, 1977). Muchas investigaciones han documentado el papel de eficacia de la autorregulación resistiva en el desarrollo y la adaptación de personalidad durante la adolescencia y sugiere que puede ser un determinante importante de conducta delictiva (Bandura et al, 1996b; Bandura, Barbaranelli, Caprara, y Pastorelli, 2003; Bandura, Barbaranelli, Caprara, y Pastorelli, 2001; Carroll et al., 2009; Newton & Bussey, 2011; Pastorelli et al., 2001). Un vínculo entre el consumo de alcohol y de autorregulación resistiva ha sido demostrado en una muestra de jóvenes Adolescentes japoneses (Ando, Asakura, Ando, y Simons-Morton, 2007).

El tercer factor que se examinó en el estudio de N. C. NEWTON ET AL. 2011 en relación con uso de sustancias en adolescentes es el nivel de Trastorno psicológico de un individuo. Y llegaron a la conclusión que la alta angustia psicológica se genera como consecuencia de la excesiva ingesta de alcohol y el consumo de cannabis en adolescentes mayores y adultos (Burns, Teesson, y O'Neill, 2005; Clark et al., 2007; Dorard, Berthoz, Phan, Corcos, y Bungener, 2008; Hansell & White, 1991; Macleod et al., 2004) y a su vez se encuentra documentado que es un factor de riesgo que predice el consumo de alcohol en los adultos (Cable & Sacker, 2007). Esto coincide con la idea de que la gente bebe el alcohol como una forma de hacer frente al afecto y la angustia psicológica (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite, y Randall, 2003). A modo de conclusión se llegó a que el hecho de que el desarrollo de problemas de consumo de sustancias este

correlacionado con todos los factores de riesgo que se analizaron, (Hawkins et al., 1992; Loxley et al., 2004), plantea que una ruta hacia la prevención temprana sobre el consumo de sustancias sería lo más eficaz para poder reducir los factores de riesgo y así el adulto tendría menos oportunidades de desarrollarse como un consumidor de sustancias. (Hawkins et al., 1992; Spooner et al., 1996) sostiene que una mejor comprensión del riesgo que éstos factores generan al estar asociados con el consumo de alcohol y el consumo de cannabis de manera temprana, pueden ayudar a identificar a los grupos que tienen dificultades para controlar su uso y ayudar al desarrollo de las estrategias de prevención para reducir el uso y abuso de sustancias.

En relación a la autoeficacia y el consumo de sustancias Bandura (1977) teorizó la importancia de la autoeficacia, que es la creencia de que se puede realizar con éxito una tarea o un comportamiento particular y cambiarlo. Las personas en recuperación de consumo de sustancias a menudo se involucran en un número de cambios de comportamientos, siendo duramente críticos con ellos mismos logran mantener una ausencia de consumo de drogas o alcohol. Por lo tanto, su autoeficacia es importante para el proceso de recuperación y que el individuo pueda permanecer limpio y sobrio (Bandura, 1999). A su vez es sumamente importante considerarla en el proceso de recuperación de adultos por consumo de sustancias (Moos, 2007). Muchos estudios demostraron que las personas que abandonan los programas de tratamiento de abuso de sustancias con alta autoeficacia específica durante el proceso de abstinencia, tienen tasas de recaída más bajas que los individuos que dejan el tratamiento con una autoeficacia baja. (Ilgen, McKellar y Moos, 2007; Ilgen, Tiet, Finney y Moos, 2006; Moos y Moos, 2006).

La mayoría de los estudios sobre la autoeficacia se centran en la desintoxicación hospitalaria en psicofarmacología (McCambridge et al., 2007). Mientras que algunos estudios se centran en la deserción de desintoxicación (por ejemplo, Berman, Kallm en, Barredal y Lindqvist, 2008; Blondell, Amadasu, Servoss, y Smith, ' 2006), muy poca investigación se ha publicado en las intervenciones psicosociales durante el proceso de desintoxicación (Millery, Kleinman, Polissar, Millman y Scimeca, 2002). Y solo uno con la intervención breve, efectiva y fácilmente aplicable de la entrevista motivacional (MI; Millar y Rollnick, 2002). Por lo tanto Berman et al.(2010) realizan un estudio llamado : “Single-Session Motivational Interviewing for Drug. Detoxification Inpatients: Effects on Self-Efficacy, Stages of Change and Substance Use”en donde se utilizó una muestra de Treinta y cinco pacientes ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria de Estocolmo quienes eran consumidores de drogas y recibieron una sola sesión de entrevista motivacional entre 2006 y 2008. Al inicio del estudio y después de 3 meses, se compararon con un grupo control de 52 pacientes con el tratamiento habitual. En el grupo de entrevista motivacional, la autoeficacia se incrementó y la apreciación de los efectos positivos de drogas aumentó. A pesar de desafíos de implementación, el estudio de Berman et al.(2010) demuestra la viabilidad y la eficacia de una sola sesión de entrega de entrevista motivacional en el entorno de desintoxicación de drogas para pacientes hospitalizados ya que, su autoeficacia aumentó directamente.

METODOLOGÍA

La Escala de remoralización (RS) que fue desarrollada en un primer estudio utilizando 299 pacientes ambulatorios con un conjunto de 69 items que se examinó para producir una escala inicial con 16 items unidimensionales de estructura factorial. En un segundo estudio de 199 pacientes ambulatorios, los cuales, 192 eran no pacientes, la unidimensionalidad y la invariancia de la escala inicial se puso a prueba. para hacer que las RS lo mas cortas y fáciles de completar, se extrajeron cuatro elementos con cargas bajas de factor. En un tercer estudio de 124 estudiantes, se estimaron la fiabilidad test-retest ($r = 0,89$) y la consistencia interna ($\alpha = 0,91$) de la RS. En un cuarto estudio, se estudió la validez de constructo de la RS, por lo que se investigó el uso de una escala de desmoralización ($r = -.72$) y escalas que midan la ansiedad ($r = -.52$), depresión ($r = -.50$), síntomas somáticos ($R = -.36$), y disfunción social ($r = -.37$). En un quinto estudio de 23 pacientes ambulatorios, se examinó la sensibilidad de los RS a los cambios terapéuticos y se encontró que eran buenos. (W. Vissers et al. ;2010).