

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“ESTUDIO CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON
ADICCIONES QUÍMICAS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2009 - 2014”

TESIS

Presentada por:

BACH. WALTER SCOTT ZA VALETA JUÁREZ

Para optar el título profesional de:

MEDICO CIRUJANO

ASESOR (A):

Dr. Andrés Collado Cárdenas

TACNA- PERÚ

2015

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El consumo de sustancias psicoactivas afecta de modo significativo la calidad de vida de las personas y, debido al elevado costo social y económico que éste produce, se le considera un problema de salud pública.

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con adicciones, atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 – 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron historias clínicas de los pacientes que acudieron a dicho servicio. Se utilizó una herramienta de información de elaboración propia, basada en la ficha utilizada en el consultorio de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia y aprobada en el año 2011.

RESULTADOS: En total se revisaron 402 historias, 93% pertenecen al departamento de Tacna 13.9% eran mujeres y 86.1%, varones. La mayoría eran solteros (65,9%), estudiantes (31.1%), católicos (35.3%), que acudieron acompañados de su madre (16.2%). La mayoría tenía entre 20 y 40 años (55.5%), solteros (65.9%). Pacientes con patología Psiquiátrica previa (12.7%), antecedentes patológicos no psiquiátricos (27.4%), vía de administración oral (46.5%) tiempo de consumo entre 2-6 años (41.3%), disfunción familiar como motivo de consumo (16.7%). Las adicciones más frecuentes fueron: alcohol 46.3%, Pasta Básica de Cocaína 36.3%. Marihuana el 28.1%, cocaína el 3%, Terokal 1.7% Tabaco 0.5%

CONCLUSIÓN: La mayoría de pacientes fueron hombres entre 20 y 40 años, solteros, estudiantes, católicos, que acudieron acompañados de su madre, la adicción más frecuente es el alcohol, el motivo de consumo más frecuente fue la disfunción familiar.

PALABRAS CLAVE: adicción, características clínicas, características epidemiológicas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The use of psychoactive substances significantly affecting the quality of life of people and because of the high social and economic costs it produces, it is considered a public health problem.

OBJECTIVES: To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with addictions treated at the Day Care Center Psychoactive Diseases (CADES) of Hipólito Unanue Hospital in Tacna during the period 2009-2014.

MATERIAL AND METHODS: an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional was conducted. Medical records of patients attending the service were reviewed. An information tool homemade, based on the record used in the practice of psychiatry at Hospital Nacional Cayetano Heredia and approved in 2011 was used.

RESULTS: A total of 402 records were reviewed, 93% belong to the department of Tacna 13.9% were female and 86.1% male. Most were single (65.9%), students (31.1%), Catholics (35.3%), which were accompanied his mother (16.2%). Most were between 20 and 40 years (55.5%), single (65.9%). Psychiatric patients with previous disease (12.7%), non-psychiatric medical history (27.4%), oral route of administration (46.5%) consumption time between 2-6 years (41.3%), family dysfunction as a reason for consumption (16.7%) . The most common addictions were: 46.3% Alcohol, Cocaine Basic Pasta 36.3%. 28.1% marijuana, cocaine 3%, 1.7% Snuff Terokal 0.5%

CONCLUSION: Most patients were men between 20 and 40 years, singles, students, Catholics, who came accompanied by his mother, the most common addiction is alcohol, the most frequent reason was family dysfunction consumption.

KEYWORDS: addiction, clinical, epidemiological characteristics.

DEDICATORIA

A Dios que siempre me dió su apoyo y la fuerza para continuar a pesar de los momentos difíciles y en las adversidades.

A mis padres, por el apoyo, los consejos, la alegría y por darme la oportunidad de desarrollarme y tener una profesión que amo, gracias su apoyo, que este trabajo represente para ustedes parte de un logro personal, porque formaron parte de él.

A mi hermana que a pesar de la distancia siempre está apoyándome gracias por darme tantos momentos de alegría en todo momento, los recuerdo con cariño y amor, los llevo siempre conmigo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su gran apoyo, cariño y comprensión.

La Universidad Privada de Tacna más que una universidad nuestro hogar durante largos años, gracias por abrir sus puertas y darnos la oportunidad de escalar un peldaño más en el campo del conocimiento.

A todos mis profesores que contribuyeron con nuestra formación, los padres de nuestra formación en esta hermosa carrera, a ustedes, Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
<u>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	8
1.1 Fundamentación del problema	9
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Objetivos	11
1.3.1 General	11
1.3.2 Específicos	11
1.4 Justificación	12
1.5 Definición de términos	13
<u>CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</u>	15
2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.2 Marco teórico	22
2.2.1 Epidemiología	22
2.2.2 Consumo de Drogas Psicoactivas	24
2.2.3 Definición de Adicción	26
2.2.3.1 Causas de la Adicción	26
2.2.3.2 Proceso de la Adicción	27
2.2.3.3 Tipos de Adicciones	30
2.2.3.4 Características de una persona adicta	32
2.2.3.5 Proceso de rehabilitación	35
2.2.3.6 Prevención de las adicciones	49

<u>CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	50
3.1 Operacionalización de variables	51
<u>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	53
4.1 Diseño	56
4.2 Ámbito de estudio	56
4.3 Población	56
4.3.1 Criterios de inclusión	57
4.3.2 Criterios de exclusión	57
4.4 Instrumento de recolección de datos	57
<u>CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS</u>	58
5.1 Procedimiento y procesamiento	59
<u>CAPÍTULO VI: RESULTADOS</u>	60
<u>CAPÍTULO VII DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</u>	76
7.1 Discusión	77
7.2 Conclusiones	83
7.3 Recomendaciones	84
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

Las Adicciones en general y en sus diferentes presentaciones han invadido nuestro entorno. Se trata de un fenómeno de múltiples facetas que incluye las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo y dependencia; todas ellas ya sean legales e ilegales afectan a todos los grupos de la población y tienen implicaciones importantes para la salud pública.

Existen enfermedades y trastornos en los que, de forma anómala, se da un valor excesivamente alto a alguna de las necesidades que la persona siente. Esta valoración anómala puede deberse a sustancias químicas que modifican directamente el funcionamiento del cerebro (como ocurre con la cocaína, el tabaco, cannabis, entre otras sustancias psicoactivas).

Problemas sociales como la disfunción familiar, problemas de pareja, abuso sexual, tipos de amistades, son causas claves que hay que tener en cuenta durante la evaluación de una persona con algún tipo de adicción. Cabe destacar además, la importancia de los medios de comunicación los cuales facilitan un mayor acceso a diferentes fuentes de información, que influyen en el comportamiento y estilo de vida de la población, lo que da a lugar, cambios en la persona a nivel de conducta, entorno familiar, sociocultural, y laboral, generando la necesidad de buscar un medio de “desestrés” o una forma de “liberar” la mente de los problemas.

En la actualidad, se continúa estudiando los mecanismos fisiopatológicos por la que se desencadenan estos trastornos, su importancia trasciende en que son causa de diversos desórdenes en el comportamiento y estilo de vida de las personas, es por ello que esperamos que la presente investigación sea un punto de partida para investigaciones futuras y para la ampliación del conocimiento de la misma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

El consumo de sustancias psicoactivas afecta de modo significativo la calidad de vida de las personas y, debido al elevado costo social y económico que éste produce, se le considera un problema de salud pública.¹

El problema del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas presenta una evolución desigual que afecta de manera heterogénea a la población según la región que se estudie. Varía en función de la proporción de personas que la padecen, de las normas sociales, de los problemas que el abuso representa para el individuo, de la familia, de la percepción que la sociedad tiene frente a este problema y de las diversas alternativas para su abordaje.

Las drogas impactan en múltiples esferas, afectan el desarrollo económico y social, aumentan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones y con más de 60 enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, etc.).

Las adicciones tienen una manifestación visible en diferentes formas de violencia asociada con el crimen organizado, con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas.²

El consumo de pasta básica de cocaína (PBC), sustancia de bajo costo y con potencial adictivo mayor que la cocaína, es un problema de drogas endémico en

¹MARIN-NAVARRETE, Rodrigo et al. Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Ment* [online]. 2013, vol.36, n.5, pp. 393-402. ISSN 0185-3325.

²MEDINA-MORA, María Elena; REAL, Tania; VILLATORO, Jorge and NATERA, Guillermina. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública Méx* [online]. 2013, vol.55, n.1, pp. 67-73. ISSN 0036-3634.

Sudamérica, generando preocupación a nivel de la salud pública, de la salud mental y de la seguridad.³

En el Perú al igual que en otros países, los trastornos adictivos por sustancia es también un problema; existen diferentes tipos de adicciones que van en aumento exponencial, en paralelo al aumento de factores desencadenantes como los problemas familiares, sociales, económicos, entre otros.

A pesar que a nivel nacional, regional y local se realizan diferentes campañas o programas de prevención contra los distintos tipos de adicciones, en la ciudad de Tacna también existe personas que caen en los vicios de la droga, alcohol e incluso ludopatía, los cuales son un problema muy preocupante en nuestra región.

Las adicciones presentan efectos negativos sobre la estructura social, provocando desintegración familiar y ocasionando dificultades para mejorar las condiciones de vida de sus miembros, incluyendo el incremento de capacidades para generar en el futuro mayores ingresos y lograr un estado de bienestar⁴

³Galera, Cédric et al. Síntomas psiquiátricos asociados al consumo de pasta base de cocaína en niños y adolescentes: un estudio exploratorio en Montevideo, Uruguay. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2013, vol.51, n.4, pp. 263-270. ISSN 0717-9227.

⁴Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Estudio del Impacto Social y Económico del Consumo de Drogas en el Perú 2010. Lima: DEVIDA; 2010.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con adicciones químicas, atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 - 2014?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 GENERAL:

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con adicciones químicas, atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 - 2014

1.3.2 ESPECÍFICOS:

- Determinar la Frecuencia de las Adicciones químicas según diagnóstico nosológico en pacientes atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 – 2014
- Determinar las principales Características Epidemiológicas de pacientes con adicciones químicas atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 - 2014
- Determinar las principales características clínicas de pacientes con adicciones químicas atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 – 2014

JUSTIFICACIÓN:

El estudio en general de las adicciones tiene una gran importancia porque constituye un problema de salud pública. En la actualidad se continúa realizando estudios a nivel molecular y genético para brindar un mejor tratamiento para las personas con algún tipo de adicción y disminuir la frecuencia de adicciones; si bien es cierto que bajo este punto el tema está siendo investigado, aún se carece de información acerca sobre qué tipo de adicciones son las de mayor frecuencia en nuestra localidad y cuantas de ellas son diagnosticadas en el consultorio psiquiátrico, o en el servicio de psiquiatría, más aún no existe información sobre las principales características clínicas y epidemiológicas de pacientes atendidos en el centro de atención de día de enfermedades psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue; son muy pocos los estudios a nivel mundial que tratan este tipo de investigación siendo ésta muy frecuente en la actualidad y que sigue creciendo por diversos factores principalmente factores sociales. Los medios de comunicación y la reciente aparición de redes sociales son actualmente muy aceptadas por la juventud y se han convertido en un ejemplo de fuente de información, pero algunos casos esta información no es confiable, lo que promueve el abuso y consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales. En la localidad de Tacna no existen estudios en donde se identifique las principales adicciones químicas que se manifiestan en pacientes atendidos en el centro de atención de día de enfermedades psicoactivas (CADES) y cuáles son las principales características clínicas y epidemiologías que ellos presentan, esto ayudará a tener mayor conocimiento sobre la frecuencia de las adicciones en Tacna las cuales están afectando a nuestra población, para que en base a lo encontrado se pueda tomar medidas de prevención y control de los factores que ocasionan un desequilibrio de impulsos llevando a una adicción a largo plazo.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Adicción:** Las adicciones son trastornos psiquiátricos crónicos, que representan un serio problema de salud pública a nivel mundial. Estos trastornos tienen una elevada prevalencia y efectos negativos tanto individuales, como familiares y a nivel social, con un alto coste sanitario.⁵

Aunque existen diversas Formas de clasificación de las adicciones, una forma común de organizarlas es aquella que diferencia entre las adicciones asociadas a sustancias químicas y las producidas por comportamientos específicos del individuo.

1.- Al primer tipo corresponden las adicciones químicas, las más comunes y más estudiadas, tales como alcoholismo, tabaquismo, cocaína, heroína.

2.- al segundo tipo corresponden las adicciones comportamentales como el juego patológico, el sexo compulsivo, las compras compulsivas e incluso la adicción a grupos coercitivos.⁶

- **Adicto:** Persona que consume sustancias psicoactivas al punto de su vida en diferentes ámbitos. Esta afectación depende de: patrón de consumo (frecuencia, intensidad), tipo de sustancia, características idiosincráticas individuales, de contexto (familiar, social y cultural).
- **Conducta adictiva:** Es definida como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso o el consumo de algo. Esta conducta conduce potencialmente al aislamiento y al descuido de las

⁵Ángela Ibáñez Cuadrado. Genética de las adicciones ADICCIONES, 2008 • Vol.20 Núm. 2 • Págs.103-110.

⁶Enrique Echeburúa (1999): Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclée de Brouwer. 114 pp. ISBN 84-330-1378-5.

relaciones sociales, de las actividades académicas, de las actividades recreativas, de la salud y de la higiene personal.⁷

- **Abstinencia:** Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios” (“abstemers”), “abstinentes totales” (“total abstemers”)
- **Abuso de sustancias:** El DSM IV define el abuso como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados, durante un período de 12 meses.
- **CADES:** Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Lugar de atención para el paciente con algún tipo de adicción con o sin sustancia. Se llevan a cabo diversas actividades terapéuticas en modalidad de talleres ya sean individuales como grupales. Está organizada con el fin de prestar la atención más adecuada a las características personales de cada paciente. Visto el diagnóstico y el grado de adicción, se fija un proceso terapéutico específico que se aplica y se revisa periódicamente para adaptarlo a las nuevas situaciones surgidas. Se considera importante la atención a la familia, para darle un apoyo esencial y mejorar la calidad de la convivencia en todo el ámbito familiar.

⁷ Artemis Tsitsika, Eleni Tzavela, Foteini Mavromati and the Eu nETAdb investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos, 14 febrero 2012

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

RODRIGO MARÍN-NAVARRETE, Angélica ELIOSA-HERNÁNDEZ, Ignacio LOZANO-VERDUZCO, Carla FERNÁNDEZ-DE LA FUENTE, Bernardo TURNBULL, Antonio TENA-SUCK Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones Salud Mental 2013;36:393-402

El presente estudio tuvo por objetivo analizar la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. Se llevaron a cabo 15 entrevistas focalizadas con hombres de diferentes características, que habían sido internados en al menos dos de estos Centros. Los resultados ayudan a comprender la dinámica de consumo, que usualmente está ligada al abandono familiar y al enojo. Además, se analiza el uso de servicios de estos centros, como alimentación e higiene. Se encontró que muchos de estos hombres fueron ingresados de manera involuntaria y se vieron expuestos a diversas formas de abuso. Se concluye que a pesar de que estos centros responden a una necesidad de la sociedad para atender los problemas de salud que generan las adicciones, es imprescindible garantizar el respeto a los derechos humanos, asegurando la regulación y reglamentación de los centros.⁸

⁸RODRIGO MARÍN-NAVARRETE, Angélica ELIOSA-HERNÁNDEZ, Ignacio LOZANO-VERDUZCO, Carla FERNÁNDEZ-DE LA FUENTE, Bernardo TURNBULL, Antonio TENA-SUCK Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones Salud Mental 2013;36:393-402

SANTOLÍN, María; ZABALA, P.; SALOMÓN, Susana Elsa; CARENA, José Alberto Perfil clínico y social del paciente adicto hospitalizado. Revista Médica Universitaria 2009, Vol. 5, no. 3. ISSN 1669-8991

Se realizó un estudio protocolizado, observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó como criterio de inclusión todo paciente adicto con consumo de sustancias ilícitas, internados en el Servicio de Clínica, de un Hospital General de Agudos nivel de complejidad III. Se incluyeron 40 pacientes durante en el periodo de estudio. Prevalencia: 0.2/1000 egresos. El 82.5% eran hombres. Edad media: 31.5 años Permanencia media: 11 días Consumían cocaína el 82.5% marihuana el 77.5% tolueno el 10% floripondio y hachis el 2.5% cada uno. En el 2.5% la vía de administración era endovenosa y el 60% eran poliadictos. Solo el 10% recibió tratamiento para abandonar la adicción 100% tratamiento psicológico y 5.13% farmacológico. De clase social pobre el 75%. El 62.5% de los pacientes estaban desocupados, tenían antecedentes judiciales el 10% y el 7.5% había estado en prisión. El 92.5% era heterosexual, 2.5% hombres que tenían sexo con hombres y bisexuales 5%. Solo el 10% tenían secundaria completa. El 80% ingreso por Emergencias y por causa infecciosa el 45%. El 12.5% ingreso por complicaciones de la adicción. Las manifestaciones relacionadas con la adicción fueron: manifestaciones del sistema nervioso central: 12.5%; síndrome de abstinencia y temblor 7.5% cada uno y excitación psicomotriz, delirium, signo de foco neurológico y rigidez 5% cada uno. El 100% presentaba alguna comórbida; tabaquismo 80%, depresión 12.8% Y alcoholismo 57.5%, entre otras. Presentaban enfermedades de transmisión sexual 5 pac. (4 HIV, 2 VHC y 1 pediculus pubis). No hubo mortalidad hospitalaria. Conclusión: El paciente adicto internado se caracteriza por ser joven, pertenecer a un grupo social desprotegido, sin trabajo y sin educación, tener poliadicción, con alta carga de comórbidas y de internación, principalmente por complicaciones infecciosas.⁹

⁹SANTOLÍN, María; ZABALA, P.; SALOMÓN, Susana Elsa; CARENA, José Alberto Perfil clínico y social del paciente adicto hospitalizado. Revista Médica Universitaria 2009, Vol. 5, no. 3. ISSN 1669-8991

BARRÓN DEL SOLAR, Lucy; ROMERO SANDOVAL, Karina; SALDAÑA VÁSQUEZ, Neiver; SALAZAR ORDÓÑEZ, Carlos; VEGA DIENSTMAIER, Johann M. Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011. Rev Neuropsiquiatr; 75(1): 7-18, ene.-mar. 2012.

Es un estudio descriptivo de serie de casos retrospectivo. Se recolectó información de fichas de pacientes nuevos que acudieron a consulta externa de psiquiatría de octubre a diciembre de 2011. El estudio incluyó 168 fichas de pacientes. Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú). Resultados: La edad promedio fue 35,2 años (DE 15,8); 53% eran mujeres y 47%, varones. La mayoría eran solteros (64,9%), estudiantes (25,9%), católicos (70,5%), que acudieron acompañados de sus padres (37,6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: depresión mayor (31%) y esquizofrenia (25%). Los fármacos más prescritos fueron: sertralina (42,9%) y clonazepam (42,3%). Conclusión: La mayoría de pacientes fueron mujeres adultas, solteras, estudiantes, católicas, que acudieron acompañadas de sus padres, con diagnóstico de depresión mayor y cuya prescripción fue sertralina y clonazepam.¹⁰

10 BARRÓN DEL SOLAR, Lucy; ROMERO SANDOVAL, Karina; SALDAÑAVÁSQUEZ, Neiver; SALAZAR-ORDÓÑEZ, Carlos; VEGA-DIENSTMAIER, Johann M. Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011. Rev Neuropsiquiatr; 75(1): 7-18, ene.-mar. 2012.

ROBLES ARELLANO, Luis Javier; GÓMEZ SANDOVAL, Gloria. Perfil de paciente tratado por uso de sustancias adictivas en Jalisco - México durante el año 2011. Revista Adicción y Ciencia. 2013. Vol. 3, n. 2; 11 p.

Estudio descriptivo, retrospectivo. Donde se evaluó el perfil social y demográfico del paciente atendido por uso y/o abuso de sustancias psicoactivas (drogas) en el Estado de Jalisco, durante el año 2011, Se revisaron historias clínicas correspondientes, para establecer el perfil clínico de los pacientes. el total de 18,454 pacientes atendidos durante el año 2011, 16,112 (87.3%) fueron varones y 2,342 (12.7%) mujeres. El rango de edad del mayor número de pacientes atendidos es el que se encuentra entre los 15-19 años, mientras que el de 10-14 años es el de inicio al consumo de estas sustancias, no presentando ninguna diferencia significativa en cuanto al género. El nivel académico medio de los pacientes atendidos fue de primaria y secundaria. De los pacientes en edad laboral un 33% carecía de trabajo estable al momento de recibir su tratamiento. El alcohol y el tabaco fueron las principales drogas legales de inicio y de entre las ilegales la marihuana, los inhalantes y la cocaína.¹¹

¹¹ROBLES ARELLANO, Luis Javier; GÓMEZ SANDOVAL, Gloria. Perfil de paciente tratado por uso de sustancias adictivas en Jalisco - México durante el año 2011. Revista Adicción y Ciencia. 2013. Vol. 3, n. 2; 11 p.

CÁRDENAS L. Karla Mabel; ERLEY ORJUELA, María R.; TÉLLEZ MOSQUERA, Jairo Alfonso. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Bogotá D.C, julio 2010-junio 2011.

Estudio Descriptivo Retrospectivo para Determinar el perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas en Bogotá, 2010-2011. Se revisó 1073 registros del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública relacionados con los casos de intoxicaciones por sustancias psicoactivas, atendidos en los servicios de urgencias de Bogotá, 2010-2011. Se revisaron historias clínicas correspondientes, para establecer el perfil clínico de los pacientes. Se calcularon las frecuencias simples y estratificadas con intervalos de confianza de 95% (IC95%) de las variables sociodemográficas, tipo de sustancia psicoactiva y manifestación clínica. El mayor número de consultas (73%) se presentaron en hombres, con edades comprendidas entre 25 a 34 años, predominando las intoxicaciones con fines delictivos (58%). Las benzodiacepinas son las sustancias implicadas en el 83% de los casos. Las manifestaciones clínicas, correspondieron en su mayoría 80% a manifestaciones neurológicas.¹²

¹² Cárdenas L. Karla Mabel; Erley Orjuela, María R.; Téllez Mosquera, Jairo Alfonso. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Bogotá D.C, julio 2010-junio 2011.

CORDERO, Paola; RIVERO, Franrelys y YABUR, Yamel. Asesores: BOADAS, Jesús y MATOS, Mercedes. Perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en la consulta de la fundación José Félix Ribas. Porlamar, estado nueva Esparta. Periodo 2008 – 2012. Departamentos de Medicina y Ciencias Fisiológicas, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo de Anzoátegui.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias médicas de los pacientes que acudieron a la consulta externa de esta institución. En total se revisaron 429 historias, con un promedio de 85,8 pacientes anuales. La mayor incidencia se observó en el año 2012. Las consultas más frecuentes fueron de pacientes masculinos entre 15 y 19 años, solteros, desempleados y con bachillerato incompleto. Las patologías asociadas con más frecuencia a los pacientes atendidos fueron las de la esfera neuropsiquiátrica. La mayoría de los pacientes atendidos pertenecían a familias disfuncionales, muchos de ellos con antecedentes de dos o más familiares con farmacodependencia. El grupo de edad de 8-14 años fue el de mayor frecuencia en el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, con una edad promedio de 14,7 años. La droga de inicio más frecuente fue el alcohol y la de mayor impacto la cocaína. El policonsumo fue un elemento relevante en este estudio.¹³

¹³CORDERO, Paola; RIVERO, Franrelys y YABUR, Yamel. Asesores: BOADAS, Jesús y MATOS, Mercedes. Perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en la consulta de la fundación José Félix Ribas. Porlamar, estado nueva Esparta. Periodo 2008 – 2012. Departamentos de Medicina y Ciencias Fisiológicas, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo de Anzoátegui.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen (en su informe mundial en París 2008 informó que en 2007 al menos un promedio de 234 millones de personas consumen drogas ilícitas en el mundo; el 5.6% de la población mundial. El problema del consumo está relacionado con los índices de demanda de tratamiento.

La droga de mayor consumo es la marihuana, esto se refleja con un 53% de consumo de un casi 30% en América del norte y del sur, un 63% de consumo en África y un 46% en Oceanía la demanda de tratamiento de opiáceos se da en Europa con 58% y un 62% en Asia.

La UNODC, (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) no hace referencia al uso del alcohol ni del tabaco por ser sustancias lícitas en la mayoría de los países del mundo, y su distribución y consumo no está penalizado. La OMS (Organización mundial de la salud) es el órgano preocupado mundialmente por este consumo desmedido y el creciente número de demanda sanitaria por las enfermedades y accidentes generados por esta práctica.

La OMS, en su afán por promover la salud mundial, ha integrado las estadísticas de consumo en el mundo, el más reciente es el reporte global sobre el consumo del alcohol 2004, este es muy completo ya que abarca las estadísticas internas de más de 150 países en los 5 continentes. El reporte está dividido por tipo de sustancias, género, edades, tipo de bebidas, tipo de abuso, de moderado a desadaptativo.

La metodología de investigación ante el consumo de alcohol en la población se puede medir de dos maneras:

a) mediante el análisis de estadísticas de producción y distribución de bebidas alcohólicas en el mercado y el consumo per cápita.

b) pidiendo a la población responder cuestionarios sobre su comportamiento ante al consumo.

La tradición moderna de la encuesta sobre hábitos de investigación y los problemas en general de la población es bastante reciente. Algunos países (principalmente países desarrollados) han establecido en alrededor de los últimos 30 años, más o menos una tradición constante de encuestas repetidas, permitiendo observar las tendencias que habrán de ser tomadas en cuenta para la elaboración de programas de prevención y programas de salud pública (OMS 2001b)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay alrededor de 2 millones de personas en todo el mundo que consumen bebidas alcohólicas y 76,3 millones, son diagnosticables con el trastorno por consumo de alcohol, también se estima que el alcohol provoca 1,8 millones de muertes al año, 3,2% del total de la mortalidad mundial y una vida con discapacidad de algún tipo a 58,3 millones de personas, un 4% del total de la población mundial año, (referido de OMS 2002).

Podemos observar que el reto ante el consumo desmedido es muy grande por los graves riesgos que el consumo conlleva, por tanto la prevención y la conciencia a los jóvenes más vulnerables, que son hoy, la preocupación de las instituciones de salud en el mundo. Estas nuevas estadísticas muestran las diferentes políticas que se observan en el mundo en diferentes países con respecto al consumo. También muertas las problemática debido a enfermedades y mortalidad por consumo y accidentes derivado del consumo per cápita en la diversidad del mundo.

El estudio muestra que las bebidas más consumidas son el la cerveza, el vino y bebidas espirituosas. El consumo mayor a 15 litros per cápita, muestra México con un 4.62% en comparación con los 3 países más consumidores que son: la república Checa con un 16%, Luxemburgo con un 17%, Uganda con un 19%.

Entre los países con un grado más alto de consumo de cerveza son en su mayoría países europeos, y algunos de África. Los bebedores de vino más grande son los productores de vino países también europeos. La mayoría de los grandes países

consumidores de bebidas alcohólicas se encuentran en el Este de Europa, Asia y algunos estados insulares.

2.2.2 CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS

El consumo de drogas psicoactivas representa un problema complejo y es responsabilidad de diversos actores de la sociedad el contribuir a su resolución. Esta tarea no es sencilla dada la multiplicidad de elementos a intervenir y analizar.

De acuerdo con los estudios realizados por CEDRO y DEVIDA, el consumo de drogas legales e ilegales se configura como un problema de salud pública que requiere de una intervención articulada y en distintos ámbitos. Sus costos son significativos y afectan a diversos sectores de la sociedad. Se estima que su impacto social y económico en nuestro país asciende a 447 millones de dólares por año. De este monto, el 11,3% corresponde a costos de atención sanitaria, 57,4% en costos asociados con la pérdida de la productividad laboral, 7,5% a daños a la propiedad y 23,8% a gastos gubernamentales. En la población general de 12 a 64 años, se estima que el 85% ha consumido drogas legales (alcohol o tabaco) y cerca del 5% drogas ilegales (marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta básica de cocaína, éxtasis) en algún momento de su vida. Asimismo, más de 500 000 personas presentan signos de dependencia al alcohol, mientras que para el caso de las drogas cocaínicas, los signos se observan en uno de cada dos consumidores. Según grupos de edad, los consumidores de 12 a 18 años y 19 a 25 años presentan las prevalencias más altas de consumo de drogas ilegales. En el caso del consumo de alcohol se registra las mayores prevalencias en el grupo de edad de 26 a 35 años. En el último año, la población escolar de nivel secundario muestra una tendencia creciente (17,9%, tomando como referencia los estudios realizados el 2007 y 2009) en el uso de drogas ilegales; atribuible, principalmente, al incremento de consumo de marihuana y éxtasis. En el caso de las drogas médicas (uso de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción), la tendencia al incremento es más acentuada (38,8%). De otro lado, 462 351 estudiantes mostraron su disposición favorable para el consumo de drogas ilegales. Un dato importante es que el promedio de edad de inicio es cada vez más precoz, tanto

para drogas legales como ilegales, siendo prácticamente similares las medias de edad para ambos tipos de sustancias (13 años). En otro estudio con la misma población, se evaluó la “tasa de enganche” (indicador que evidencia cuál es la proporción de personas que, habiendo recibido ofrecimientos para el consumo de drogas, se involucran en ellas al menos una vez en la vida), y se encontró que las mayores tasas la presentan el consumo de cocaína con 0,3 (3 de 10) y éxtasis con 0,4 (4 de 10). Este panorama del consumo de drogas y sus impactos asociados, nos lleva a diversas reflexiones. La primera, es la de resaltar las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales y la tendencia al consumo precoz; sobre esto hay medidas preventivas y de control que requieren ser desplegadas para evitar mayores magnitudes e impactos. Segundo, sabemos que la no intervención en este problema genera costos importantes; por lo tanto, se deben realizar acciones de reducción de demanda de drogas con un criterio de racionalidad que permita cubrir las diversas necesidades de intervención y con la cobertura pertinente. Finalmente, los datos sobre edad de inicio de consumo, predisposición en los todavía no consumidores y “enganche”, nos van indicando la participación de aspectos psicosociales que deben considerarse en el análisis y respuesta al problema. El Perú presenta una historia de respuesta a este problema a través de acciones y políticas desde los diversos niveles de gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, es necesario reforzar múltiples aspectos: dotación de recursos presupuestales significativos, fortalecimiento técnico de operadores de proyectos y programas, formulación de políticas basadas en evidencia, sistemas de seguimiento y evaluación de intervenciones, y ejecución de investigaciones asociadas al consumo de drogas. Siendo esta la coyuntura nacional, uno de los primeros pasos para lograr este articulado de procesos será el de asumir un marco conceptual que brinde soporte para el diseño de políticas y la promoción de actuaciones preventivas. En ese marco, creemos adecuado realizar una revisión de algunos aspectos teóricos y aplicados, vinculados a los FRP, entendiéndolos como elementos importantes para la prevención de drogodependencias.¹⁴

¹⁴William Cabanillas-Rojas FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN Y LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

2.2.3 DEFINICIÓN DE ADICCIÓN

La adicción es toda conducta sistemática que genere una transformación obstaculizadora en la reproducción de su vida cotidiana y que pueda categorizarse como adictiva.

2.2.3.1 Causas de la adicción

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psicosocial. Esto quiere decir que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo.

Su etiología no lineal, multifactorial y sistémica hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de: una causa – un efecto. Este hecho es además importante en el tratamiento de estos desórdenes, pues cada persona es diferente y muestra distintos matices del problema de modo que es necesario individualizar cada caso y realizar un estudio amplio de la historia personal y familiar antes de hacer un diagnóstico. Hay algunas causas centrales que pueden iniciar el consumo y que también intervienen en la continuidad del mismo:

- Como una respuesta ante la angustia.
- Ante una anestesia de un dolor irresistible.
- Ante un intento de fuga a una realidad intolerante.
- Para poder avanzar sobre una realidad imposible de avanzar.
- Para superar una inhibición.
- Al desamparo (social-familiar).

En situaciones de aislamiento y soledad.

- En satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinadas sustancias.

- A presión de sus pares y necesidad de pertenencia a un grupo, y de ser aceptado.
- En ausencia de proyectos, falta de autoestima.
- A un ambiente desfavorable, crisis familiares.
- Fácil acceso a sustancias adictivas.
- Tener experiencias nuevas, emocionantes o peligrosas.

Pero, la curiosidad, el ver qué pasa y creer que poseen el manejo de las drogas es la sutil entrada al consumo, unido a la inseguridad y al desamparo que vivencia. La publicidad presenta un mundo deslumbrante, fácil y cómodo, que no concuerda con la realidad que lo circunda, hace que busquen una satisfacción artificial que los aleje, aunque sea en forma momentánea, de esa realidad displacentera. El adolescente es a quien más hay que brindarle un lugar donde instalarse para desplegar su problemática.

2.2.3.2 Proceso de la adicción

Algunas personas son más susceptibles a la adicción que otras. Son susceptibles a ella las personas que no saben cómo establecer relaciones saludables. La adicción es una creencia activa en un compromiso ante un estilo de vida negativo. La adicción comienza y crece cuando una persona abandona los caminos naturales de satisfacción de necesidades emocionales al conectarse con otra gente, con su propia comunidad, consigo mismo y con un poder espiritual superior. El repetido abandono de uno mismo y de los valores propios en favor de la elevación adictiva, causa el desarrollo de la adicción y su gradual poder.

Toda adicción comienza con un acto voluntario, simplemente hacer una actividad diferente, probablemente comience como una actividad socializante. Pronto decide repetir la experiencia, porque le gustó, y le hace sentir bien, según la influencia de su espacio social, la contención familiar, sus fantasmas inconscientes y su capacidad de sublimación, se detendrá, lo restringirá para

momentos especiales, o continuará la escalada tóxica convirtiéndose el consumo en algo cada vez menos manejable.

Ahora esa actividad pasa ser a un hábito, la actividad se comienza a realizar con mayor frecuencia e intensidad, el cuerpo se acostumbra y pasa a ser un vicio y cuando uno pierde la capacidad de controlar cierta actividad, entonces ya se incorporó una adicción. Sospecharemos estar en presencia de una personalidad en la cual no funcionan sus sistemas de control, con un bajo grado de libertad; es decir, estaremos ante una personalidad en crisis y/o prepatológica al consumo de drogas.

Es necesario ver a la adicción como un proceso gradual; como una enfermedad que va en desarrollo continuo, desde un definido aunque poco claro comienzo, hasta un punto final.

A lo largo de este proceso la persona pasa por diversas etapas que reflejan el agravamiento progresivo del desorden adictivo.

Las distintas etapas de la adicción se relacionan a la severidad del proceso adictivo y el impacto que la adicción tiene en la vida del adicto:

- a) **Etapas tempranas o de iniciación:** En esta etapa ya la química cerebral está alterada, y esto se manifiesta en episodios de uso descontrolado que pueden no ser tan severos y frecuentes, pero son evidencia de la instalación del desorden bioquímico cerebral. Aún así la relación que la persona ha desarrollado con el sustrato de su uso, lo motiva a continuar usando, debido al refuerzo psicológico que el consumo de la sustancia o la práctica de la conducta, tiene sobre su comportamiento.

Ya existe el pensamiento adictivo y comienza a manifestarse como una preocupación con el uso. Puede haber deseos automáticos y ya la persona comienza a invertir tiempo no programado en actividades relacionadas con el uso.

- b) Etapa media de abuso o adictiva:** La pérdida de control es obvia y los episodios de consumo son más intensos y frecuentes. Ya comienza a haber problemas familiares serios debido al tiempo que la persona ocupa en actividades relacionadas con la adicción y el uso. El pensamiento adictivo se hace más intenso debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta.

Comienzan a presentarse problemas laborales y escolares debido al mal funcionamiento psicosocial. La química cerebral ha cambiado de manera importante y la personalidad de la persona también ha cambiado, casi siempre con más irritabilidad, ansiedad e intolerancia. El ego de la persona se ha hipertrofiado para poder mantener una imagen de “normalidad” que pueda disminuir la ansiedad tanto del adicto como de las personas que lo rodean.

- c) Etapa agravada, crítica o terminal:** La inhabilidad para detener el consumo marca esta etapa del proceso adictivo. Problemas financieros severos podrían aparecer y el aislamiento social se hace evidente y marcado. Problemas en las relaciones familiares que pueden llegar a la separación. Pérdidas de empleo y deterioro del funcionamiento laboral se hacen presentes de manera que el adicto no puede muchas veces, ni conseguir ni mantener un empleo. La depresión característica de esta etapa puede ser mal interpretada como primaria, pero es en realidad secundaria al desorden adictivo. Igualmente la autoestima se ha deteriorado mucho y puede aparecer psicosis tóxica, en las adicciones químicas, e ideación psicótica en las adicciones de conducta.

Estas fases no están separadas realmente y se sobreponen de manera que, es difícil saber exactamente donde está ubicado un adicto en el proceso, pero en la mayoría de los casos se pueden utilizar para entender mejor la severidad del problema y las necesidades individuales de tratamiento.

2.2.3.3 Tipos de adicciones

La naturaleza exacta de las adicciones continúa siendo motivo de análisis científico y cada día se hacen descubrimientos que nos facilitan la comprensión de este fenómeno. Estudios demuestran que existen cambios neuroquímicos involucrados en las personas con desórdenes adictivos y que además es posible que exista predisposición genética a desarrollar estas enfermedades.

Algunos casos de adicciones que podemos mencionar son:

- .Las de ingestión:

Sustancias psicotrópicas como el alcohol, la nicotina y diferentes tipos de drogas.

- Las de conducta:

Adicción al cyber, a los videos juegos, al gimnasio, a la televisión, al trabajo, a jugar, a las comidas o componentes comestibles, al sexo, a la pornografía, a sectas, a mentir, a robar, al celular, al trabajo, a las relaciones interpersonales y otros.

a) Alcoholismo

El alcoholismo es una dependencia con características de adicción a las bebidas alcohólicas. Se caracteriza por la constante necesidad de ingerir sustancias alcohólicas, así como por la pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia.

Esta adicción afecta a todas las clases sociales y posee aspectos culturales importantes desde el momento en que el consumo es lícito y los menores a pesar de las prohibiciones, no tienen problema para consumirlo.

b) Drogadicción o Toxicomanía

Es una enfermedad biopsicosocial, caracterizada por el abuso y la dependencia de sustancias químicas. Esta sustancia, con capacidad de alterar un proceso biológico o químico en un organismo vivo con un propósito no nutricional, genera dependencia física y/o psicológica.

Es un estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreflexivo por consumir una droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para aliviar el malestar producido por la privación de este, es decir el llamado síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia es el conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona dependiente de una sustancia deja de consumirla o reduce su consumo. Según define la OMS: droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y, es además, susceptible de crear dependencia psicológica, física o ambas. Si hablamos de drogadicción, de dependencia o del uso indebido de ellas, tenemos que considerar que puede provocar diversas enfermedades entre ellas: psíquicas, familiares, sociales y hasta la muerte.

c) Tabaquismo

La adicción a los productos derivados del tabaco es la más extendida. Su aceptación cultural considera a su consumo en primer lugar como una fuente de placer, y segundo, como un simple vicio o mala costumbre. Se ha determinado que los cigarrillos y otros productos de tabaco, tales como cigarros puros, tabaco para pipa o rapé (en polvo), son adictivos y que la nicotina es la droga del tabaco causante de adicción.

La nicotina provoca una de las adicciones más potentes, desarrollando en el fumador un conjunto de signos y síntomas denominado síndrome nicotínico.

2.2.3.4 Características de una persona adicta

La anomia del adicto, le promueve pobreza en la identidad, falta de límites, confusión y miedo respecto de la realidad que lo circunda, trastornos en el manejo de la agresión y perversión de los valores que guían el propio accionar. Podríamos decir que la problemática del adicto se refleja en la falta de un proyecto de vida que le brinde o que esté sostenido por identificaciones. Esta falta la suplirá con la droga, pegándose a la etiqueta de "drogadicto", siendo ésta la única que lo representa.

La cotidiana realidad muestra que los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa. A pocos escapa que la adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular. Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc. Y cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas, pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. En ese contexto se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución". El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, dado que el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa.

Así las cosas, la relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, la comunicación se interrumpe, y hay pérdida de confianza, alejamiento y toda una secuela de alteraciones en la convivencia. Y cómo conseguir y usar la droga se ha vuelto casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas, y no les importa nadie más que ellos mismos.

De la misma forma en que se comportaría el organismo cuando tiene sed o hambre al faltarle el agua o el alimento necesario, así se comporta el cerebro del adicto con respecto a la droga. El centro instintivo del cerebro es el que le avisa al adicto que necesita la sustancia con la que ha establecido una dependencia. Así surge el afán del adicto por satisfacer su deseo tan fuerte. De modo que el deseo de consumir droga es un mensaje urgente de supervivencia para el adicto (consume o muere).

El adicto no controla la droga. Es la droga la que controla al adicto. La droga altera el funcionamiento del sistema nervioso central y produce cambios en los estados de ánimo y en el comportamiento normal de la persona. Ninguna droga puede hacerse psicológicamente atractiva, sin que hayan ocurrido estos cambios físicos en la actividad celular del cerebro, los cuales resultan de, y contribuyen a el uso repetitivo y creciente de la sustancia.

A nivel mental la enfermedad afecta de la siguiente manera: el cerebro no llega a percibir claramente la relación entre el consumo de la droga y las consecuencias negativas que le produce. El cerebro racional se convence a si mismo de que es lógico responder a la necesidad de drogarse, porque la droga le causa enorme alivio de la ansiedad y de la angustia, además de que le borra todo sentido de culpa. Pero como aparte de eso, le produce tantas lagunas mentales en las que se reprime, o definitivamente se olvidan los comportamientos vergonzosos, la persona solo relaciona el recuerdo del consumo, con las memorias de placer y no con ninguno de los aspectos desagradables que le trae como resultado.

En fin que la locura del adicto no es lo que hace cuando está bajo el efecto de la droga, sino el que nunca por sí mismo llegara a darse cuenta de que la droga es la causante de sus problemas. La locura del adicto es el permiso que se dará una y otra vez de volver a consumir, a pesar de las claras evidencias de que su vida se está deteriorando por culpa del consumo.

La parte mental de la enfermedad, consiste pues en un sofisticado sistema de autoengaño, de negación de la realidad y de justificación para volver una y otra

vez al consumo. El deterioro físico y moral se hace evidente con el paso del tiempo. Cuando la conciencia del adicto comienza a advertir que algo anda mal, ha generado para ese entonces tantos sentimientos de culpa y remordimientos, ya porque se ha hecho a sí mismo y a otros, tantas promesas de controlar su adicción que terminan en rotundo fracaso, ya porque su conducta inmoral logre hacer que se odie a sí mismo, que le asalta la inevitable angustia en la que siente que es mejor no haber nacido ni existido nunca. Es este el momento en el que toca el fondo emocional tan horrible en el que la vida pierde todo sentido; y si llegado a este punto, no se produce la intervención necesaria para salvarlo, la enfermedad puede llegar a ser fatal.

Los adictos buscan a personas que compartan sus valores y rituales relativas a la adicción que sufren. De esta manera se evita la incomodidad de confrontación o cuestionamiento y se refuerza la negación. El grupo de uso se convierte en un fuerte componente de la vida social de la persona.

El comportamiento tribal separa a los adictos incluso de otros adictos considerados como realmente enfermos. Este aislamiento selectivo puede transformar mucho la psiquis de la persona quien encuentra apoyo a su estilo de vida adictivo, causando además conflictos familiares que pueden llegar a ser muy severos. Las relaciones familiares se deterioran mientras el proceso adictivo avanza. La codependencia resultante termina promoviendo el desarrollo de la adicción. Por otro lado el significado que la familia tiene en el bienestar emocional del adicto disminuye y el adicto invierte cada vez menos energía en las relaciones familiares y más en su grupo de uso.

Síntomas

Las adicciones son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos. El origen de la misma es multifactorial, entre los que podemos mencionar factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Algunos síntomas característicos de las adicciones son:

- Daño o deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona.

- Pérdida de control.
- Negación o auto engaño.

- Uso a pesar del daño, tanto personal como familiar.

Se pueden presentar iguales síntomas en la adicción al alcohol, como en la adicción a la cocaína, tanto como la adicción a la comida y al juego.

2.2.3.5 Proceso de rehabilitación

- Rehabilitación: conjunto de tratamientos dirigidos a reeducar y orientar a personas que han sufrido algún tipo de disminución (física, psíquica o sensorial), de modo tal que sustituya las condiciones que faltan por otras que les permite desenvolverse con relativa autonomía y alcanzar una adecuada integración a la sociedad.
- Reinserción social: proceso mediante el cual se trata de re-insertar a la vida social a una persona que ha vivido marginada y excluida, durante un cierto tiempo, del medio social al que pertenece.

a) Objetivos

En cuanto al objetivo del tratamiento, es fundamental reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este.

Que el paciente pueda asistir para lograr su recuperación. Es importante la intervención familiar para poder ayudar al adicto a tomar la decisión de entrar en el proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida. Respecto al objetivo de la rehabilitación consiste en fomentar que los pacientes adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros

y trabajar en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía, el crecimiento personal e integración social de cada caso concreto. Actualmente existe un prejuicio negativo frente a los adictos que dificultando de sobremanera su integración, tanto por parte del grupo social como del núcleo familiar más estrecho.

En este aspecto es fundamental aclarar que la sociedad que recibe al adicto debe estar preparada. Si este vuelve al mismo entorno social que lo llevó a la adicción tiene altas probabilidades de volver a caer. Necesita de una sociedad que lo ayude tanto a ser escuchado como a encontrar respuestas.

La adicción es un problema general y social que debemos integrar y articular para no cerrarnos y excluirmos. Tratar de generar un espacio para elaborar propuestas, visualizar dificultades y alentar actividades participativas y creativas que revaloricen el valor comunidad, para que la familia se instale en un lugar mejor sostenido. Esa integración social, implica convivir y asumir esas deficiencias consecuentes a largos internamientos.

Y como la finalidad la reeducación social, aprendizaje de normas, cambio de conducta del paciente y de la sociedad que lo recibe. Cabe destacar la importancia de la participación de la familia para lograr que el paciente cumpla el tratamiento. Ya vimos la influencia de la familia frente a las causas de la adicción, por lo que es fundamental capacitar y contener este aspecto para la recuperación total del adicto.

Los objetivos principales podrían sintetizarse en:

- Promover un cambio global en el estilo de vida del adicto.
- La abstinencia en el uso de la droga.
- La eliminación de conductas perjudiciales para sí mismo y para la sociedad.
- El desarrollo de sus capacidades laborales, de sus actitudes y valores personales para prepararlo a una mejor reinserción social.

- Brindar ayuda a los individuos y a las familias afectadas por adicciones.
- Ayudarlos a que encuentren sentido por vivir.

b) Tratamientos

El tratamiento es un proceso, que consiste en una serie de intervenciones estructuradas, dirigidas a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida. La adicción a las drogas es una patología generalmente progresiva y que requiere de un tratamiento de largo plazo.

El tratamiento ideal para una adicción psicológica sería una combinación de las terapias grupales con la atención psicológica individualizada. El papel de la familia es muy importante y por ello, la mayoría de los grupos psicológicos ofrecen sesiones de terapias en grupo también a los familiares ya que son quienes deben compartir el día a día con el adicto. Cuando se trabaja con un adicto no se puede limitar la terapia exclusivamente a la adicción, sino que hay que descubrir qué se esconde detrás de esa adicción, las causas que han llevado a esa persona a caer en esa conducta adictiva. Depresión, ansiedad, problemas familiares o de pareja o miedo a las relaciones interpersonales suelen ser las causas más frecuentes.

A lo largo de todo el tratamiento es primordial incluir a la familia y a su entorno afectivo (amigos, vecinos, parejas, entre otros) para acrecentar las posibilidades de superación. Si la familia custodia y contiene en este proceso, será más factible para el paciente poder mantener los logros y cambios generados. La problemática de la drogadicción encubre realidades muy heterogéneas, no solamente sociales sino personales, la cantidad de prejuicios que se imponen socialmente imposibilitan una ayuda real hacia el adicto. Muchos tratamientos de conducta en las llamadas comunidades terapéuticas buscan lograr la abstinencia inicial y a mantenerla en forma prolongada.

Una de las técnicas es el manejo de situaciones imprevistas, un sistema de recompensas y castigos que hacen atractiva la abstinencia y poco atractivo el uso de la droga.

Otra modalidad institucional que creemos la más adecuada para el tratamiento son los Centros asistenciales que tienen otro abordaje, con un equipo de psicólogos, psiquiatras, terapéuticos ocupacionales, coordinadores grupales, etc. Se implementan tratamientos con permanencia en instituciones o ambulatorios con actividades de centro de día. O ambos combinados.

Hay instituciones especializadas en el tratamiento de las toxicomanías y son las llamadas comunidades terapéuticas o granjas comunitarias.

El proceso de rehabilitación que hace un adicto no solo es eficaz si este se interna (internación), sino que el tratamiento se puede llevar a cabo desde otras formas de rehabilitación, sin necesidad de que el adicto en recuperación permanezca dentro del centro durante todo su proceso de tratamiento. También cabe destacar que cada paciente tiene diferentes situaciones de vida y distintas necesidades, por lo tanto, cada uno requiere diferente tipo de tratamiento.

Se debe tener en cuenta a la persona de manera integral, abordando la mayor cantidad de niveles posible; personal, familiar, laboral y social.

c) Comunidades terapéuticas

Terapéutica: rama de la medicina cuyo objeto es el estudio sobre el tratamiento de las enfermedades, es decir, de los medios para curar y aliviar las enfermedades.

Terapia: conjunto de acciones que se ejercen sobre una persona, mediante intervención o tratamiento físico, químico o psicológico cuyo fin es curar, aliviar o prevenir un mal o perturbación. La comunidad terapéutica es un recurso en el que un grupo de personas comparten sus experiencias en un clima de tratamiento familiar donde el paciente no tiene acceso a ningún tipo de sustancias psicoactivas.

Una característica esencial en la comunidad terapéutica es el establecimiento de una intensa experiencia grupal, convirtiendo al paciente en sujeto activo y protagonista de la dinámica comunitaria, compartiendo las normas y roles impartidas por los terapeutas, involucrándose en el buen funcionamiento del grupo.

En las cuales la principal regla para un tratamiento es la de abstinencia (no droga). Como reglas secundarias (no sexo – no violencia). Se implementa el castigo, la disciplina y tratamiento, que es lo propuesto por los representantes de la sociedad, la ley, en estas instituciones se refuerza el espíritu de reprimir el delito. Hay diferentes métodos de tratamientos: Una primera etapa es la estabilización (desintoxicación) y otra etapa es la prevención de recaídas (terapias y talleres).

d) Etapa de estabilización. Desintoxicación

Se realizan programas de desintoxicación por instituciones médicas. Es más bien la primera etapa de los programas de tratamiento encaminados a posibilitar la abstinencia y la recuperación.

La desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa con un período de estabilización, esto puede suponer la estancia del paciente durante un período indeterminado, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un período que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. Se pueden utilizar determinados medicamentos para evitar el síndrome de abstinencia.

En ese período se puede alentar al paciente a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios de apoyo. El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible.

Después del período de desintoxicación, y en marcha la recuperación es muy importante el seguimiento terapéutico. Puede someterse al paciente a diversos métodos de terapia de grupo o psicoterapia para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia. En este punto es fundamental aclarar que el contacto con Centros de Salud Mental dificulta de sobremanera el llevar adelante esta etapa.

En los mencionados Centros de Salud Mental se manejan permanentemente con psicofármacos que los adictos negocian para adquirir a través de ellos. Estos hechos fueron comprobados en varios Centros que actualmente están funcionando.

Aislar al paciente de todo contacto con sustancias que crean dependencia en esta etapa de su recuperación es primordial. Cualquiera sea su adicción, pues como ya se ha visto una vez que se presentó el problema puede variar en sus formas y recaer en otros tipos de adicción.

e) Etapa de prevención de recaídas.

Tratamientos ambulatorios:

Se brinda tratamiento individual, en donde el paciente permanece temporalmente en las unidades de tratamiento. Psicoterapia en consultorios externos.

Se cumplen las diferentes fases recomendadas para este tipo de tratamiento con las pautas específicas durante el mismo, con asistencia psicológica, psiquiátrica, de sostén psicosocial y abordaje familiar, sin necesidad de permanencia en el centro. Así el paciente tiene la posibilidad de dedicarse el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. Los pacientes no se ven obligados a internaciones prolongadas ni a interrumpir sus trabajos o estudios, y puede estar en permanente interacción con el medio y su familia, características que hacen de las intervenciones ambulatorias un espacio que incluye no solo las estrategias de tratamiento propiamente tal, sino que también debe dar respuesta a las contingencias que se originan de las relaciones que el paciente establece con su medio y su familia. El tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo exterior. Un programa ambulatorio permite que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas, con estrategias de control de consumo y de trabajo grupal.

Un paciente ambulatorio tiene que decidir cada día que se levanta, llevar al menos su cuerpo a tratamiento. Lo que le da una característica verdaderamente diferencial al tratamiento ambulatorio respecto de los sistemas de internación es que los terapeutas de estos últimos deben enfrentar los problemas cotidianos relacionados a la profunda angustia que produce el abandono en un adicto por el alejamiento de su red, pero a diferencia del otro sistema, cuenta con la estabilidad de la permanencia.

El desafío del terapeuta que trabaja con el ambulatorio es estar advertido, en cada intervención, de la resistencia consciente o inconsciente del paciente, su sensación de abandono se manifiesta a través de ausencias o llegadas tarde. Dicho de otra manera, el terapeuta del ambulatorio tendrá que intervenir de forma más sutil que el del de una internación donde la decisión del paciente de seguir o no el tratamiento es mucho más concreta, o se queda o se va.

Los tratamientos ambulatorios tienen como ventaja el manejo del problema adictivo en el contexto donde este se origina y se mantiene. Esto facilita que el paciente conserve sus relaciones familiares y sociales, permite que la labor de inserción social sea hecha durante todo el proceso terapéutico y no solamente al final de este y además, interviene en las diferentes áreas problemáticas de la persona.

- **CENTRO DE DÍA**

Con tratamiento individual y grupal, con permanencia en el predio de media jornada, para pacientes con expectativas de estudio o trabajo. Se llevan a cabo actividades terapéuticas con modalidad de talleres. Están organizadas con el fin de prestar la atención más adecuada a las características personales de cada usuario. Visto el diagnóstico y el grado de adicción, se fija un proceso terapéutico específico que se aplica y se revisa periódicamente para adaptarlo a las nuevas situaciones surgidas. Se considera importante la atención a la familia, para darle un apoyo esencial y mejorar la calidad de la convivencia en todo el ámbito familiar.

El proceso de trabajo en la mayoría de los centros serían de: en cada ingreso se realiza la entrevista de admisión en la cual se abre la historia clínica correspondiente, los profesionales realizan un estudio de la situación en diferentes aspectos con sesiones psicológicas, psiquiátricas, formativas y laborales. Y en reuniones en equipo se determinan las estrategias terapéuticas a seguir las cuales varían por tratamiento.

Allí se privilegia los distintos aspectos:

a. Terapia individual

Es básicamente para abusadores leves en donde ya se percibe una demanda terapéutica. La angustia no viene solo puesta en la droga. En base a lo investigado, si bien la droga circula, lo central de la demanda no es el tóxico. Pero lo interesante es que si no se le da ninguna importancia a la sustancia en el espacio individual el consumo podría ser creciente, puede continuar la escala tóxica y la droga comenzaría a tapar la angustia impidiendo la capacidad de simbolización indispensable para psicoterapia.

Aquí cada terapeuta tiene la libertad de trabajar desde su marco teórico y ser coherente con la filosofía que implica. En forma personalizada un profesional seguirá el proceso del tratamiento. Las terapias individuales son el marco adecuado para que cada paciente pueda expresar sus conflictos en privacidad sin la opinión de terceros. Permite reconstruir una historia subjetiva devastada.

b. Terapia grupal

Es un tratamiento que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Un profesional terapéutico forma distintos grupos de trabajo con distintas temáticas acorde con la problemática de las adicciones. El grupo terapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual. El sujeto con un determinado estigma confronta, habla, analiza y comenta a un otro igual. Y permite que pueda escucharse la familia.

El objetivo del grupo es incrementar la autoestima del paciente, su sistema de límites, aceptar su realidad, su imperfección, lograr entender sus asuntos como ser humano adulto, identificar sus conductas psicopáticas para controlar y manipular a los otros, eliminar resentimientos y venganzas, lograr descubrir su espiritualidad y encontrar un poder superior a sí mismos, identificar las casualidades, habilidades e intereses personales, comunicar corporal y verbalmente los sentimientos y pensamientos de manera abierta y certera, con honestidad, correr riesgos que promuevan el comportamiento saludable y reducir el comportamiento destructivo, reconocer el impacto que su comportamiento tienen en los demás, evitando la cronificación y la disminución sintomatológica en las áreas afectadas por el trastorno.

Asambleas multifamiliares Es un espacio para que las familias puedan hablar, opinar o intercambiar experiencias y sentimientos en relación a la problemática de adicción de sus hijos, permitirá reducir sus angustias y culpabilidad. También asiente ofrecer a los padres diversas pautas y estrategias de control, fomenta la activación de recursos que produzcan cambios en la relación con sus hijos y del sistema familiar.

Es por esto, de suma importancia para el paciente, contar con un entorno comprometido que lo acompañe durante su rehabilitación y reconozca su participación en el problema.

c. Talleres creativos

Arte terapia con los pacientes, talleres terapéuticos, pedagógicos, laborales, con temas ajenos a la adicción en sí misma que los conecte nuevamente con la vida por ej. Taller literario, pintura, dibujo, artesanías, etc. Así el paciente a través de la pintura y el dibujo expresan frustraciones, emociones y sentimientos. También hay otros como teatro, musicoterapia, huertas. Cada uno de estos espacios grupales tiene como objetivo final brindar a los pacientes la oportunidad de desarrollar, mejorar, adquirir o recuperar habilidades motoras, cognitivas sensoriales, necesarias para el desempeño funcional y social requerido,

como así también los hábitos para desempeñar las actividades de producción y la utilización adecuada del tiempo libre o momentos de ocio.

d. Talleres laborales

Los mismos tienen como objetivo desarrollar en los pacientes las habilidades laborales necesarias para su desempeño en sociedad como sujetos productivos, adquiriendo los conocimientos básicos de cada oficio, a través de clases teóricas y prácticas, siendo estos talleres opcionales, según los deseos vocacionales de cada paciente en particular.

e. Deportes

Que los pacientes puedan realizar diferentes ejercicios coordinados para lograr una aceptable salud física y mental.

f. Hospital de día

Tiene las mismas características que el centro de día pero de 8 horas, para pacientes sin expectativa de estudio o trabajo durante el tratamiento.

g. Internación domiciliaria

Básicamente, el consumidor estará en su casa pudiendo realizar salidas controladas por el equipo tratante. Puede colaborar un acompañante terapéutico.

h. Grupos Autoayuda

Es un conjunto de personas que tienen un problema común y buscan mejores formas de manejar su situación, hablando entre sí y ofreciéndose apoyo. Con reglas claras que lo hace un lugar especialmente apropiado para escuchar con toda atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de todo asunto personal que se comenta, el grupo de autoayuda se hace un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden al participar.

A lo largo de la vida del grupo se genera una manera de pensar y una forma de hacerle frente a la problemática específica que se aborda, mediante ideas, formas de respuesta y todo lo que se ha ido encontrando en común. Se construye así un

medio social especializado, para que cada uno pueda aprender, compartir libremente todo lo relacionado con una misma situación de vida.

Por el carácter personal de lo que se llega a tratar, se establece un acuerdo de cuidado mutuo. Lo que se dice en el grupo, se queda en el grupo. Pero lo que se aprende, sin detalles personales, es necesario compartirlo y difundirlo. Este acuerdo de secreto y resguardo frecuentemente es nombrado anonimato. Implica un pacto o contrato con el que cada nuevo integrante se compromete a reservarse todos los detalles personales de lo que los otros comparten. Es posible así generar una situación de respeto para que todos puedan hablar libremente. Es mediante este acuerdo que se hace posible la ayuda mutua en el grupo de autoayuda.

En el grupo de autoayuda, los participantes narran sus vivencias y describen lo que les ha sido útil. Para lograr soluciones y un cambio personal, se comparten asuntos propios del tema que en el grupo se trabaja, pero también todo lo relacionado y necesario de hablar y trabajar.

Cada quien habla todo lo que necesita aclarar para sí, y esto se hace útil para otros. Hay oportunidad de escuchar con atención, para reconocerse y transformarse. Las experiencias que se narran pueden abrirles caminos a otros. Es entonces que se encuentra apoyo, sin las desventajas de la crítica, la valoración moral y los consejos.

Quien habla lo hace para sí mismo. Quien escucha toma lo que le sirve solamente. A esto se le dice autoayuda, porque cada integrante tiene un compromiso personal con su propio proceso. Al acudir asume un papel activo en la superación de su situación de vida. Pero siendo en grupo, se trata de un espacio social para aprender y ejercitar formas de ser y actuar.

Los participantes ponen al centro su propia experiencia, como materia prima para el trabajo. Se ejercitan ahí modos de relacionarse socialmente, para manejarse mejor internamente y en la vida social, con respecto de una situación o problema común. Por este motivo el proceso es de ayuda mutua. Cada grupo define reglas y

características propias y específicas, las mismas que enfocan la actividad hacia una misma tarea y objetivos.

Se buscan lugares y horarios de reunión convenientes. Una tarea constante en todo grupo de autoayuda es buscar nuevos integrantes. El ingreso de nuevos participantes es esencial para su funcionamiento, además de ser el motivo por el que existe. Son quienes van llegando que renuevan la actividad productiva y constructiva. Hacen revivir el trabajo con respecto a la tarea y tema del grupo. Por eso algunos participantes se encargan especial y cuidadosamente de recibir e informar a cada nuevo integrante o persona interesada.

i. Huertas Terapéuticas

Se ha comprobado que a través del cuidado y control de las huertas las personas manifiestan actitudes que, debidamente analizadas, facilitan un diagnóstico de su estado en general y como consecuencia de ello pueden llegar a tener un efecto terapéutico.

Es una opción de participar al aire libre, ocupar la mente, acercarse aún entre los mismos residentes y darse cuenta de que la vida está lejos de haberse acabado. Realizar tareas productivas favorece la evolución positiva en el estado de los ingresados. Que ayuda a ocupar el tiempo libre, a relajar la ansiedad, a trabajar con las manos.

Se trabaja sobre la adquisición de los conocimientos y las habilidades específicas para la ejecución de las tareas que se desarrollan dentro de la huerta. Se estimula la capacidad del trabajo en equipo, asumir responsabilidades, concentración y perseverancia para la consecución de un objetivo común y promover el desarrollo de valores y aptitudes a partir de una experiencia concreta de trabajo. Uno de los principales objetivos de las huertas es otorgar a los pacientes una oportunidad de participación concreta en un proyecto de autogestión, como un instrumento para canalizar sus necesidades creativas, de compartir, fortalecer su autoestima, aprender a cuidar y respetar los recursos naturales y a ser pacientes con el respeto de los tiempos que impone la naturaleza.

Aprender a partir de su propia experiencia, la satisfacción de obtener alimentos de la tierra, como futura fuente de trabajo e integración del núcleo familiar, y con la comunidad. Estas terapéuticas se basan en el reconocimiento del problema, la patología de base que ha sido cubierta con el alcohol y sirve como apoyo mutuo o ayuda mutua, también ayudan a verse reflejado con otro con su problemática, es un lugar para reconocerse y ser reconocido por otros ante una adicción muy dura y con consecuencias terribles, pero que con voluntad, esfuerzo y ayuda se puede recuperar. Es muy importante concientizar a familiares, amigos, conocidos y vecinos sobre esta problemática.

j. Internación en crisis

Destinados para aquellos pacientes que se encuentran atravesando el período del síndrome de abstinencia, el cual se da por el corte abrupto del consumo intenso de ciertas drogas que genera una descompensación de base orgánica, por el acostumbramiento del cuerpo a ella, como así también el síndrome de abstinencia psicológico. Requiere un esfuerzo de colaboración entre los médicos, miembros de la familia, amigos y empleadores. Favorecer las reuniones de estos grupos con el paciente ha sido muy útil para ayudarlos a salir de esta situación. El paciente y la familia deben comprender que el alcoholismo es una enfermedad y que las respuestas (necesidad, ansias, temor) son síntomas, no fallas personales, así como el dolor o el malestar son síntomas de otras enfermedades.

Es una enfermedad que puede rehabilitarse. Las curas de desintoxicación, terapias individuales y grupales, tanto para el paciente como para el grupo familiar, constituyen la base del tratamiento.

Estos servicios constituyen la integración de distintos métodos de tratamiento, encaminados a ayudar a las personas a lograr una abstinencia duradera.

k. Recuperación

La recuperación es un proceso mediante el cual la persona adicta interrumpe el deterioro progresivo que es típico de este desorden y comienza un restablecimiento constante en las áreas de vida afectadas. Como la adicción es una

enfermedad primaria de naturaleza crónica existe una tendencia natural a la recaída que hace necesario el mantenimiento diario del proceso de recuperación.

La abstinencia completa es el primer paso necesario para la recuperación. Para lograr avanzar en la recuperación es necesario que la persona adicta realice cambios en su forma de pensar y de actuar, así como cambios en sus estilos de vida, orientados a promover y mantener la abstinencia y una mejor calidad de vida.

El resultado de una recuperación satisfactoria es una persona con una calidad de vida en franca mejoría, estilos de vida más sanos y un nuevo sentido de su misión vital, así como una mejoría en su forma de relacionarse, y mayor capacidad para no tomarse demasiado en serio. De esa manera el proceso por el cual una persona enferma de adicción, pasa de la etapa de consumo a la recuperación, es un proceso dinámico, que consta de diversas etapas.

Una persona adicta no puede recuperarse por sí sola sino que para poder lograr rehabilitarse necesita ayuda de profesionales especializados en el tema, que lo guíen y ayuden en su tratamiento. Período de control Luego del alta del paciente el mismo asiste a controles para la evaluación de las dificultades que el mismo pueda tener en una reinserción social.

Alcanzados los objetivos y lograda el alta institucional, se sugiere continuar con una terapia individual, con el fin de seguir trabajando en la elaboración de los conflictos emocionales que habían facilitado la adicción. El tratamiento se desarrolla en diferentes etapas con objetivos precisos que reflejan el avance o estancamiento de cada proceso terapéutico. El paso de una etapa a otra no dependen del tiempo cronológico del concurrente en el tratamiento, ni de la opinión personal de los miembros del equipo terapéutico. Depende exclusivamente de sus logros personales en relación con los objetivos de cada etapa, que están claramente definidos desde un comienzo.

2.2.3.6 PREVENCIÓN DE ADICCIONES

La prevención es una necesidad en cualquier planteamiento de la actividad humana. La prevención es la acción y efecto de prevenir, es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase (prevención primaria). Es decir, poner en acción los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición de un problema o al menos disminuir sus efectos.

Si la persona ya empezó el proceso adictivo, prevenir es intentar evitar que el problema vaya más allá (prevención secundaria) y en caso de existir alguna situación de dependencia, significa ayudar a las personas a recibir tratamiento para superarla y salir de ella (prevención terciaria). La prevención es el camino más corto y definitivamente el más económico comparada ésta con la rehabilitación.

Dado su gravedad y alcance, no podemos quedarnos con los brazos cruzados. Es urgente actuar desde las raíces del problema. Realizar y aplicar conjuntamente con la sociedad programas que refuercen la prevención de las adicciones, su detección temprana y adecuado tratamiento y rehabilitación. Generar una conciencia sobre la enfermedad que representan las adicciones y de los beneficios que aporta un ambiente preventivo en la familia, la escuela, espacios de convivencia, diversión y centros de trabajo.

Hace falta desarrollar un modelo de prevención integral que apunte a reparar las causas que predisponen y facilitan el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta la totalidad de los factores intervinientes y, por lo tanto, condicionantes socio culturales, familiares e individuales. La prevención requiere de una actitud de reflexión crítica, de transformación, un compromiso de solidaridad, inclusión, participación y la reparación de las carencias y vulnerabilidades que predispongan al consumo de drogas.¹⁵

¹⁵PUNTES, Mario “Estrategia terapéutica en drogadicción”. Editorial LUMEN. Edición año 2009

CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

CAPÍTULO III:

VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Grupo Etéreo	Hasta 15 años	Ordinal
		16-19 años	
		20 - 40 años	
		41-60 años	
		61 a mas	
Sexo	Fenotipo	Masculino	Cualitativo
		Femenino	
Lugar de Procedencia	Historias Clínicas	Tacna	Nominal
		Departamento fuera de Tacna	
		Fuera del Perú	
Grado de Instrucción	Historias Clínicas	Superior	Nominal
		Superior Incompleta	
		Primaria	
		Primaria Incompleta	
		Secundaria	
		Secundaria Incompleta	
		Analfabeta	
		Sin información	

Distrito de Procedencia de la provincia de Tacna	Nominal	Tacna	Nominal
		Alto de la Alianza	
		Calana	
		Ciudad Nueva	
		Pocollay	
		Coronel G.A.L	
		Inclán	
		Pachía	
		Sama	
		Palca	
		Sin Información	
Estado Civil	Historias Clínicas	Casado (a)	Nominal
		Soltero (a)	
		Conviviente	
		Divorciado (a)	
		Viudo (a)	
		Sin información	
Ocupación	Historias Clínicas	Empleado	Nominal
		Estudiante	
		Ama de casa	
		Obrero	
		Otro	

Religión	Historias Clínicas	Católica	Nominal
		Evangelista	
		Cristiana	
		Testigo de Jehová	
		Sin religión	
		Otra	
Mes de Atención	Historias Clínicas	Enero	Ordinal
		Febrero	
		Marzo	
		Abril	
		Mayo	
		Junio	
		Julio	
		Agosto	
		Setiembre	
		Octubre	
		Noviembre	
		Diciembre	
Persona que acompaña	Historias Clínicas	Padre	Nominal
		Madre	
		Pareja	
		Hijo	
		Hermano	
		Otros Familiares	
		Solo	
		Sin Información	

ADICCIONES	Diagnóstico Nosológico	Alcohol	Cualitativo
		Tabaco	
		Marihuana	
		Cocaína	
		PBC	
		Terokal	
		Otros	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Fue fundado en el año 2005, se creó con la finalidad de brindar atención individualizada como grupal al paciente con algún tipo de adicción con y sin sustancia, además de brindar servicio psicológico a pacientes con diversas patologías psiquiátricas, cuenta con ambientes para evaluación psicológica como psiquiátrica además con ambientes para la realización de talleres tanto individuales como grupales

4.3 POBLACIÓN:

La población estará integrada por todos los Pacientes con Adicciones químicas Atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna a partir del año 2009 hasta el año 2014

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con Adicciones Químicas atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna a partir del año 2009 hasta el año 2014

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de intoxicación sin adicción.
- Pacientes con Diagnóstico de Abuso de consumo Sin Adicción
- Paciente con adicciones en cualquier otro servicio del hospital Hipólito Unanue de Tacna
- Pacientes atendidos por otras causas psiquiátricas.
- Pacientes atendidos por Ciberadicción
- Pacientes atendidos por ludopatías

4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se realizó mediante un instrumento de información constituido por una ficha de datos, basada en la ficha utilizada en el consultorio de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia y aprobada en el año 2011 en el cual se incluye datos epidemiológicos y clínicos.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez consignado la información de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2009 – 2014, se procederá a revisar el buen llenado de las fichas recolectadas, luego la información se ingresará en una base datos en el programa Microsoft Excel, donde se codificará la información de acuerdo a la operacionalización de variables.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencia y de las variables cuantitativas como medias, ambas con sus respectivas medidas de dispersión. El análisis se realizara mediante la técnica estadística descriptiva.

El programa estadístico utilizado será el SPSS v.21

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

TABLA 1-A

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS
CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES)
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Características Epidemiológicas	Categoría	Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad	hasta 15 años	18	5.2%	4	7.1%	22	5.5%
	16 a 19 años	62	17.9%	14	25.0%	76	18.9%
	20 a 40 años	197	56.9%	26	46.4%	223	55.5%
	41 a 60 años	63	18.2%	12	21.4%	75	18.7%
	61 a más	6	1.7%	0	0.0%	6	1.5%
	Total	346	100.0%	56	100.0%	402	100.0%
Lugar de procedencia	Tacna	324	93.6%	53	94.6%	377	93.8%
	Departamento Fuera de Tacna	19	5.5%	2	3.6%	21	5.2%
	Fuera del Perú	3	0.9%	1	1.8%	4	1.0%
	Total	346	100.0%	56	100.0%	402	100.0%
Grado de instrucción	Primaria Completa	1	0.3%	1	1.8%	2	0.5%
	Primaria incompleta	4	1.2%	2	3.6%	6	1.5%
	Secundaria completa	110	31.8%	15	26.8%	125	31.1%
	Secundaria incompleta	47	13.6%	13	23.2%	60	14.9%
	Superior completa	20	5.8%	5	8.9%	25	6.2%
	Superior incompleta	29	8.4%	3	5.4%	32	8.0%
	Sin información	135	39.0%	17	30.4%	152	37.8%
	Total	346	100.0%	56	100.0%	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

La tabla N°1 nos muestra las principales características epidemiológicas, con respecto a la edad el 55.5% del total de pacientes atendidos tienen entre 20 a 40 años de edad, seguido por un 18.7% de los pacientes que presentan entre 41 a 60 años de edad. Según lugar de procedencia el 93.8% de los pacientes atendidos proceden del departamento de Tacna seguido de un 5.2% que proceden de distintos departamentos del Perú fuera del departamento de Tacna. Según grado de instrucción el 31.1% del total de pacientes atendidos tienen secundaria completa, seguido de un 14.9% del total de pacientes que tienen secundaria incompleta.

TABLA 1-B

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Características Epidemiológicas	Categoría	Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estado civil	Casado	54	15.6%	5	8.9%	59	14.7%
	Soltero	226	65.3%	39	69.6%	265	65.9%
	Conviviente	53	15.3%	12	21.4%	65	16.2%
	Divorciado	4	1.2%	0	0.0%	4	1.0%
	Viudo	1	0.3%	0	0.0%	1	0.2%
	Sin información	8	2.3%	0	0.0%	8	2.0%
	Total	346	100.0%	56	100.0%	402	100.0%
Ocupación	Empleado	16	4.6%	1	1.8%	17	4.2%
	estudiante	110	31.8%	15	26.8%	125	31.1%
	Ama de casa	0	0.0%	9	16.1%	9	2.2%
	Obrero	10	2.9%	0	0.0%	10	2.5%
	Otro	133	38.4%	19	33.9%	152	37.8%
	desempleado	43	12.4%	9	16.1%	52	12.9%
	Sin información	34	9.8%	3	5.4%	37	9.2%
Total	346	100.0%	56	100.0%	402	100.0%	
Religión	Católica	120	34.7%	22	39.3%	142	35.3%
	Evangelista	6	1.7%	3	5.4%	9	2.2%
	Cristiana	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Testigo de Jehová	2	0.6%	0	0.0%	2	0.5%
	Sin religión	2	0.6%	0	0.0%	2	0.5%
	Otra Religión	2	0.6%	0	0.0%	2	0.5%
	Sin información	214	61.8%	31	55.4%	245	60.9%
Total	346	100.0%	56	100.0%	402	100.0%	

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según estado civil se encontró que 65.9% de los pacientes son solteros, seguido de un 16.2% de los pacientes que son convivientes. En cuanto a ocupación se encontró que el 31.1% de los pacientes son estudiantes, se encontró además que el 12.9% de los pacientes son desempleados. Con respecto a la religión, el 35.3% de los pacientes son de religión católica, seguido de un 2.2% de los pacientes los cuales son de religión evangelista.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN AÑO DE ATENCIÓN Y MES DE ATENCIÓN

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

		N°	%
Año de atención	2009	86	21.4%
	2010	68	16.9%
	2011	64	15.9%
	2012	51	12.7%
	2013	62	15.4%
	2014	71	17.7%
	Total	402	100.0%
Mes de atención	Enero	41	10.2%
	Febrero	28	7.0%
	Marzo	32	8.0%
	Abril	35	8.7%
	Mayo	42	10.4%
	Junio	34	8.5%
	Julio	26	6.5%
	Agosto	26	6.5%
	Setiembre	36	9.0%
	Octubre	47	11.7%
	Noviembre	26	6.5%
	Diciembre	29	7.2%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En La tabla N°2 se observó con respecto al año de atención, el 21.4% de los pacientes, fueron atendidos en el año 2009, seguido por un 17.7% los cuales fueron atendidos durante el año 2014.

Mientras que en la distribución por mes de atención se observó que el 11.7% de los pacientes fue atendido durante el mes de octubre, seguido por un 10.4% que fue atendido durante el mes de mayo.

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN PERSONA QUE ACOMPAÑA DURANTE LA ATENCION

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

		N°	%
Persona que acompaña durante la atención	Padre	29	7.2%
	Madre	65	16.2%
	Pareja	37	9.2%
	Hijos	4	1.0%
	Hermano	8	2.0%
	Solo	36	9.0%
	Otro	22	5.5%
	Sin Información	201	50.0%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En La Tabla N°3 se observó que el 16.2% de los pacientes atendidos son acompañados durante la consulta por la madre, seguido por un 9,2% de los pacientes los cuales son acompañados por la Pareja.

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Antecedentes Psiquiátricos	Categoría	N°	%
Patología psiquiátrica	no	351	87.3%
	si	51	12.7%
	Total	402	100.0%
Tratamiento psiquiátrico previo	no	353	87.8%
	si	49	12.2%
	Total	402	100.0%
Hospitalizaciones psiquiátricas previas	no	369	91.8%
	si	33	8.2%
	Total	402	100.0%
Familiares con antecedentes psiquiátricos	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Familiares con intento suicida	no	402	100.0%
	si	0	0.0%
	Total	402	100.0%
Intento Suicida Alguna vez	no	383	95.3%
	si	19	4.7%
	Total	402	100.0%
Antecedentes Familiares de Adicción	no	392	97.5%
	si	10	2.5%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la Tabla N°4 se observó que el 12.7% de los pacientes con adicciones presentó Patología Psiquiátrica previa, 12.2% recibió tratamiento psiquiátrico previo, 8.2% de los pacientes tuvo hospitalizaciones psiquiátricas previas, 4.7% tuvo intento suicida alguna vez, seguido de un 2.5% que tuvo antecedentes familiares de adicción.

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO PSIQUIÁTRICOS
CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Antecedentes Patológicos no Psiquiátricos	Categoría	N°	%
Hipertensión arterial	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Diabetes mellitus	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Enfermedad Coronaria	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Tuberculosis	no	393	97.8%
	si	9	2.2%
	Total	402	100.0%
ASMA	no	402	100.0%
	si	0	0.0%
	Total	402	100.0%
Accidente cerebrovascular	no	402	100.0%
	si	0	0.0%
	Total	402	100.0%
VIH	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Otras enfermedades	no	307	76.4%
	si	95	23.6%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la Tabla N°5 Se observó que dentro de los principales antecedentes Patológicos no psiquiátricos el 2.2% de los pacientes atendidos tuvo antecedentes de Tuberculosis, el 23.6% de los pacientes presentaron otro tipo de enfermedades.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO PSIQUIATRICOS SEGÚN SEXO, EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Características Epidemiológicas	Categorías	Antecedentes patológico no psiquiátrico						P
		SI		NO		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	88	25.4%	258	74.6%	346	100.0%	0,131
	Femenino	20	35.7%	36	64.3%	56	100.0%	
	Total	108	26.9%	294	73.1%	402	100.0%	
Edad	hasta 15 años	4	18.2%	18	81.8%	22	100.0%	0,149
	16 a 19 años	15	19.7%	61	80.3%	76	100.0%	
	20 a 40 años	64	28.7%	159	71.3%	223	100.0%	
	41 a 60 años	21	28.0%	54	72.0%	75	100.0%	
	61 a más	4	66.7%	2	33.3%	6	100.0%	
	Total	108	26.9%	294	73.1%	402	100.0%	
Grado de instrucción	Primaria Completa	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	0,387
	Primaria incompleta	2	33.3%	4	66.7%	6	100.0%	
	Secundaria completa	40	32.0%	85	68.0%	125	100.0%	
	Secundaria incompleta	15	25.0%	45	75.0%	60	100.0%	
	Superior completa	7	28.0%	18	72.0%	25	100.0%	
	Superior incompleta	11	34.4%	21	65.6%	32	100.0%	
	Sin información	33	21.7%	119	78.3%	152	100.0%	
	Total	108	26.9%	294	73.1%	402	100.0%	

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la Tabla N°6 se observó según el sexo, el 26.0% de los varones atendidos, tuvo antecedentes Patológicos no Psiquiátricos, asimismo el 35.7% de las mujeres atendidas, tuvo antecedentes patológicos no psiquiátricos. Con respecto a la edad, los pacientes entre 20 a 40 años de edad el 28.7% presenta antecedentes patológicos no psiquiátricos. Según el grado de instrucción, se observó que los pacientes que tienen secundaria completa el 32.0% presenta antecedentes patológicos no psiquiátricos

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Adicción	Categoría	Sexo								P
		Masculino			Femenino			Total		
		Nº	% de total de varones	% del total de paacientes	Nº	% del total de mujeres	% del total de pacientes	Nº	%	
Alcohol	no	189	54.6%	47.0%	27	48.2%	6.7%	216	53.7%	0,372
	si	157	45.4%	39.1%	29	51.8%	7.2%	186	46.3%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	
Tabaco	no	344	99.4%	85.6%	56	100.0%	13.9%	400	99.5%	1
	si	2	0.6%	0.5%	0	0.0%	0.0%	2	0.5%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	
Marihuana	no	246	71.1%	61.2%	43	76.8%	10.7%	289	71.9%	0,380
	si	100	28.9%	24.9%	13	23.2%	3.2%	113	28.1%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	
Cocaína	no	335	96.8%	83.3%	55	98.2%	13.7%	390	97.0%	0,570
	si	11	3.2%	2.7%	1	1.8%	0.2%	12	3.0%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	
Pasta Básica de Cocaína	no	213	61.6%	53.0%	43	76.8%	10.7%	256	63.7%	0,028
	si	133	38.4%	33.1%	13	23.2%	3.2%	146	36.3%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	
Terokal	no	343	99.1%	85.3%	52	92.9%	12.9%	395	98.3%	0,001
	si	3	0.9%	0.7%	4	7.1%	1.0%	7	1.7%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	
Otras sustancias	no	346	100.0%	86.1%	55	98.2%	13.7%	401	99.8%	0,013
	si	0	0.0%	0.0%	1	1.8%	0.2%	1	0.2%	
	Total	346	100.0%	86.1%	56	100.0%	13.9%	402	100.0%	

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la tabla N°7 se observa que el 84.4 % de los pacientes con adicción al alcohol son del sexo masculino, Asimismo el 88.5% de los pacientes con adicción a la marihuana son del sexo masculino, el 91.1% de los pacientes que consumen PBC son del sexo masculino, por su parte el 57.1 de los pacientes con adicción al Terokal son del sexo femenino se observa cifras estadísticamente significativa en los pacientes que consumieron PBC (p=0,028)

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN NÚMERO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

		N°	%
N° de sustancias	1	342	85.1%
	2	55	13.7%
	3	5	1.2%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la Tabla N°8 observamos que el 85% de los pacientes atendidos ha consumido solo 1 tipos de sustancia, seguido por un 13.7% que consumió 2 tipos de sustancia

TABLA 9-A

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y NÚMERO DE SUSTANCIA CONSUMIDA
CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES)
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Características Epidemiológicas	Categoría	N° de sustancias								p
		1		2		3		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Sexo	Masculino	291	85.1%	50	90.9%	5	100.0%	346	86.1%	0,340
	Femenino	51	14.9%	5	9.1%	0	0.0%	56	13.9%	
	Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%	
Edad	hasta 15 años	16	4.7%	5	9.1%	1	20.0%	22	5.5%	0,116
	16 a 19 años	62	18.1%	13	23.6%	1	20.0%	76	18.9%	
	20 a 40 años	187	54.7%	34	61.8%	2	40.0%	223	55.5%	
	41 a 60 años	72	21.1%	2	3.6%	1	20.0%	75	18.7%	
	61 a más	5	1.5%	1	1.8%	0	0.0%	6	1.5%	
	Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%	
Lugar de procedencia	Tacna	325	95.0%	48	87.3%	4	80.0%	377	93.8%	0,125
	Departamento Fuera de Tacna	14	4.1%	6	10.9%	1	20.0%	21	5.2%	
	Fuera del Perú	3	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	4	1.0%	
	Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%	
Grado de instrucción	Primaria Completa	1	0.3%	1	1.8%	0	0.0%	2	0.5%	0,280
	Primaria incompleta	4	1.2%	2	3.6%	0	0.0%	6	1.5%	
	Secundaria completa	107	31.3%	16	29.1%	2	40.0%	125	31.1%	
	Secundaria incompleta	49	14.3%	11	20.0%	0	0.0%	60	14.9%	
	Superior completa	21	6.1%	4	7.3%	0	0.0%	25	6.2%	
	Superior incompleta	24	7.0%	8	14.5%	0	0.0%	32	8.0%	
	Sin información	136	39.8%	13	23.6%	3	60.0%	152	37.8%	
Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%		

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En La tabla N° 9 se observó que del total de pacientes atendidos y que consumieron solo un tipo de sustancia el 85.1% son del sexo masculino, el 54.7% de los pacientes tiene 20-40 años de edad, el 95.0% procede del departamento de Tacna, y el 31.3% tiene secundaria completa.

Mientras Tanto del total de pacientes que consumieron 2 tipos de sustancias el 90.9% son del sexo masculino, el 61.8% de los pacientes tiene entre 20 a 40 años de edad, 87.3% es procedente de Tacna, y el 29.1% tiene secundaria completa.

TABLA 9-B

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y NÚMERO DE SUSTANCIA CONSUMIDA
CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Características Epidemiológicas	Categoría	N° de sustancias								P
		1		2		3		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Estado civil	Casado	51	14.9%	6	10.9%	2	40.0%	59	14.7%	0,285
	Soltero	218	63.7%	44	80.0%	3	60.0%	265	65.9%	
	Conviviente	62	18.1%	3	5.5%	0	0.0%	65	16.2%	
	Divorciado	4	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.0%	
	Viudo	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	
	Sin información	6	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	8	2.0%	
	Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%	
Ocupación	Empleado	15	4.4%	2	3.6%	0	0.0%	17	4.2%	0,850
	estudiante	100	29.2%	23	41.8%	2	40.0%	125	31.1%	
	Ama de casa	9	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	9	2.2%	
	Obrero	9	2.6%	1	1.8%	0	0.0%	10	2.5%	
	Otro	131	38.3%	18	32.7%	3	60.0%	152	37.8%	
	desempleado	45	13.2%	7	12.7%	0	0.0%	52	12.9%	
	Sin información	33	9.6%	4	7.3%	0	0.0%	37	9.2%	
Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%		
Religión	Catolica	117	34.2%	23	41.8%	2	40.0%	142	35.3%	0,132
	Evangelista	8	2.3%	1	1.8%	0	0.0%	9	2.2%	
	Cristiana	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Testigo de Jehová	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%	
	Sin religión	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%	
	Otra Religión	0	0.0%	2	3.6%	0	0.0%	2	0.5%	
	Sin información	213	62.3%	29	52.7%	3	60.0%	245	60.9%	
Total	342	100.0%	55	100.0%	5	100.0%	402	100.0%		

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En La Tabla N°10 se observó que del total de pacientes atendidos, y que consumieron solo un tipo de sustancia el 63.7% son solteros, el 29.2% de los pacientes son estudiantes el 34.2% son de religión católica.

Mientras Tanto del total de pacientes que consumieron 2 tipos de sustancias el 80% son solteros, el 41.8% de los pacientes son estudiantes y el 41.8% son de religión católica. Estadísticamente resultados no son significativos ($p > 0,05$)

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN VIA DE ADMINISTRACION DE SUSTANCIA CONSUMIDA

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

Vía de Administración	Categoría	N°	%
Via oral	no	215	53.5%
	si	187	46.5%
	Total	402	100.0%
Via intramuscular	no	402	100.0%
	si	0	0.0%
	Total	402	100.0%
Via endovenosa	no	402	100.0%
	si	0	0.0%
	Total	402	100.0%
Via Inhalatoria	no	162	40.3%
	si	240	59.7%
	Total	402	100.0%
N° de vias de consumo	1	377	93.8%
	2	25	6.2%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En La Tabla N° 11 Se observó que el 59.7% utilizó la vía de consumo, la inhalatoria, seguido por un 53.5% que utilizo la vía oral.

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO Y FRECUENCIA DE CONSUMO

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

		N°	%
Tiempo de Consumo	Menos de 1 año	26	6.5%
	2-6 años	166	41.3%
	7-11 años	63	15.7%
	12-16 años	41	10.2%
	mas de 17 años	58	14.4%
	Sin información	48	11.9%
	Total	402	100.0%
Frecuencia de consumo	1 vez por semana	24	6.0%
	2-3 veces por semana	86	21.4%
	Mas de 3 veces por semana	116	28.9%
	Sin Información	176	43.8%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la tabla N°12 se observó que el 41.3% de los pacientes presentó un tiempo de consumo entre 2- 6 años seguido por un 15.7% que presentó un tiempo de consumo entre 7-11 años.

Mientras que según la frecuencia de consumo, el 28.9% consume más de 3 veces por semana seguido de un 21.4% que consume entre 2-3 veces por semana

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN MOTIVO DE CONSUMO

CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

		N°	%
Disfunción familiar	no	335	83.3%
	si	67	16.7%
	Total	402	100.0%
Problemas de pareja	no	348	86.6%
	si	54	13.4%
	Total	402	100.0%
Abuso Sexual	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Maltrato físico	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%
Muerte de ser querido	no	401	99.8%
	si	1	0.2%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la Tabla N°13 se observó que la disfunción familiar estuvo presente en el 16% de los pacientes con adicciones seguido por un 13.4% que presento Problemas de Pareja.

TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ADICCIONES SEGÚN LUGAR DE DONDE
ES DERIVADO
CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES)
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2009 – 2014

		N°	%
Lugar de donde es derivado el paciente	Consultorio Externo	269	66.9%
	Hospitalización	131	32.6%
	Sin Información	2	0.5%
	Total	402	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En La Tabla N° 14 se observó que el 66.9% de los pacientes atendidos son derivados de consultorio externo, seguido por un 32.6% que son derivados de hospitalización.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Discusión y comentarios:

La identificación de los pacientes con adicciones nos permite analizar las principales características clínicas, epidemiológicas y sociales que presentan, para poder comprender el grupo, así como también su entorno, y de esta manera concretar acciones de prevención.

No existen en nuestro medio análisis que permitan conocer la realidad de los pacientes con adicciones atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna por lo que con el objeto de determinar las principales características clínicas y epidemiológicas realizamos la presente investigación a partir del año 2009 hasta el año 2014. Cuyos resultados son analizados y comparados con trabajos relacionados al tema.

Según las características epidemiológicas observadas en la tabla N°1 Un 86,1% (del total de 402 pacientes con adicciones químicas atendidos en el en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, son de sexo masculino y un 13,9% son de sexo femenino, cifras que son similares en comparación con el estudio realizado por Robles Arellano en México donde encontró un 87,3% del total de 18.454 pacientes atendidos son de género masculino y un 12,7% del femenino.

Con respecto al grado de instrucción se encontró en nuestro estudio que la mayor proporción porcentual de los pacientes atendidos, tiene secundaria completa, resultados que también son reportados por Robles Arellano en donde la mayor proporción porcentual de los pacientes tienen estudios de secundaria. Asimismo en nuestro estudio, se encontró un mayor porcentaje del total de pacientes de sexo masculino que tiene secundaria completa (31.8% frente al 26.8% de los pacientes del sexo femenino), cifras que son diferentes a las encontradas por Robles Arellano de México donde encontró que los pacientes de sexo femenino con secundaria completa presentaban un mayor porcentaje (46,1% frente al 40,2% de los pacientes con sexo masculino).

Estas cifras son diferentes además en comparación a las observadas en el estudio realizado por Cordero Aguijar de Venezuela quien encontró una menor proporción porcentual en los pacientes con secundaria completa.

Se observó además que el 14.9% del total de pacientes atendidos tienen secundaria incompleta, siendo el grupo, de mayor proporción porcentual de los pacientes del sexo femenino con un 23.2% con respecto con 13.6% encontrado en los pacientes del sexo masculino. Entre el resto de niveles escolares no se encuentran diferencias significativas en cuanto a sexo.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio hecho podrían explicarse por el alto índice de deserción escolar reflejada en estos pacientes, lo cual podría estar en relación directa con las altas cifras de desempleo y el trabajo de obrero, debido a las menores ofertas de empleo por el escaso nivel educativo alcanzado.

Con respecto a la edad el 55.5% del total de pacientes atendidos tienen entre 20 a 40 años de edad, observándose una mayor proporción porcentual en este grupo de pacientes de sexo masculino con un 56.9% y sexo femenino con un 46.4%. Los pacientes entre 16 a 19 años de edad representaron el 18.9% de los pacientes representando entre los varones el 17.9% y entre las mujeres el 25.0%, en comparación con el estudio de Robles Arellano de México quien encontró un mayor porcentaje en los pacientes entre 15-19 años de edad con un 32.1% del sexo femenino y sexo masculino 20.8%. Los pacientes que presentan entre 41 a 60 años de edad representan el 18.7% del total de pacientes, resultados que son diferentes en el estudio de Robles Arellano de México donde encuentra valores porcentuales menores.

Según lugar de procedencia el 93.8% de los pacientes atendidos proceden del departamento de Tacna seguido de un 5.2% que proceden de distintos departamentos del Perú fuera del departamento de Tacna.

En relación al estado civil se encontró que 65.9% de los pacientes son solteros, del total de hombres representa un 65.3% y entre las mujeres un 69.6%, otros estudios como el de Robles Arellano de México también encontró una mayor proporción

porcentual en los pacientes que son solteros pero además encontró una mayor proporción porcentual en el género femenino con un 60,6%, mientras que en el género masculino predomina los que reportan un estado civil de casado con 19,7%

En cuanto a ocupación se encontró que el 31.1% de los pacientes son estudiantes, se encontró además que el 12.9% de los pacientes son desempleados. Con respecto a la religión, el 35.3% de los pacientes son de religión católica, seguido de un 2.2% de los pacientes los cuales son de religión evangelista.

En La tabla N°2 con respecto al años de atención, se observa que el la mayor proporción porcentual se obtuvo durante el año 2009 con un 21.4% de los pacientes, seguido por un 17.7% los cuales fueron atendidos durante el año 2014. Mientras que en el mes de atención el 11.7% de los pacientes estudiados fueron atendidos durante el mes de octubre, siendo este mes con el mayor valor porcentual, seguido por un 10.4% que fue atendido durante el mes de mayo.

En La Tabla N°3 se observa que el 16.2% de los pacientes atendidos son acompañados durante la consulta por la madre, seguido por un 9,2% de los pacientes los cuales son acompañados por la Pareja. Esto se podría explicar debido a que existe un porcentaje mayor de pacientes que se encuentran en la etapa de juventud y que en muchos casos aún son dependientes de los padres. Asimismo se encontraron similares resultados en el estudio de Barrón-Del Solar L, donde encontró que el 37.6% de los pacientes atendidos fueron acompañados por sus padres, y un 8.5% acompañados por la pareja

En relación a los antecedentes psiquiátricos se observa que el 12.7% de los pacientes con adicciones presentó Patología Psiquiátrica previa, 12.2% recibió tratamiento psiquiátrico previo, 8.2% de los pacientes tuvo hospitalizaciones psiquiátricas previas, 4.7% tuvo intento suicida alguna vez, seguido de un 2.5% que tuvo antecedentes familiares de adicción

Con Respecto a los principales antecedentes Patológicos no psiquiátricos el 2.2% de los pacientes atendidos tuvo antecedentes de Tuberculosis, el 23.6% de los

pacientes presentaron otro tipo de enfermedades. Esto se podría explicar debido a que la ciudad de Tacna existe una mayor incidencia de tuberculosis. Se observa además un mayor valor porcentual de los pacientes que no presentan ningún antecedente patológico no psiquiátrico, y esto se podría explicar debido a un mayor porcentaje de población joven que en muchos de los casos aun no presentan antecedentes patológicos de importancia. En el estudio de Cordero Aguiar también se encontró un mayor porcentaje de pacientes que no presentaron antecedentes patológicos el cual representaba el 45% de los pacientes, seguido de un 7.5% de los pacientes que presento antecedentes respiratorios.

En la Tabla N°6 se observó que con respecto al género, el 26.0% de los varones atendidos, tuvo antecedentes Patológicos no Psiquiátricos, asimismo el 35.7% de las mujeres atendidas, tuvo antecedentes patológicos no psiquiátricos. Con respecto a la edad, los pacientes entre 20 a 40 años de edad el 28.7% presenta antecedentes patológicos no psiquiátricos. Según el grado de instrucción, se observó que los pacientes que tienen secundaria completa el 32.0% presenta antecedentes patológicos no psiquiátricos, por lo que en nuestro estudio la mayor proporción porcentual de los pacientes atendidos no tuvo antecedentes patológicos no psiquiátricos. Y aunque se observa una gran diferencia porcentual estadísticamente no es significativo

En el estudio de las dependencias, un factor importante a tomar en cuenta el tipo de droga consumida la cual afecta, las condiciones físicas, mentales, familiares y sociales en el paciente. Según la tabla 7, podemos observar que en los pacientes atendidos durante este periodo, la droga de mayor consumo fue el alcohol con un 46.3% del total de pacientes, seguido de la Pasta Básica de Cocaína con un 36.3%. Los pacientes que consumieron marihuana representaron el 28.1%, cocaína el 3%, Terokal 1.7% y otras sustancias el 0.2 %, en comparación con el estudio de Cordero Aguiar quien también encontró al alcohol como sustancia de mayor consumo con un 52% además se encontró que del total de pacientes que consumen Pasta Básica de Cocaína un 91.1% cifra que es significativa estadísticamente ($p=0.028$)

En la Tabla N°8 observamos que el 85% de los pacientes atendidos ha consumido solo 1 tipo de sustancia, seguido por un 13.7% que consumió 2 tipos de sustancia sin embargo en relación al sexo, estadísticamente no es significativo

En relación con las características epidemiológicas y el número de sustancias consumidas se observó que del total de pacientes atendidos y que consumieron solo un tipo de sustancia el 85.1% son del sexo masculino, el 54.7% de los pacientes tiene 20-40 años de edad, el 95.0% procede del departamento de Tacna, y el 31.3% tiene secundaria completa. Mientras Tanto del total de pacientes que consumieron 2 tipos de sustancias el 90.9% son del sexo masculino, el 61.8% de los pacientes tiene entre 20 a 40 años de edad, 87.3% es procedente de Tacna, y el 29.1% tiene secundaria completa

Asimismo observó que del total de pacientes atendidos y que consumieron solo un tipo de sustancia el 63.7% son solteros, el 29.2% de los pacientes son estudiantes el 34.2% son de religión católica. Mientras Tanto del total de pacientes que consumieron 2 tipos de sustancias el 80% son solteros, el 41.8% de los pacientes son estudiantes y el 41.8% son de religión católica, pese a no alcanzar significancia estadísticamente hablando se evidencia un gran valor porcentual de pacientes solteros en relación al consumo de una sola sustancia.

En cuanto a las vías de consumo se observó que el 59.7% utilizó la vía de consumo, la inhalatoria, seguido por un 53.5% que utilizó la vía oral, a pesar de encontrarse mayor porcentaje de pacientes consumidores de alcohol, existen pacientes consumidores de más de 1 tipo de sustancia, por lo tanto presentan otro tipo de vías de administración a parte de la vía oral.

En la tabla N°11 se observó que el 41.3% de los pacientes presentó un tiempo de consumo entre 2- 6 años seguido por un 15.7% que presentó un tiempo de consumo entre 7-11 años. Mientras que según la frecuencia de consumo, el 28.9% consume más de 3 veces por semana seguido de un 21.4% que consume entre 2-3 veces por semana, esto se debe a que en nuestro estudio el mayor valor porcentual

se encuentra en la población joven y por lo tanto el tiempo de consumo es menor y acuden al servicio de manera temprana.

En la Tabla N°12 se observó que la disfunción familiar estuvo presente en el 16% de los pacientes con adicciones seguido por un 13.4% que presento Problemas de Pareja, a pesar de tener el mayor valor porcentual en cuanto a motivos de consumo, es menor con respecto a otros estudios, esto es debido a que no se contó con este tipo de datos en las historias clínicas revisadas, por lo que en futuras investigaciones se realizaría una recolección personalizada de datos.

Se observó además que el 66.9% de los pacientes atendidos son derivados de consultorio externo, seguido por un 32.6% que son derivados de hospitalización. Esto se explica debido a que el mayor valor porcentual de pacientes atendidos son estudiantes y en muchos casos rechazan la orden de hospitalización, por lo que se opta por un tratamiento ambulatorio, y en pocos casos necesariamente necesitan hospitalización.

En lo relativo al consumo de sustancias se debe trabajar de forma coordinada para aplicar diversos programas de tipo preventivo, que tienen como objetivo favorecer el no inicio al consumo de sustancias adictivas a través de estrategias de fomento de la salud, adoptar estilos de vida saludables y llevar todos estos programas a los diferentes niveles poblacionales que van desde la niñez hasta la adultez. Es un trabajo constante en la que se debe ser persistente, sistemático y crítico con los programas llevados a cabo en este sentido, para redireccionarlos si es necesario y lograr a corto y largo plazo el autocuidado de la salud de los pacientes.

Cuadro resumen de resultados obtenidos y otros estudios en Anexo 02

Conclusiones:

- La Frecuencia de las Adicciones según diagnóstico nosológico en pacientes atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2009 – 2014 es: alcohol 46.3%, Pasta Básica de Cocaína 36.3%. Marihuana el 28.1%, cocaína el 3%, Terokal 1.7% Tabaco 0.5%
- Las principales características Epidemiológicas de pacientes con adicciones atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2009 – 2014 son: edad de 20 a 40 años (55.5%), procedentes de Tacna (93.8%), secundaria completa (31.1%) solteros (65.9%), estudiantes (31.1%), católicos (35.3%)
- Las principales características clínicas de pacientes con adicciones atendidos en el Centro de Atención de Día de Enfermedades Psicoactivas (CADES) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2009 – 2014 son: patología Psiquiátrica previa (12.7%), antecedentes patológicos no psiquiátricos (27.4%), vía de administración oral (46.5%) tiempo de consumo entre 2-6 años (41.3%), disfunción familiar como motivo de consumo (16.7%).

Recomendaciones:

- Intensificar las acciones dirigidas a la población infantil y juvenil, con el fin de incrementar la percepción de riesgo y así evitar el inicio temprano del uso de drogas consideradas legales tales como el alcohol.
- Fortalecer la educación para la salud de la población en general, además de fortalecer la educación dirigida a padres de familia, maestros, instructores o personas en contacto con esta población para que sean promotores de modelos y estilos de vida saludable.
- Incrementar la detección oportuna de factores de riesgo para poder trabajar en ello sobre todo en la población femenina juvenil.
- Informar a la población adulta sobre las ventajas del no uso y abuso de bebidas alcohólicas, entre otras drogas.
- Fortalecer la cultura preventiva en la población infantil, juvenil y adultos jóvenes con énfasis de los estilos de vida saludables.
- Fortalecer la actividad del médico en la detección oportuna, el consejo médico y derivación adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARIN-NAVARRETE, RODRIGO ET AL. Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Ment* [online]. 2013, vol.36, n.5, pp. 393-402. ISSN 0185-3325.
2. MEDINA-MORA, MARÍA ELENA; REAL, TANIA; VILLATORO, JORGE AND NATERA, GUILLERMINA. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública Méx* [online]. 2013, vol.55, n.1, pp. 67-73. ISSN 0036-3634.
3. ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P. (2009). Las adicciones con o sin droga: Una patología de la libertad. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 29-44). Madrid: Pirámide.
4. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). *Estudio del Impacto Social y Económico del Consumo de Drogas en el Perú 2010*. Lima: DEVIDA; 2010.
5. GALERA, CÉDRIC ET AL. Síntomas psiquiátricos asociados al consumo de pasta base de cocaína en niños y adolescentes: un estudio exploratorio en Montevideo, Uruguay. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2013, vol.51, n.4, pp. 263-270. ISSN 0717-9227.
6. ECHEBURÚA, Enrique (1999): *Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 114 pp. ISBN 84-330-1378-5
7. ARTEMIS TSITSIKA, ELENI TZAVELA, FOTEINI MAVROMATI AND THE Eu nETAdb investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos, 14 febrero 2012.
8. RODRIGO MARÍN-NAVARRETE, Angélica ELIOSA-HERNÁNDEZ, Ignacio LOZANO-VERDUZCO, Carla FERNÁNDEZ-DE LA FUENTE, Bernardo TURNBULL, Antonio TENA-SUCK Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones *Salud Mental* 2013;36:393-402

9. SANTOLÍN, María; ZABALA, P.; SALOMÓN, Susana Elsa; CARENA, José Alberto Perfil clínico y social del paciente adicto hospitalizado. Revista Médica Universitaria 2009, Vol. 5, no. 3. ISSN 1669-8991

10. BARRÓN DEL SOLAR, Lucy; ROMERO SANDOVAL, Karina; SALDAÑAVÁSQUEZ, Neiver; SALAZAR-ORDÓÑEZ, Carlos; VEGA-DIENSTMAIER, Johann M. Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011. Rev Neuropsiquiatr; 75(1): 7-18, ene.-mar. 2012.

11. ROBLES ARELLANO, Luis Javier; GÓMEZ SANDOVAL, Gloria. Perfil de paciente tratado por uso de sustancias adictivas en Jalisco - México durante el año 2011. Revista Adicción y Ciencia. 2013. Vol. 3, n. 2; 11 p.

12. Cárdenas L. Karla Mabel; Erley Orjuela, María R.; Téllez Mosquera, Jairo Alfonso. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Bogotá D.C, julio 2010-junio 2011.

13. CORDERO, Paola; RIVERO, Franrelys y YABUR, Yamel. Asesores: BOADAS, Jesús y MATOS, Mercedes. Perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en la consulta de la fundación José Félix Ribas. Porlamar, estado nueva Esparta. Periodo 2008 – 2012. Departamentos de Medicina y Ciencias Fisiológicas, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo de Anzoátegui.

14. William Cabanillas-Rojas FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN Y LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN DROGODEPENDENCIAS EN EL PERÚ Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(1):104-11.

15. PUENTES, Mario “Estrategia terapéutica en drogadicción”. Editorial LUMEN. Edición año 2009

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESTUDIO CLÍNICO, EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON ADICCIONES
QUÍMICAS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE
ENFERMEDADES PSICOACTIVAS (CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2009 - 2014

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nro.:

1.- Edad: _____ años 2.- Sexo

M	F
---	---

 Fecha __/__/__

3. Lugar de Procedencia

Tacna	
Departamento fuera de Tacna	
Fuera del Perú	

4. Distrito de procedencia de la provincia de Tacna:

Tacna	
Alto de la Alianza	
Calana	
Ciudad Nueva	
Pocollay	

Coronel G.A.L	
Inclán	
Pachía	
Sama	
Palca	

Otro	
Sin Información	

5. Grado de Instrucción:

Primaria Completa	
Primaria Incompleta	
Secundaria completa	
Secundaria Incompleta	

Superior completa	
Superior Incompleta	
Analfabeta	
Sin información	

6. Estado Civil:

Casado(a)	
Soltero(a)	
conviviente	

Divorciado(a)	
Viudo(a)	

Sin información	
-----------------	--

7. Ocupación:

Empleado	
Estudiante	

Ama de casa	
Obrero	
Otro	
Desempleado	

Sin información	
-----------------	--

8. Religión:

Católica	
Evangelista	
Cristiana	
Testigo de Jehová	
Sin religión	
Otra	
Sin información	

9. Mes de Atención:

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC

10. Acompañante:

Padre	
Madre	
Pareja	
Hijos	
Hermano	
Solo	
Otro	
Sin Información	

11. Antecedentes Psiquiátricos:

Patología Psiquiátrica	SI	NO
Tratamiento Psiquiátrico previo	SI	NO
Hospitalizaciones psiquiátricas previas	SI	NO
Familiares con trastorno psiquiátrico	SI	NO
Familiares con intento suicida	SI	NO
Intento Suicida Alguna Vez	SI	NO
Antecedentes Familiares de Adicción	SI	NO

12. Antecedentes Patológicos no Psiquiátricos

Hipertensión Arterial	
Diabetes Mellitus	
Enfermedad Coronaria	
TBC	
ASMA	
Accidente Cerebrovascular	
VIH	
Otros	
Ningún Antecedente	

13. Consumo de Sustancia

Alcohol	
Tabaco	
Marihuana	
Cocaína	
Pasta Básica de Cocaína	
Terokal	
Otros	

14. Tipo de Sustancia

Legal	
Ilegal	
Industriales	
Folclóricas	

15. Vía de administración

Oral	
Intramuscular	

Endovenosa	
Inhalada	

16. Tiempo de Consumo

Menos de 1 año	
2-6 años	
7-11 años	
12-16 años	
Más de 17 años	
Sin Información	

17. Frecuencia de Consumo

1 vez por semana	
3 veces por semana	
Más de 3 veces por semana	
Sin Información	

18. Motivo de consumo

Disfunción Familiar	
Problemas de Pareja	
Abuso Sexual	
Maltrato Físico	
Muerte de ser querido	
Otro Motivo	
Sin Información	

19. Permanencia en CADES

Menos de 1 Mes	
1-3 Meses	
4-6 meses	
9-12 Meses	
Sin Información	

20. Lugar de donde es derivado

Consultorio externo	
Hospitalización	
Sin Información	

ANEXO 02

Cuadro comparativo entre los resultados obtenidos y otros estudios:

	Nuestro estudio	Robles Arellano	Cordero Aguiar	Barrón del Solar	Santolín M
sexo	Masculino 86.1% Femenino 13.9%	Masculino 87.3% Femenino 12.7%	Masculino 84.4% Femenino 15.6%	Masculino 40.7% Femenino 53%	
Grado de instrucción	Mayor porcentaje: Secundaria completa	Mayor porcentaje: Secundaria completa	Menor Porcentaje: secundaria completa	Estudiante 25.9%	
Grado de instrucción según sexo	Masculino: 31.8% Femenino: 26.8%	Masculino: 40.2% Femenino:46.1%			
Edad	20-40 años 55.5% Masculino: 56.9% Femenino: 46.4%	Mayor porcentaje entre 15-19 años. Masculino: 20.8% Femenino: 32.1%	Mayor porcentaje entre 15-19 años. Masculino:2 3.2% Femenino: 9%		
Estado Civil	Solteros 65.9% Masculino: 65.3% Mujeres: 69.6%	Masculino: 19.7 Femenino 60.6%	Soltero 57.3%	Soltero 64.9%	
Persona que acompaña	Madre 16.2% Pareja: 9.2%			Ambos Padres 37.6% Pareja: 8.5%	
Ocupación	31.1% estudiantes. 12.9% desempleados.	Ama de casa 24,4%. Estudiantes20, 8%.	Desempleado 29.8%		62.5% desocupado
Religión	35.3% católicos. 2.2% evangelistas.			70.5% católicos 11.5% evangelistas	

“ESTUDIO CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ADICCIONES QUÍMICAS,
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN DE DÍA DE ENFERMEDADES PSICOACTIVAS
(CADES) DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2009 – 2014”

Año de Atención	2009: 21.4% 2014: 17.7%		2012: 24.9 2011: 21.4		
Antecedentes patológicos no psiquiátricos	2.2% Tuberculosis 23.6% otras enfermedades		Sin Antecedente: 45% Patología Respiratoria: 7.5%		
Tipo de sustancia consumida	Alcohol: 46.3% PBC 36.3% Marihuana: 28.1% Cocaína 3% Terokal 1.7%	El alcohol y el tabaco fueron las principales drogas legales de inicio y de entre las ilegales la marihuana, los inhalantes y la cocaína.	Alcohol 52%. Tabaco: 26.1% Marihuana 16.6% Cocaína 2.6%		