



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“ ESTUDIO COMPARATIVO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE
SUSTANCIAS DE CONSUMO EN PACIENTES POLIADICTOS QUE SE MANTIENEN EN
CONTROL EN LA UNIDAD DE DEPENDENCIA VS. AQUELLOS QUE ABANDONAN EL
CONTROL, SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, ENERO - JUNIO DEL 2006, HOSPITAL REGIONAL
VALDIVIA, CHILE ”**

Tesis presentada como
requisito para optar al grado de
Licenciado en Enfermería

**NANCY ELISABETH MIRA SCHULZ
VALDIVIA – CHILE
2007**

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sonia Zúñiga Fuentes
Profesión : Enfermera, Matrona
Grados : Licenciada en Educación

Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Ana Luisa Cisterna
Profesión : Enfermera
Grados : Experto en Gerontología
Magíster en Geriatria,
Diplomada en formación por competencia,
Magíster en modelado del conocimiento para entornos
educativos virtuales
Doctorado en Geriatria

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

2) Nombre : Cecilia Molina Díaz
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Enfermería, mención Médico- Quirúrgica

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Fecha de Examen de Grado:

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
Introducción	1
Marco Teórico	3
Objetivos:	
• Objetivo General	15
• Objetivos Específicos	15
Material y Método:	16
• Tipo de estudio	16
• Población en estudio	16
• Métodos e instrumento de recolección de datos	16
• Tiempo de ejecución	16
• Análisis y presentación de los resultados	17
Definición operacional de variables	18
Discusión	43
Conclusiones	47
Bibliografía	48
Anexo:	
• Formulario de recolección de información	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
Gráfico N° 1: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero – junio 2006, según sexo	22
Gráfico N° 2: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según edad	23
Tabla N° 1: Distribución numérica y porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según escolaridad	24
Gráfico N° 3: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según tipo de familia	25
Gráfico N° 4: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según estado civil	26
Gráfico N° 5: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según condición laboral	27

Gráfico N° 6:	
Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según si asisten acompañados a su primera entrevista en la Unidad	28
Tabla N° 2:	
Distribución numérica y porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según antecedentes previos de contacto con alguna Unidad de Dependencia	29
Gráfico N° 7:	
Distribución porcentual de los pacientes en control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según puerta de ingreso	30
Gráfico N° 8:	
Distribución porcentual de los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según puerta de ingreso	31
Gráfico N° 9:	
Distribución porcentual de los pacientes en control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según antecedentes de algún familiar con adicción	32
Gráfico N° 10:	
Distribución porcentual de los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según antecedentes de algún familiar con adicción	33
Tabla N° 3:	
Distribución numérica y porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según tipo de vínculo del familiar con adicción	34

Gráfico N° 11: Distribución porcentual de los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según tipo de drogas que consume el familiar con adicción	35
Gráfico N° 12: Distribución porcentual de los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según edad de inicio del consumo	36
Gráfico N° 13 Distribución porcentual de los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según firma del documento de compromiso	37
Gráfico N° 14: Distribución porcentual de los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según firma del documento de compromiso	38
Gráfico N° 15: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según droga de inicio	39
Gráfico N° 16: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según combinación de drogas de inicio	40
Gráfico N° 17: Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según principal droga de consumo	41

Gráfico N° 18:

Distribución porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia, período enero - junio 2006, según última droga consumida al iniciar el tratamiento

42

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo en pacientes consultantes que asistieron a control y permanecieron en tratamiento, y aquellos pacientes que abandonaron el control, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, entre enero – junio del 2006.

La recolección de los datos, se realizó a través de un formulario para registrar la información, de un total de 100 fichas revisadas en que 81 corresponden a pacientes que permanecieron en control y 19 a pacientes que abandonaron el tratamiento.

Respecto a las características sociodemográficas para ambos grupos de pacientes, no se encontraron diferencias significativas, observando en ambos grupos características similares como: la edad de inicio de consumo, que se encuentra entre los rangos de 11 a 15 años y 16 a 20 años, con una escolaridad básica o media incompleta; gran parte de la población masculina se encuentra con trabajo permanente y la población femenina está constituida principalmente por dueñas de casa; están insertos en un tipo de familia extensa, donde la responsabilidad de tener un miembro adicto se diluye entre los integrantes del grupo y en que en más de un 90 %, se encuentra algún familiar adicto, siendo la principal droga de consumo el alcohol.

SUMMARY

The present work consisted of a descriptive, quantitative, and cross-sectional study on consulting patients under medical care and treatment, and those who abandoned their controls, at the Medical Unit of the Psychiatry Service, between January and June 2006.

A data collection form was employed to gather information from 100 patient records, where 81 belonged to patients under medical care and the remnant 19 to patients who abandoned their treatment.

The sociodemographic characteristics of both patient groups showed no significant differences and similar conditions were observed, such as: age at beginning of consumption normally between 11 and 15 years and from 16 to 20 years of age, and incomplete elementary / high school education; most of the male population had a steady work and the female population was constituted mainly by housewives; patients were inserted in an extensive family, where the responsibility of having an addict member diluted between the members of the group and over 90% of these groups had an addict relative, where alcohol proved to be the most common drug.

INTRODUCCIÓN

El problema del consumo y tráfico de drogas se hace recurrente en todo el mundo, y el cómo abordarlo es una constante preocupación de autoridades y de la población. En Chile se han dado pasos valiosos con propuestas institucionales y gubernamentales que han convergido fundamentalmente en tres ámbitos:

- Promover estilos de vida saludable que limiten o retrasen el consumo de drogas legales e ilegales.
- Crear unidades de tratamiento especializadas en el abordaje de las personas con problemas de drogas, estructuradas en redes terapéuticas de intervención psicosocial en la atención primaria y secundaria.
- Otorgar un marco legal e institucional de apoyo a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE) con fondos concursables para propuestas de prevención, investigación y tratamiento de la drogadicción; además la instauración de un programa de vigilancia epidemiológica periódica del consumo en diversas poblaciones, y la reformulación de nuevas estrategias nacionales sobre las drogas.

La labor del CONACE, creado en 1990, tiene como primera preocupación el disponer información válida y confiable sobre distintos aspectos relacionados con el fenómeno de las drogas y a su vez contar con un sistema nacional estandarizado de información, el cual se mantiene en un sistema integrado de registros, información y análisis del fenómeno en Chile. A su vez tiene un trabajo intersectorial, coordinado tanto con instituciones públicas como privadas, ya sea nacionales y extranjeras, ofreciendo asesoría técnica para abordar integralmente los diversos procesos, tanto de sensibilización, instalación, aplicación, seguimiento de los programas de prevención del consumo de drogas en los diversos ámbitos, control y fiscalización en coordinación con la División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior. En el ámbito internacional se coordina desde el año 2000 con el Observatorio Interamericano de Drogas y la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (1). Debe recordarse que CONACE realiza estudios nacionales en población escolar en años impares y estudios nacionales en población general en años pares (sexto estudio 2005).

En el “ Sexto Estudio Nacional de Drogas en la población general de Chile, 2004 ” (2) la población estudiada fue de 8.715.567 personas entre 12 y 64 años de edad y de ésta, 1.347.005 son jóvenes de ambos sexos, entre 19 y 25 años de edad.

Entre los resultados obtenidos se destaca, en relación al uso de drogas lícitas, que el consumo de alcohol en la población masculina tiene una prevalencia de 75 % y un 55 % en la población femenina. En el consumo de tabaco, existe una mínima diferencia entre ambos sexos, con un 59,7 % en los hombres y de 55 % en las mujeres (2).

Para las drogas ilícitas, en la población juvenil (19 a 25 años) la prevalencia del consumo de marihuana es de un 15,05 % en relación con la población general (12 a 64 años) donde la prevalencia del consumo alcanza un 5,29 % (3).

Aquellos jóvenes que no se identifican con ningún credo religioso presentan una tasa de consumo de 26,8 % en relación con aquellos que se identifican con algún tipo de credo, cuyo consumo llega al 13 %.

Aunque no se puede confundir la política sobre drogas con políticas de seguridad, los medios de comunicación y la percepción general de la población muestra que el comercio ilegal de sustancias amenaza barrios y poblaciones; las cárceles reciben cada vez más personas, especialmente mujeres, condenadas por tráfico, y la oferta de programas de rehabilitación para adictos es insuficiente. Por eso, el debate sobre qué hacer en intervenciones y en ofertas terapéuticas está plenamente vigente.

La presente investigación se propone identificar si existen diferencias en las características sociodemográficas de los pacientes con consumo de sustancias adictivas que se mantienen en tratamiento, de aquellos que abandonan el tratamiento en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, lo que podría facilitar el estudio de estrategias de cambio en el abordaje de los pacientes que demandan atención en dicha unidad.

MARCO TEÓRICO

Se define droga como “ toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.” (OMS).

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) 10 (OMS) dependencia es “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto” (12). Johnson (1986) define la dependencia química como “ si el uso de alcohol u otras drogas causa cualquier trastorno continuo de la vida personal, social, espiritual o económica, y a pesar de eso no se detiene el consumo, el individuo sufre una dependencia química”. (13)

La adicción a las drogas a través de la historia, no siempre se ha visto como algo perjudicial; en ciertas culturas, como los pueblos polinésicos, entre otras, las drogas se utilizaban para fines terapéuticos o para ritos de iniciación. Durante el siglo XIX, se hizo evidente el empleo de las drogas, más allá del contexto ritual o terapéutico, realidad que implica resultados desastrosos para quienes las consumen, originando discapacidad, mortalidad y deterioro de su entorno familiar y social.

Existe en la literatura dos formas de clasificar las drogas, una de ellas es según su condición legal, dentro de éstas están: alcohol, tabaco, café, té, ansiolíticos, antidepresivos con receta médica, que son socialmente aceptados y cuya comercialización y consumo no se encuentran sancionados por la ley. Por el contrario entre las drogas que son consideradas ilegales, las cuales están prohibidas por ley y cuyo tráfico y consumo se encuentran sancionados, se encontrarían la cocaína, marihuana, pasta base, éxtasis, solventes volátiles y medicamentos sin receta médica, entre otras. (20)

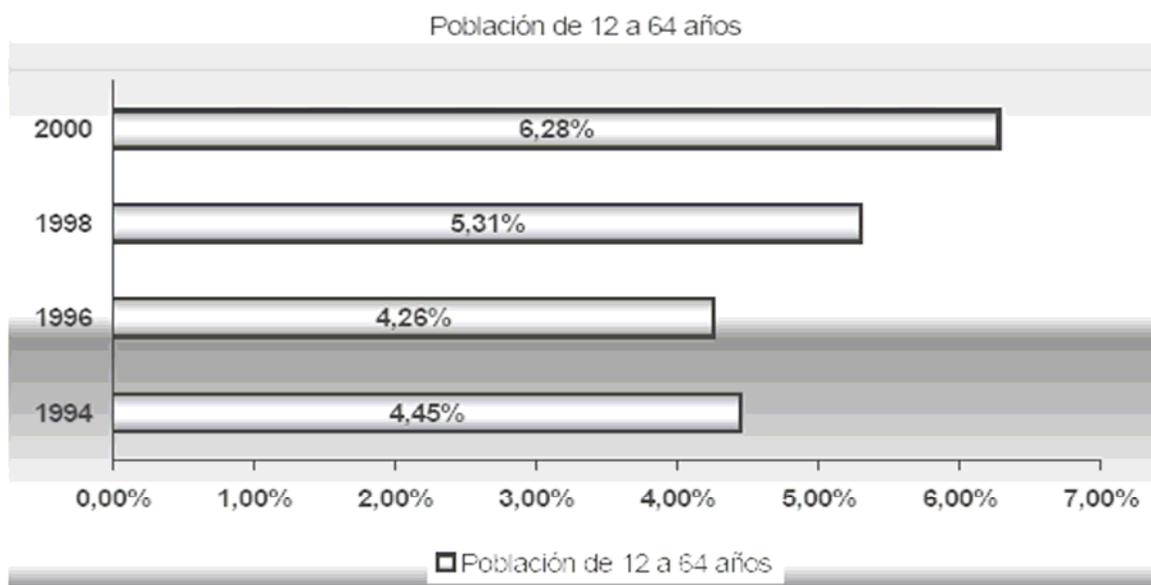
Otra forma de clasificar las drogas es según sus efectos en el sistema nervioso central (SNC):

- Drogas estimulantes: éstas actúan acelerando los procesos mentales, haciendo sentir a la persona más alerta dándole una sensación de euforia, mejor ánimo, en desmedro de la calidad de sus funciones habituales.
- Drogas depresoras: éstas actúan como calmantes o sedantes, relajan, distienden, pero a la vez fomentan un rol más pasivo, como estar menos consciente de lo que sucede a su alrededor (perdido, alejado).
- Drogas distorsionadoras: éstas producen cambios en la forma como se percibe y/o se interpreta la realidad, la persona entra en su propio mundo, diferente de la realidad exterior, similar a lo que ocurre en las psicosis.

ESTIMULANTES	DEPRESORAS	DISTORSIONADORAS
• COCAÍNA	• ALCOHOL	• MARIHUANA
• PASTA BASE	• HEROÍNA	• LSD
• ANFETAMINAS	• TRANQUILIZANTES	• PEYOTE Y MESCALINA
• ÉXTASIS	• SOLVENTES VOLÁTILES	• SOLVENTES VOLÁTILES

El abordaje de la drogodependencia en Chile se ha ido perfeccionando en cuanto a la recopilación de información estadística, hasta estrategias de abordaje de la problemática desde el punto de vista de prevención y rehabilitación. En el año 1990 se crea un consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. “ De allí en adelante los estudios para medir magnitud y tendencias del consumo en Chile se han repetido periódicamente, dándonos una visión mucho más detallada del fenómeno drogas y la planificación de estrategias para su abordaje” (12).

Los estudios en la población general de Chile entre los años 1994 – 2000 (CONACE), muestran que el aumento de consumo fue del orden del 41,12%. Entre 1998 y 2000 el aumento en la proporción de consumidores asciende al 18,3%. Se podría pensar, por ende, que la tendencia es moderada, pero constante y persistente, a excepción del período 1994 a 1996 donde el consumo disminuyó en un 4,27%,



La información recopilada en el Sexto Estudio de Consumo de Drogas en Población general realizado durante el 2004, señala que el uso de cualquier droga ilícita (marihuana, pasta base y cocaína) durante el último año alcanzó 5,8% cifra ligeramente más baja que la cumbre alcanzada en el año 2000 (6,28 %).

La droga ilícita de mayor consumo en nuestro país sigue siendo la marihuana, con un evidente aumento de consumo en la población femenina. En la década pasada la relación de consumo entre hombre y mujer era de 4 : 1, cerrándose esta diferencia para el año 2002 de 2 mujeres por cada 4 hombres, hasta alcanzar en el 2004, 3 mujeres por cada 4 hombres (1).

El Cuarto Estudio de CONACE (año 2000) muestra que la edad de inicio de consumo de alcohol, en un 50% de los jóvenes, comienza a los 17 años de edad o antes. Sin embargo, hay un 5% de ellos que inicia el consumo a los 12 años de edad y que 4 de cada 10 menores de 12 a 18 años consumen alcohol en forma diaria. Las investigaciones muestran que al iniciar el consumo a temprana edad con drogas de consideración legal, fácilmente se pasa a drogas ilícitas o combinaciones de drogas, por esto el alcohol, tabaco y marihuana han sido denominadas con frecuencia drogas "de paso."

En la Cuarta encuesta "Consumo precoz de alcohol y su relación con consumo de marihuana y cocaína (CONACE, julio del 2001), los encuestados entre 19 a 34 años declararon haber iniciado el consumo de alcohol antes de los 15 años de edad y 1 de cada 2 de ellos (54,4%) declaró haber consumido marihuana. En el mismo estudio se destaca que "aquellos que inician el consumo de alcohol entre los 18 y 24 años, alrededor de un 20% declara consumo de marihuana y la mayor parte lo hace con posterioridad al consumo de alcohol".

El Sexto Estudio de CONACE (año 2004), en relación a la asociación entre el uso de alcohol y marihuana en la población general (12 a 64 años), muestra que entre los adolescentes un porcentaje muy bajo prueba marihuana alguna vez, sin antes haber usado alcohol por primera vez. Y por el contrario es interesante observar que a medida que aumenta la edad de inicio en el alcohol, el consumo de marihuana decrece. En este estudio, en relación al tabaco, el 90% de los usuarios de drogas ilícitas como marihuana, pasta base y cocaína, son fumadores de tabaco. Sólo un 12% de quienes se iniciaron en el consumo de marihuana lo han hecho con anterioridad a haber usado tabaco. (1).

Respecto a tasas de dependencia al alcohol presentadas en el Sexto Estudio de CONACE (año 2004) muestra que afecta casi tres veces más a los hombres que a las mujeres, alcanzando un 17,4% y 6,8% en cada sexo respectivamente. La dependencia al alcohol según edad, en este mismo estudio, señala que la tasa en jóvenes de 19 a 25 años es de 22,9% y de 18% en adolescentes de 12 a 18 años de edad y que para personas sobre 25 años de edad esta tasa decrece a un 6% en quienes tienen entre 45 y 64 años (1).

En cuanto a diferencias y similitudes entre ambos sexos, en el estudio realizado por CONACE (julio,2001) en el grupo etáreo de 19 a 25 años, 72 de cada 100 hombres y 51 de cada 100 mujeres consume alcohol. Al analizar a los hombres de 19 a 34 años, se observa que un 27% de ellos (casi 1 de cada 3 personas) que consumió alcohol antes de los 15 años, declaró consumo de cocaína posterior al inicio en el consumo de alcohol. En el caso de las mujeres, el correspondiente porcentaje fue de 9,2% (casi 1 de 10). Tanto para hombres como para mujeres el porcentaje de consumidores de cocaína disminuye a medida que se retrasa el inicio del consumo de alcohol.

Con respecto a la dinámica que se observa en las diferentes regiones del país en relación a los niveles de consumo, la mayor oferta de marihuana se concentra entre las Regiones Primera y Sexta, incluida la Región Metropolitana y en menor escala para la Segunda Región. La ciudad de Iquique, presenta para la dependencia alcohol un consumo de 19.61 % para el grupo etáreo entre los 15 y 24 años, siendo para este mismo grupo en la ciudad de Santiago una prevalencia de 6,57 %. Comparando entre estas dos ciudades, para género masculino el abuso de alcohol en Santiago es de un 2,47 % y para el mismo género en la ciudad de Iquique, es de 5,69 %. En relación al género femenino existe una alarmante diferencia de 1 % para la ciudad de Santiago y un 4, 37 % para Iquique (2). Las otras regiones del país presentan tasas de consumo por debajo del promedio nacional que es de 5,8% (Octava Región con una tasa de 3,9%; Novena Región con una tasa de 3% y para la Décima Región con 3,6%.

El Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile (año 2004), mostró que en la población estudiantes de educación superior, las tasas según grupo etáreo para el consumo de marihuana se concentran en quienes tienen entre 17 y 25 años de edad (16,7%) y descienden a partir de los 26 años y más a un 10%. No ocurre lo mismo con las tasas de consumo reciente de pasta base y cocaína, que son más altas entre quienes superan los 26 años de edad. La tasa de uso reciente de cocaína entre quienes tienen 26 o más años de edad alcanza el 8%. De igual forma, el consumo indebido de drogas de uso médico es mayor entre los estudiantes de 26 o más años de edad, con tasas cercanas al 12%.

Otro antecedente recopilado por CONACE (año 2002) respecto al alcoholismo, refiere que es más frecuente en los hombres y más aún si se le agrega que están cesantes o sólo disponen de un empleo ocasional.

En otro nivel de análisis es importante mencionar, del mismo estudio del año 2002, las razones que se presentan entre la dependencia de alcohol por sexo y nivel socioeconómico, lo que se muestra en el siguiente cuadro:

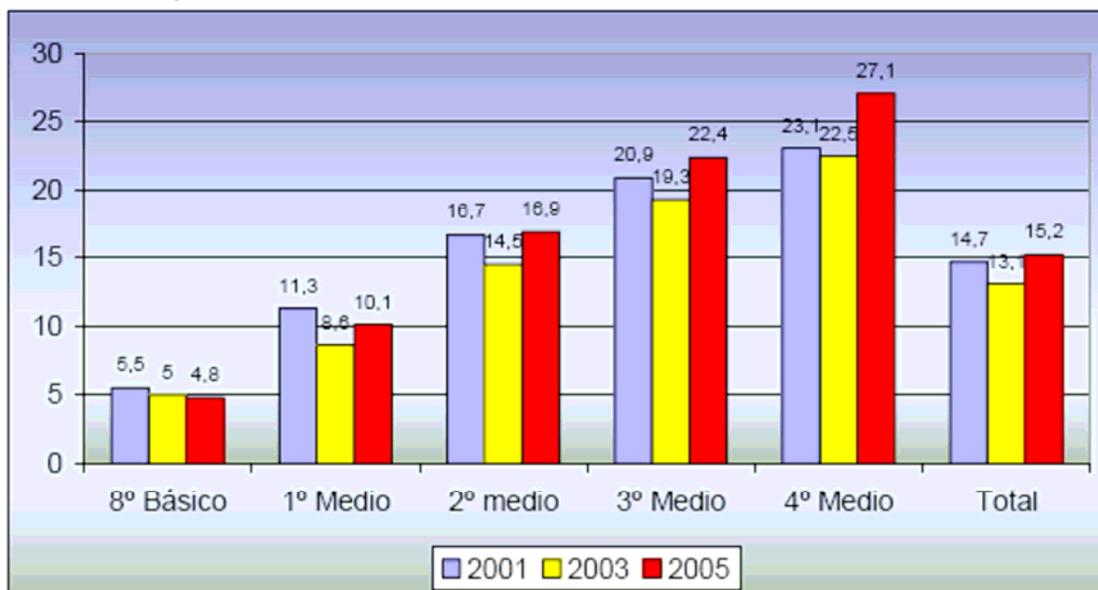
CUADRO 4: TASA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN PREVALENCIA DE ÚLTIMO MES, TASA DE DEPENDENCIA Y RAZÓN, POR SEXO Y SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

NSE	Prevalencia Mes			Dependencia		
	Hombres	Mujeres	Razón	Hombres	Mujeres	Razón
Alto	66.94	60.22	1.11	10.80	3.60	3.00
Medio	64.82	53.29	1.22	17.80	3.83	4.65
Bajo	64.04	51.06	1.25	19.95	6.70	2.98
TOTAL	64.86	53.53	1.21	17.56	4.99	3.52

(2)

El Sexto Estudio Nacional de drogas en población escolar de Chile (septiembre, 2005) comprende a la población de estudiantes de ambos sexos entre 8° básico a 4° medio. En este estudio se ha registrado un incremento en la prevalencia de consumo de marihuana en el último año, representado en el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Evolución de prevalencias de último año de consumo de marihuana , por cursos



En dicho informe queda de manifiesto la necesidad de afianzar y desarrollar aún más las políticas preventivas que apunten a desarrollar factores de protección en los jóvenes, tanto en el ámbito educacional, como laboral y comunitario, contribuyendo así a evitar o disminuir el uso y/o abuso de drogas por parte de esta población.

A partir del año 2003 y en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas, CONACE y el Ministerio de Educación iniciaron la implementación de un programa de prevención escolar que apunta a retardar la edad de inicio del consumo de alcohol en los jóvenes, y obviamente a educar en un consumo con moderación que podría tener buenos resultados en evitar que ellos consuman drogas ilícitas posteriormente.

El programa contempla los siguientes niveles:

- **EDUCACIÓN PARVULARIA:** **“En busca del tesoro”**: programa de prevención temprana, orientado a niños y niñas de la educación parvularia formal y no formal (MINEDUC – CONACE).

- **EDUCACIÓN BÁSICA:** **“ Marori y Tutibú ”**: estrategia de prevención temprana dirigida a niños y niñas de primero a cuarto año de enseñanza básica (MINEDUC – CONACE).

“ Quiero ser ”: programa de prevención para el alumno de quinto a octavo año de enseñanza básica (MINEDUC – CONACE).

- **EDUCACIÓN MEDIA:** **“ Yo decido ”**: programa de prevención del consumo de alcohol y drogas para alumnos de primero a cuarto año de enseñanza media (MINEDUC – CONACE).

- **EDUCACIÓN SUPERIOR:** estrategias de prevención con la comunidad universitaria e institutos profesionales y de formación técnica (MINEDUC – CONACE).

Estos programas están orientados a desarrollar y fortalecer factores protectores y conductuales de autocuidado en salud, mediante un refuerzo continuo en todo el proceso educativo y fundamentalmente en estudiantes que no han consumido drogas. En el caso del programa de prevención “ Quiero Ser ”, éste ha obtenido resultados alentadores con alumnos de 8° año básico con dos años de participación en este programa y llegan a mejorar en 10 puntos porcentuales su percepción de gran riesgo en el uso de marihuana y hasta en 11 puntos porcentuales su percepción de gran riesgo en el uso de cocaína.

En nuestro país existe un Programa de apoyo con planes de Tratamiento y Rehabilitación, para quienes ya son adictos. Algunos de éstos ofrecen tratamiento gratuito, con cobertura limitada, a los beneficiarios de Fonasa en todas sus categorías (A,B,C y D), estando libre de copago.

Este Programa de apoyo comprende cuatro modalidades diferentes de tratamiento asociadas a las características, necesidades y complejidad del problema de la persona que consulta.

Éstas son: (10)

1. Ambulatorio básico: tratamiento que se ofrece a personas con abuso, consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biosicosocial moderado, es decir, personas que, por ejemplo, conservan un trabajo, viven en familia, no presentan grandes problemas asociados al consumo. El plan de tratamiento ambulatorio básico incluye un conjunto de actividades, como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicoterapia individual y de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Cuando este plan se realiza en horario vespertino, incluye una colación.
2. Ambulatorio comunitario (duración 10 meses): su principal función es tratar a la población infantoadolescente en vulnerabilidad social, entendida como aquella población que se encuentra débilmente vinculada o desvinculada de los sistemas formales de educación y salud, y cuyos lazos familiares son débiles o inexistentes.
3. Ambulatorio intensivo: tratamiento destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biosicosocial moderado o severo, con o sin presencia de enfermedades mentales o físicas.
4. Ambulatorio residencial: destinada a personas con dependencia a drogas y compromiso biosicosocial severo (múltiples tratamientos previos y reincidencia, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar ni social, con trastornos psiquiátricos severos, además de profunda autopercepción de inoperancia e improductividad).

El trabajo que se realiza en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Valdivia, está vinculado con los niveles Primario y Secundario de salud, como centro de derivación de pacientes provenientes de la Unidad de Valdivia y su provincia.

La modalidad de Tratamiento y Rehabilitación con que trabaja la Unidad, está orientada a la atención Ambulatoria Básica; esto significa que recibe pacientes provenientes en forma directa de Consultorios, Escuelas, Liceos y los provenientes de la atención cerrada que serían los que ingresan desde otras Unidades del Hospital o son hospitalizados en la Unidad de Corta Estadía del Servicio de Psiquiatría de Valdivia.

El ingreso de pacientes en la Unidad de Dependencia tiene dos vías de entrada: una es como paciente alcohólico y otra es como paciente poliadicto. En el caso del paciente alcohólico, antes de ingresar al tratamiento debe tener a lo menos dos días de abstinencia. El primer contacto del paciente con la unidad es a través de entrevistas de acogida realizada por Enfermera y Asistente Social. Luego, chequeo del estado general con exámenes sanguíneos, examen físico segmentario realizado por el interno de medicina más una evaluación por psicólogo y psiquiatra. El segundo contacto será después de llevar 3 semanas de abstinencia, con test de diagnóstico de consumo de alcohol negativo.

Cumplidos estos requisitos el paciente firma un Compromiso Personal de Cumplimiento del Programa Terapéutico y si está acompañado de algún familiar (alguien responsable de su tratamiento), éste firmará el compromiso familiar.

Para pacientes poliadictos, antes de ingresar al tratamiento deben tener por lo menos dos o tres días de abstinencia. Al igual que para el paciente alcohólico, el primer contacto con la unidad es a través de entrevistas de acogida realizada por Enfermera y Asistente Social. Luego, chequeo del estado general con exámenes sanguíneos, examen físico segmentario realizado por el interno de medicina más una evaluación por psicólogo y psiquiatra. El segundo contacto será después de llevar 3 semanas de abstinencia, con exámenes de orina negativo para Marihuana, Cocaína, Benzodiazepinas. Se firma compromiso familiar y personal por parte del paciente o persona que se hará responsable del tratamiento, más la firma de un miembro de la Unidad.

Los pacientes ingresan a un Programa de Rehabilitación donde pueden asistir familiares del paciente, siendo estas terapias realizadas por el profesional de enfermería, alternando una por medio con el asistente social. El total de sesiones donde participan todos los pacientes y sus familiares son 4. Esto se combina con el tratamiento farmacológico y evaluaciones personales con el psiquiatra y psicólogo por separado, cuantas veces requiera el paciente.

Una de las inquietudes del equipo de la Unidad de Dependencia, al igual que otros equipos del país, es lograr la identificación de características que presentan aquellos pacientes poliadictos que se mantienen en tratamiento en la unidad (motivaciones, similitudes) a diferencia de aquellos pacientes que abandonan el tratamiento, con el fin de corregir, reforzar y buscar nuevas estrategias para favorecer la inserción de aquellos adictos que se encuentran escépticos de la eficacia de los equipos de salud y para limitar el abandono del tratamiento.

Se encuentra como antecedente un estudio realizado en Santiago de Chile de “Características predictivas coadyudantes a la rehabilitación integral del enfermo alcohólico”. De una muestra de 89 individuos alcohólicos, un 73% mencionó que la motivación para ingresar al tratamiento era la familia, y en segundo lugar con un 25,8 % fue la percepción del deterioro de la salud física y mental.

En aquellos que no vivían con familiares, se apreció menor conciencia de enfermedad (19). Aproximadamente un tercio, de los 89 individuos en estudio, inició la ingesta antes de los 16 años y un 64% inició el hábito antes de los 21 años (19). Del mismo estudio, 60% (53 pacientes) percibía la enfermedad como algo superado. De éstos, 50,9% sostuvo que podía ingerir alcohol moderadamente, sin consecuencias adversas, de lo que se infiere que no tenía conciencia de enfermedad (19).

Si bien, se han realizado importantes inversiones en áreas de prevención, como lo presentado anteriormente, y de rehabilitación, aún persisten muchas dudas e interrogantes sobre la prevención y tratamiento más eficiente para la realidad de cada grupo de personas, ya sea por sus características de edad, sexo, nivel de estudios, constitución familiar, dinámica antropológica de las comunidades, entre otras, que nos haga obtener mejores resultados para nuestra intervención. Es por ello que la presente investigación propone identificar si existen diferencias en las características sociodemográficas de los pacientes con consumo de sustancias activas que se mantienen, en relación a aquellos que abandonan el tratamiento en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, lo que podría facilitar el estudio de estrategias de cambio en el abordaje de los pacientes que demandan atención en dicha unidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer las diferencias sociodemográficas entre aquellos pacientes que permanecen en tratamiento vs. aquellos pacientes que abandonan el tratamiento en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Valdivia, Chile, período enero – junio del 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que permanecen en tratamiento en la Unidad de Dependencia.

- 2) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que abandonan el tratamiento en la Unidad de Dependencia.

- 3) Identificar características del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes que permanecen en tratamiento en la Unidad de Dependencia.

- 4) Identificar características de consumo de sustancias psicoactivas en pacientes que abandonan el tratamiento en la Unidad de Dependencia.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo – transversal.

- a) Descriptiva: que permite determinar la magnitud y características del problema.
- b) Transversal: pretende describir o analizar un fenómeno en un período determinado de tiempo.

POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Todos aquellos pacientes que fueron atendidos en Unidad de Dependencia, entre enero – junio del 2006., que alcanzaron a un número de 100 pacientes, que poseían las características de haber ingresado al servicio dentro de los meses ya descritos dividiéndose en aquellos que se mantuvieron en control de aquellos que lo abandonaron.

MÉTODOS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Para los efectos de la investigación se diseñó, en conjunto con el equipo de profesionales, un formulario de recolección de información de los datos disponibles en las fichas clínicas de los pacientes de la Unidad de Dependencia y la correspondiente ficha general dependiente de la SOME.

TIEMPO DE EJECUCIÓN:

La recopilación de la información a través del instrumento se realizó entre los meses de septiembre y noviembre del 2006.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Se revisaron 100 fichas internas de los pacientes consultantes de la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, 81 pacientes correspondían a los asistentes a control y 19 pacientes que abandonaron el tratamiento entre enero – junio del 2006.

Los datos recolectados fueron incorporados al programa Excel y el análisis de los resultados se realizó en el programa estadístico SSPS, representándolos en tablas y gráficos.

DEFINICIÓN
OPERACIONAL DE VARIABLES

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN NOMINAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>
➤ Sexo	condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer	a) Masculino b) Femenino
➤ Edad	años transcurridos desde el nacimiento del individuo hasta el momento de la recopilación de la información	a) 10 – 19 años b) 20 –29 años c) 30 – 39 años d) 40 – 49 años e) 50 – 59 años f) 60 – 69 años g) 70 –79 años h) 80 años y más

➤ Religión	Profesión y observancia de doctrina religiosa	a) Católica b) Evangélica c) Otra
➤ Escolaridad	conjunto de cursos de educación formal que realizó una persona	a) Enseñanza básica incompleta. b) Enseñanza básica completa. c) Enseñanza media incompleta. d) Enseñanza media completa. e) Estudios técnicos superiores f) Estudios universitarios incompletos g) Estudios universitarios completos
➤ Estado civil	situación civil en que se encuentra el individuo	a) Soltero /a b) Casado /a c) Conviviente d) Separado /a Anulado /a e) Viudo /a

<p>➤ Tipo de familia</p>	<p>adscripción del paciente a un determinado tipo de agrupación familiar</p>	<p>a) <u>Familia nuclear</u>: padre y madre con o sin hijos b) <u>Familia nuclear incompleta</u>: con el padre o madre ausente y uno o más hijos c) <u>Familia nuclear ampliada</u>: padre y madre con o sin hijos, más otra persona sin lazos consanguíneos o allegado, viviendo bajo el mismo techo. d) <u>Familias extensas</u>: padre y madre con o sin hijos, más un familiar consanguíneo o político, viviendo bajo el mismo techo. e) <u>Familias reconstituidas</u>: corresponde a aquellas donde vive el padre o la madre, separados o divorciados, con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo(a) compañero(a).</p>
<p>➤ Vive con</p>	<p>vínculo con o sin lazo de consanguinidad</p>	<p>a) Esposo /a b) Conviviente c) Hijos /as d) Nietos /as e) Hermanos /as f) Primos /as g) Sobrinos /as h) Abuelos /as i) Sobrino /a j) Tío /a</p>

➤ Sustancia adictiva	sustancia que modifica el comportamiento y produce otras reacciones, que comprenden siempre un impulso incontrolable para consumir dicha sustancia en forma periódica o continua a fin de experimentar sus efectos psíquicos o bien para evitar el malestar producido de la privación.	a) Tabaco b) Alcohol c) Marihuana d) Pasta Base e) Cocaína f) Inhalable g) Alucinógenos h) Heroína i) Tranquilizante j) Estimulantes/Anfetaminas k) Otros
➤ Edad inicio de consumo	edad de la primera ingesta de una sustancia psicoactiva	a) 5 -10 años b) 11 –15 años c) 16 –20 años d) 21 – 25 años e) 26 – 30 años f) 31 – 35 años g) 36 – 40 años h) 41 – 45 años i) 46 – 50 años j) 51 – 55 años k) 56 y más años
➤ Causa de abandono tratamiento	se considera abandono, el incumplimiento por el paciente del régimen fármaco terapéutico o la inasistencia a los servicios de salud por tiempo indefinido (OMS).	a) Desinterés b) Laboral c) Traslado de domicilio (otra ciudad) d) Término del ciclo de tratamiento e) Se siente mejor f) Busca otra alternativa de tratamiento
➤ Decisión de la consulta	causa que motivó a la persona a solicitar atención	a) Espontánea b) Presión familiar / amigo c) Colegio d) Laboral e) Judicial f) Centro de salud g) Otra

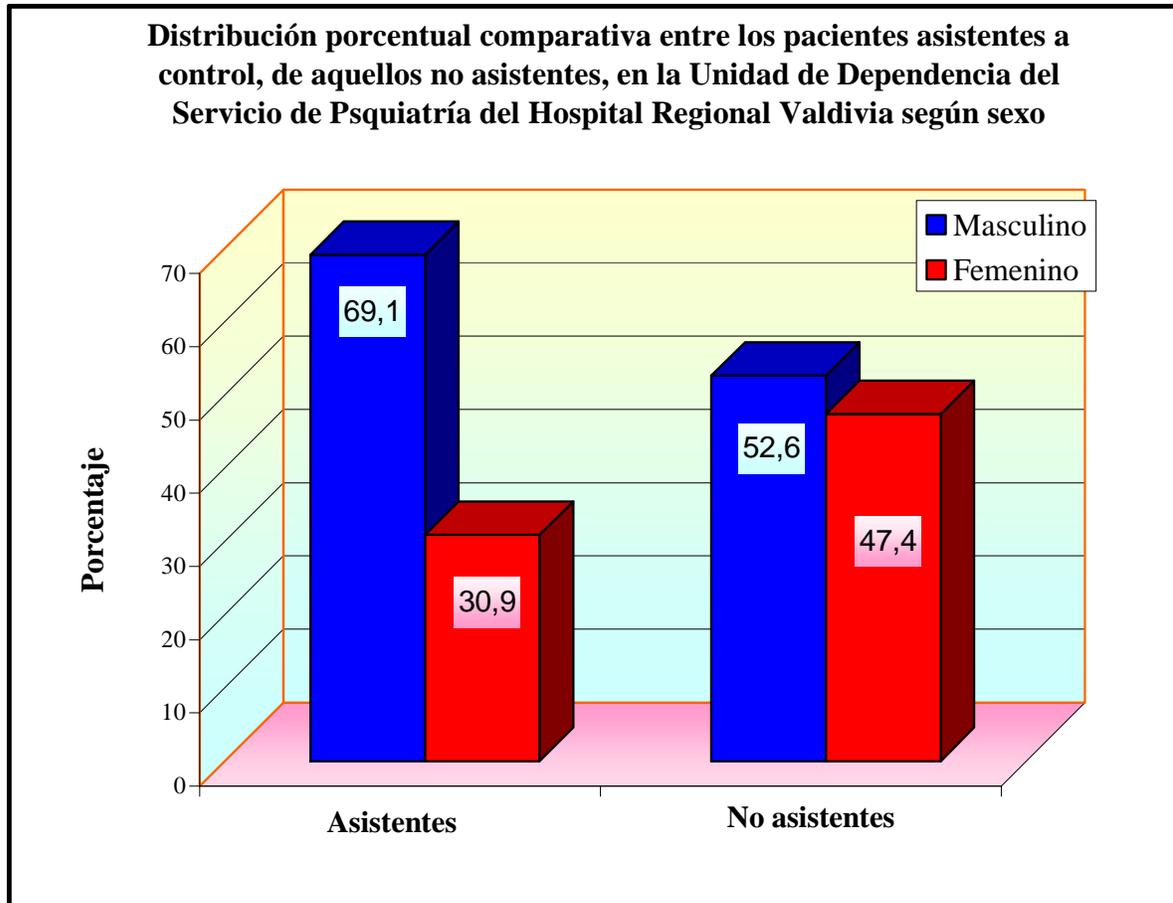
➤ Condición laboral	situación laboral actual	b) Estudiante c) Trabajo fijo o permanente d) Trabajo ocasional e) Dueña de casa f) Retirado / jubilado g) Cesante
➤ Con quién asiste	Se refiere a las persona(s) que acompañan al paciente en su primera entrevista y el vínculo que tienen con éste	a) Padre b) Madre c) Hermano /a d) Abuelo /a e) Tío /a f) Primo /a g) Amigo /a h) Sobrino /a

- Número de integrantes del grupo de convivencia: número de personas que viven bajo el mismo techo.
- Tiempo de permanencia en control: período desde que ha iniciado su participación en los controles.
- Fecha entrevista de acogida: fecha del primer contacto con la Unidad de Dependencia.
- Permanencia en control: paciente que se mantiene en tratamiento hasta completar los meses predefinidos según protocolo de atención.
- No permanencia en control: paciente que iniciado el programa de tratamiento, no cumple los meses predefinidos según protocolo de atención.

RESULTADOS

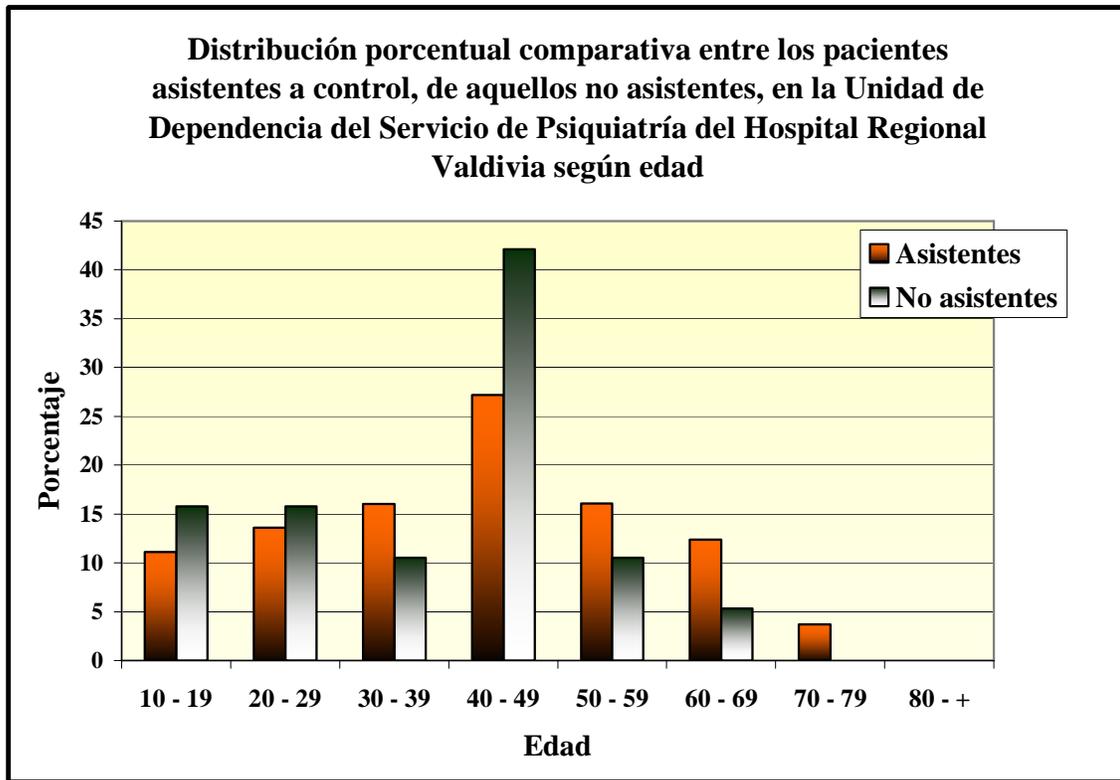
A continuación se presentan los resultados obtenidos de aplicación del instrumento y recopilación de datos:

Gráfico N° 1



Del total de pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, un 69,1 % corresponde al sexo masculino y 30,9 % corresponde al sexo femenino y en los pacientes no asistentes a control, un 52,6 % corresponde al sexo masculino y un 47,4 % al sexo femenino.

Gráfico N° 2



De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, se observa que la mayor parte de la población corresponde al intervalo de 40 a 49 años para ambos casos, con un 27,2 % para los asistentes a control y un 42,1 % para los pacientes no asistentes a control, siendo para éstos prácticamente la mitad de los individuos.

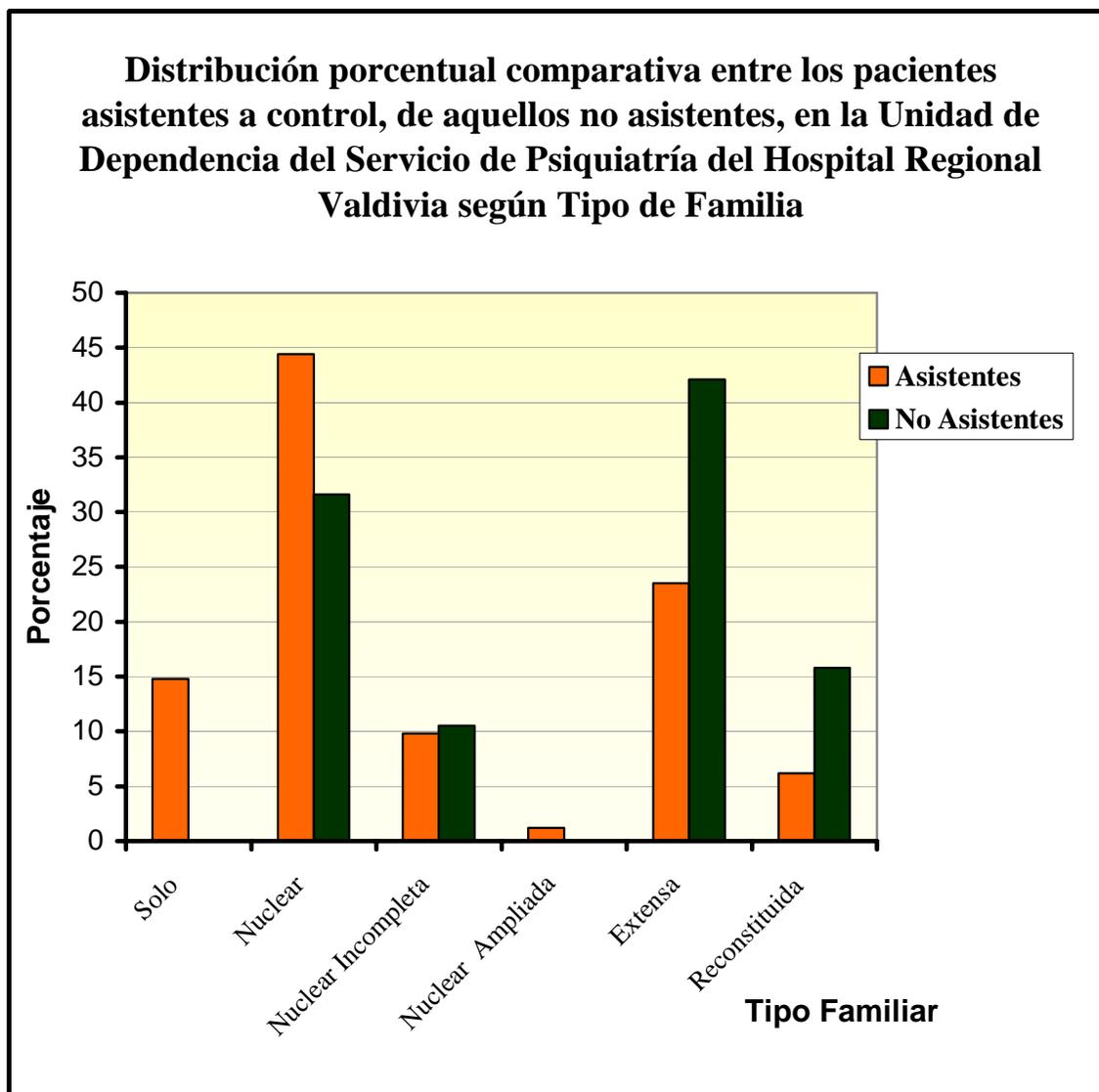
TABLA N° 1

Distribución numérica y porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia según escolaridad.

<u>Escolaridad</u>	Grupo			
	Asistentes		No asistentes	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Básica Incompleta	18	22,2	3	15,8
Básica Completa	9	11,1	2	10,5
Media Incompleta	20	24,7	8	42,1
Media Completa	17	21	5	26,3
Técnica Superior	4	4,9	1	5,3
Universitaria Incompleta	7	8,6	0	0
Universitaria Completa	6	7,4	0	0
Total	81	100	19	100

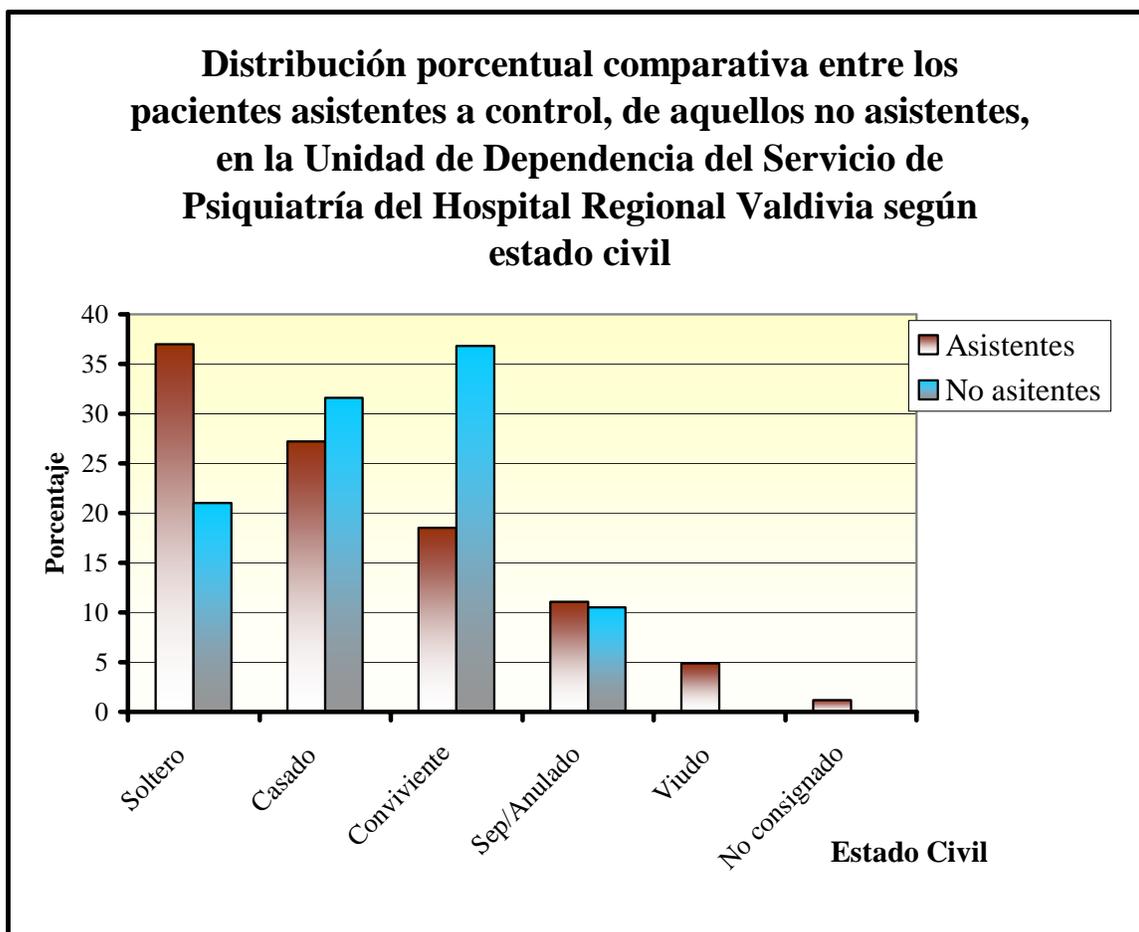
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, se observa que en el caso de los asistentes la sumatoria de los porcentajes entre media completa a universitaria completa alcanza un 42 %, lo que significa que 4 de cada 10 pacientes alcanzan la educación media completa y para el caso de los no asistentes, 3 de cada 10 pacientes alcanza la enseñanza media completa.

Gráfico N° 3



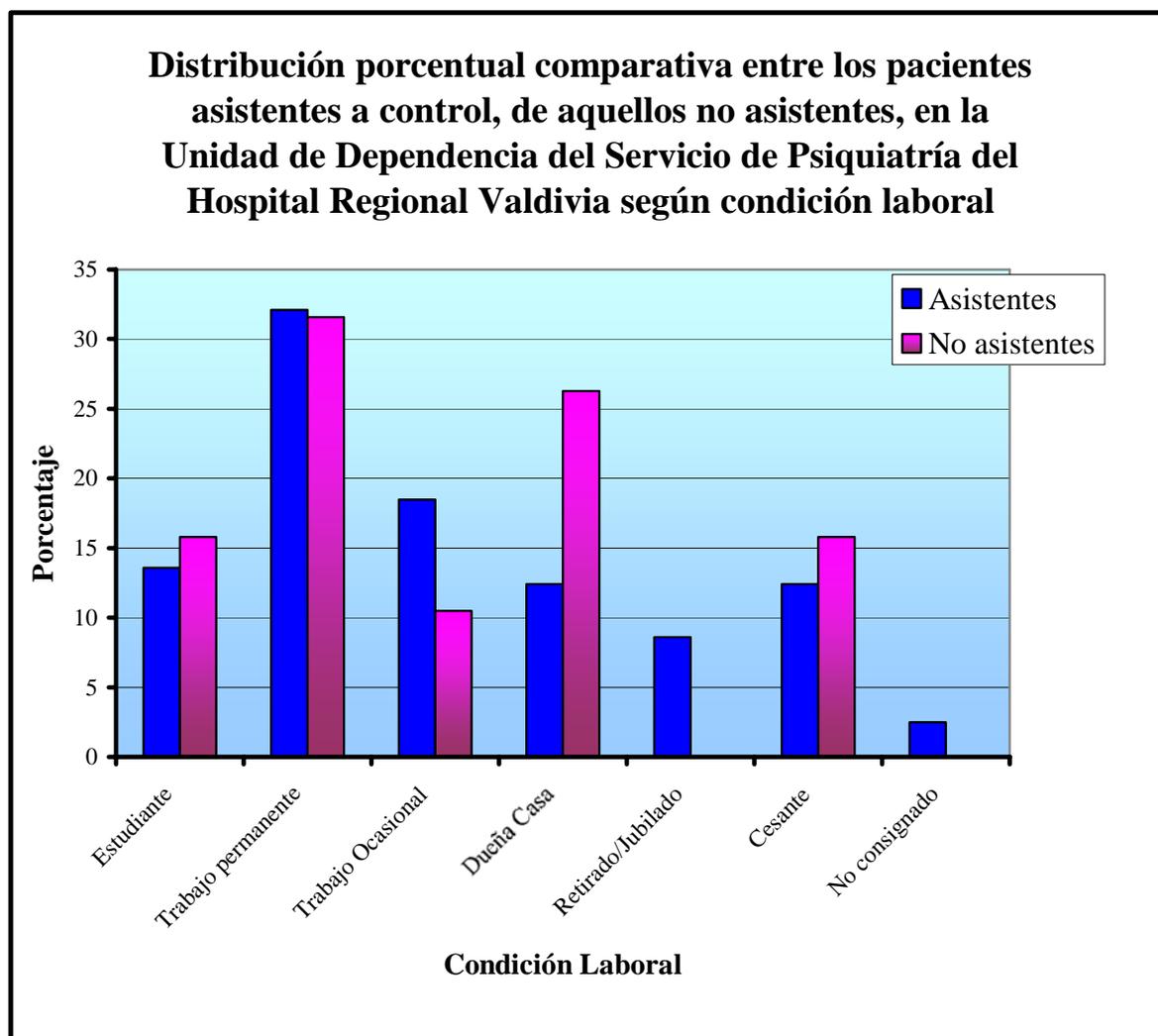
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, un 44,4 % corresponden al tipo de familia nuclear, siguiéndole con un 23,5 % el tipo de familia extensa. En el grupo correspondiente a los pacientes no asistentes, un 42 % corresponde al tipo de familia extensa, siguiéndole en importancia el tipo de familia nuclear con un 32 %.

Gráfico N° 4



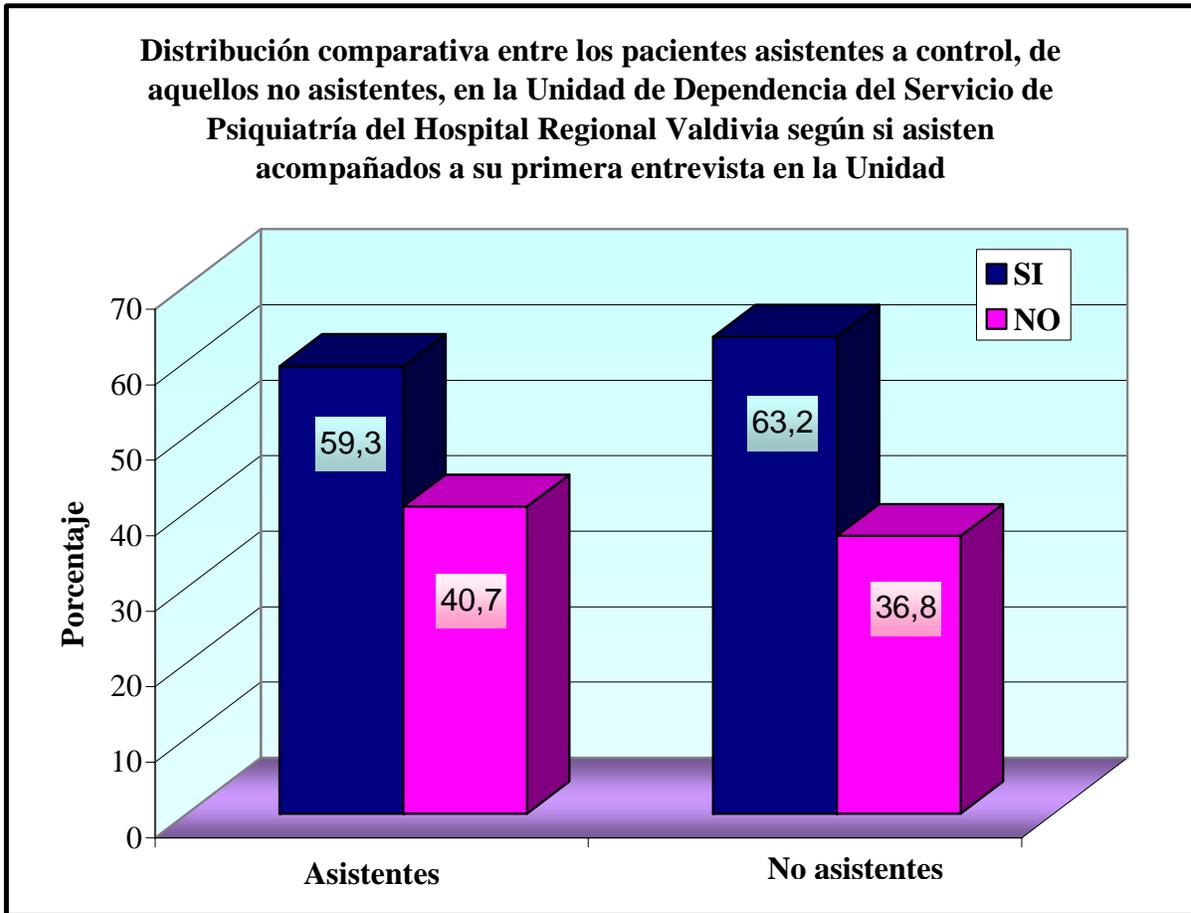
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, se observa que un 37 % de la población es soltera, siguiéndole en importancia con un 27,2 % para los casados. En el grupo correspondiente a los pacientes no asistentes, un 37 % corresponde a conviviente y un 31,6 % para los casados.

Gráfico N° 5



De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, según su condición laboral un 32 % se encuentra con trabajo permanente siendo similar para el caso de los pacientes no asistentes con un 31,6 % y siguiéndole en importancia está la dueña de casa con un 26,3 %.

Gráfico N° 6



Del total de pacientes asistentes y no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, prácticamente 2/3 asisten acompañados a la primera entrevista.

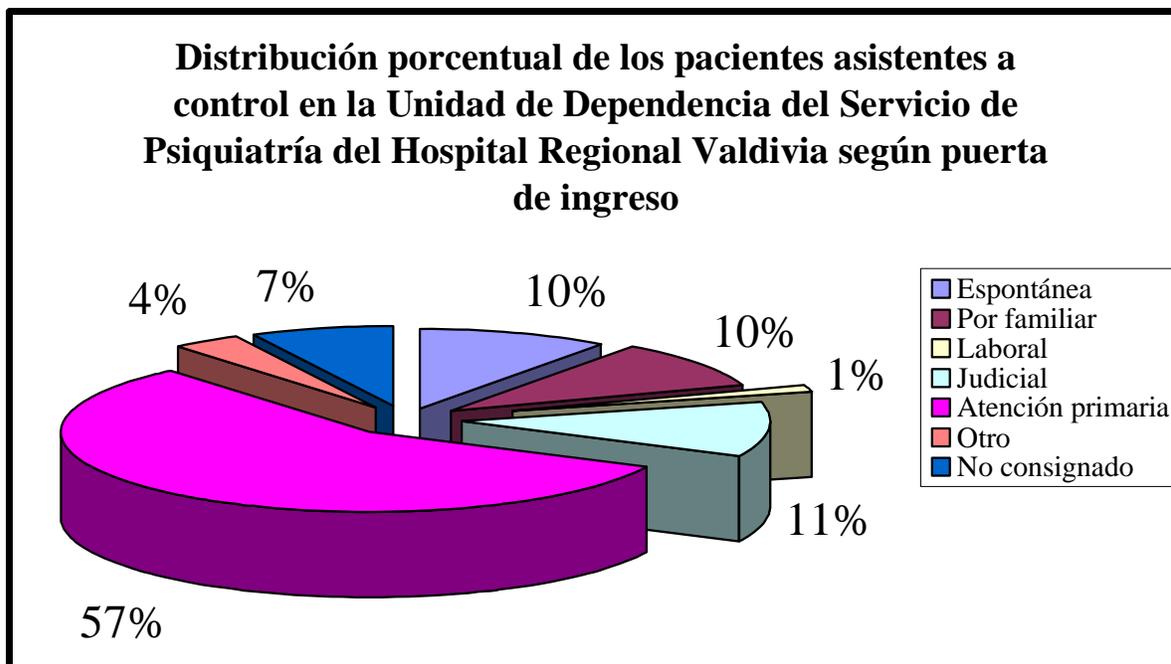
Tabla N° 2

Distribución numérica y porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia según antecedentes previos de contacto con alguna Unidad de Dependencia.

<u>Antecedentes con Unidad de Dependencia</u>	Grupo			
	Asistentes		No asistentes	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Valdivia	51	63	11	57,9
Otra ciudad	4	4,9	0	0
Sin antecedentes	26	32,1	8	42,1
Total	81	100	19	100

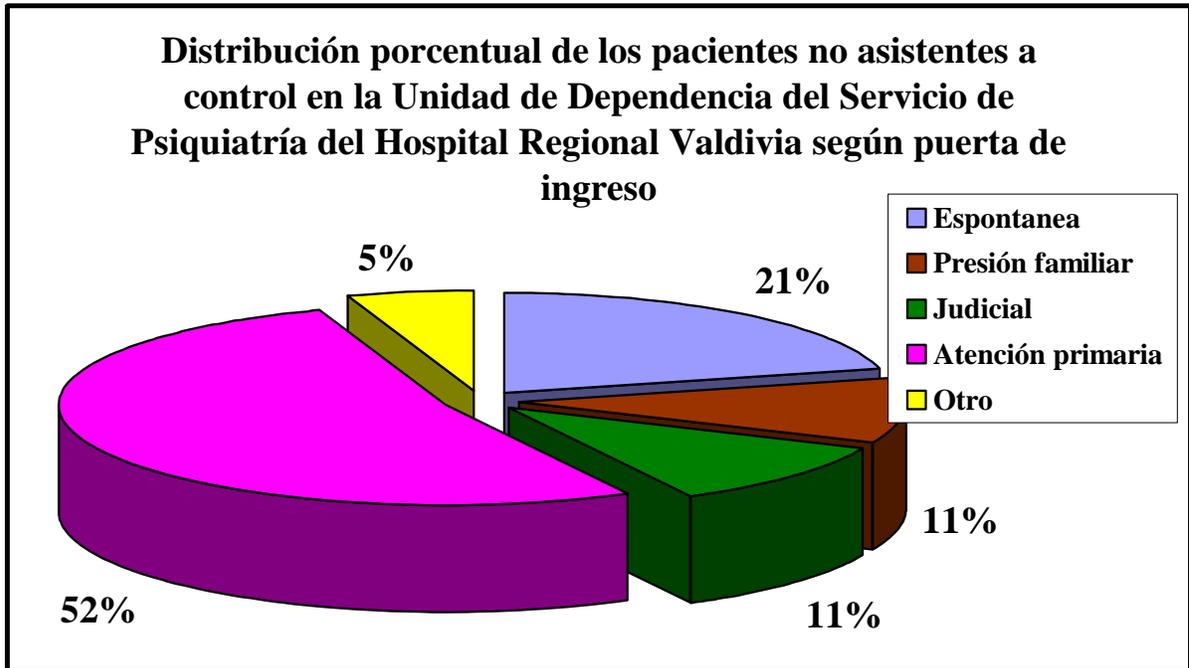
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, un 63 % tiene antecedentes en la misma Unidad de Valdivia. En el caso de los pacientes no asistentes control, se observa que aproximadamente la mitad se encuentra con antecedentes en la misma Unidad y la otra mitad, con un 42,1 %, es su primer encuentro en Unidades de Dependencia de otra ciudad o comuna.

Gráfico N° 7



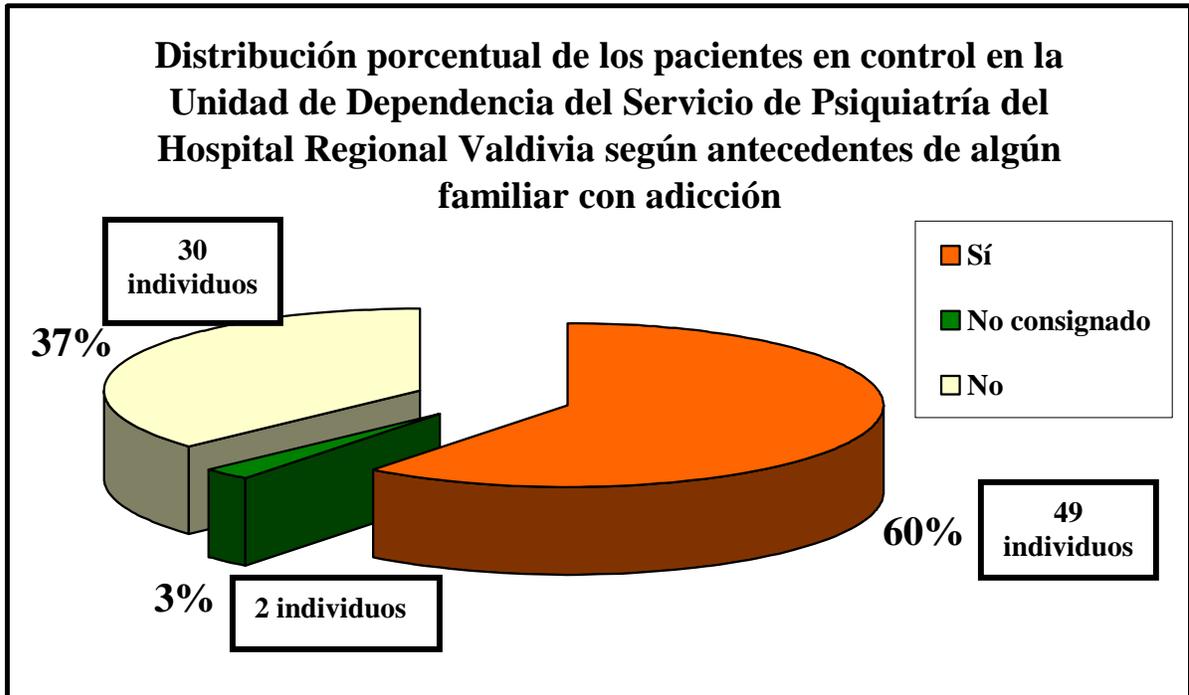
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, más de la mitad de éstos, con un 57 %, ingresa a la Unidad desde la atención primaria. Otra puerta de ingreso que le sigue es la judicial con un 11%, quedando con un 10 % el ingreso espontáneo y 10 % para aquellos que ingresan por motivos familiares.

Gráfico N° 8



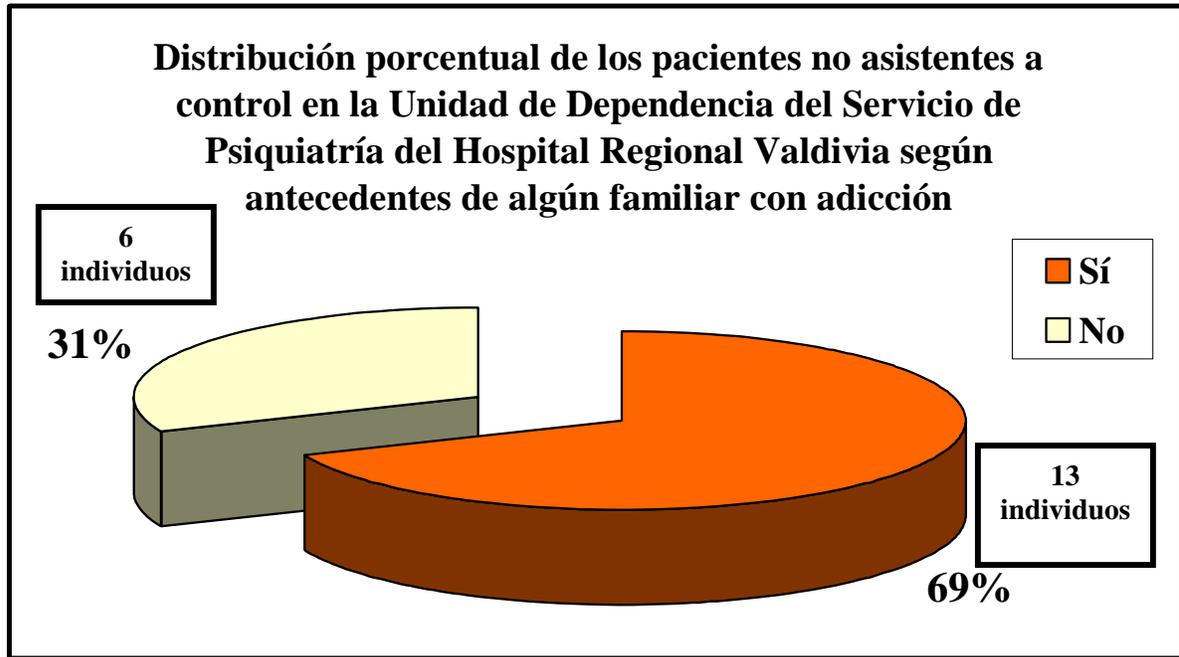
De los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, un 52 %, ingresa a la Unidad desde la atención primaria, siendo otra puerta de ingreso de gran importancia con un 21 % la espontánea, la cual es seguida por la judicial con un 11% y un 11 % para aquellos que ingresan por presión familiar.

Gráfico N° 9



De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, se observa que 6 de cada 10 pacientes tiene algún familiar con antecedentes de adicción.

Gráfico N° 10



De los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, se observa que 7 de cada 10 pacientes tiene algún familiar con antecedente y sólo 3 de cada 10 no tiene antecedentes de adicción; es decir que la mayoría de este grupo de pacientes cuentan con antecedentes familiares de adicción.

TABLA N° 3

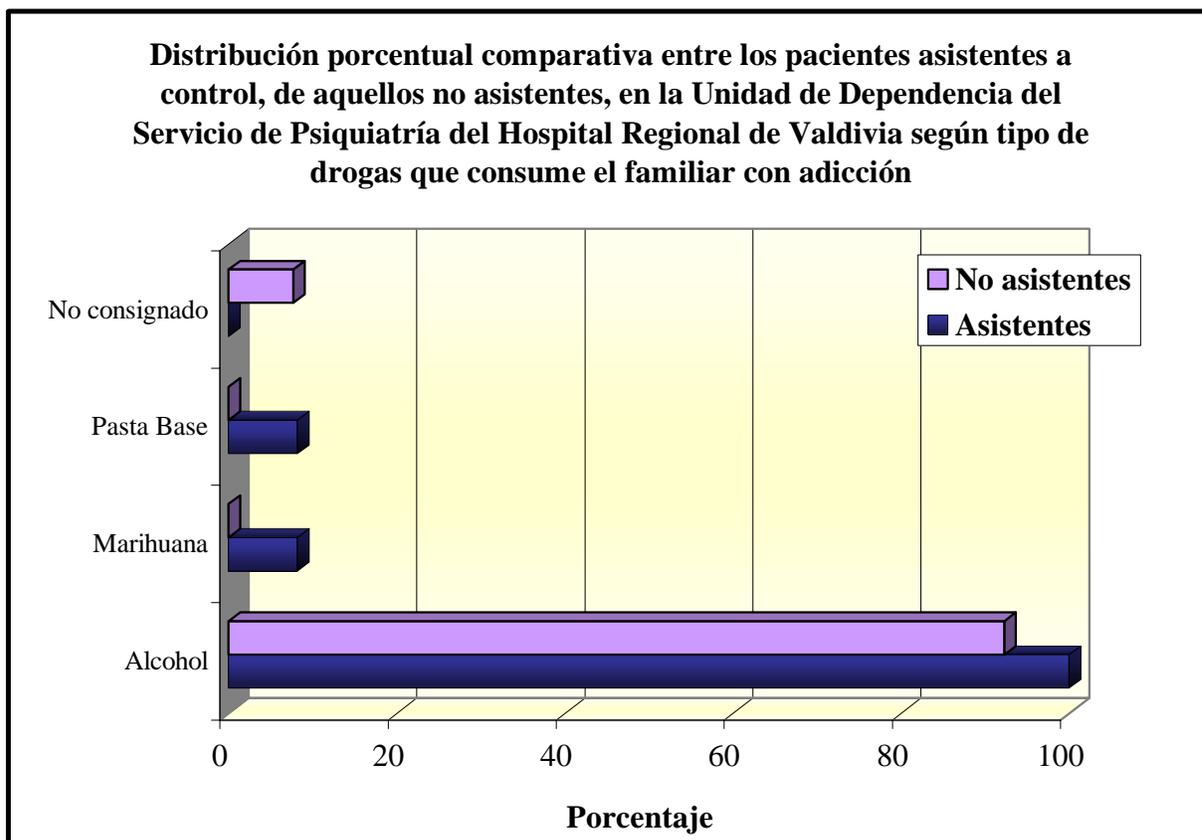
Distribución numérica y porcentual comparativa entre los pacientes asistentes a control, de aquellos no asistentes, en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Valdivia según tipo de vínculo del familiar con adicción

<u>Vínculo del familiar</u>	Grupo			
	Asistentes		No asistentes	
	f	%	f	%
Padre	30	61,2	9	60,2
Madre	6	12,2	0	0
Hermano /a	13	26,5	3	23,1
Abuelo /a	5	10,2	2	15,4
Tío /a	11	22,4	2	15,4
Primo /a	0	0	1	7,7
Total con adicción	49		13	

Nota: Al sumar los totales en número y porcentaje dan más que el número de individuos con algún familiar con adicción, esto se debe que existe para algunos más de un familiar con adicción.

De los pacientes asistentes a control con algún familiar con adicción, se observa que el 61,2 % tiene como familiar con adicción al padre repitiéndose la misma situación para los familiares de los pacientes no asistentes con un 60, 2 % para el padre. Al observar la tabla llama la atención que prácticamente 1 madre por cada 5 padres tiene alguna adicción y para los no asistentes no hay casos de madres con adicción. Otra situación que se da como segundo valor de importancia para los dos casos en estudio, es la adicción por parte de hermanos con un 26,5 % para los asistentes y 23,1 % para los no asistentes.

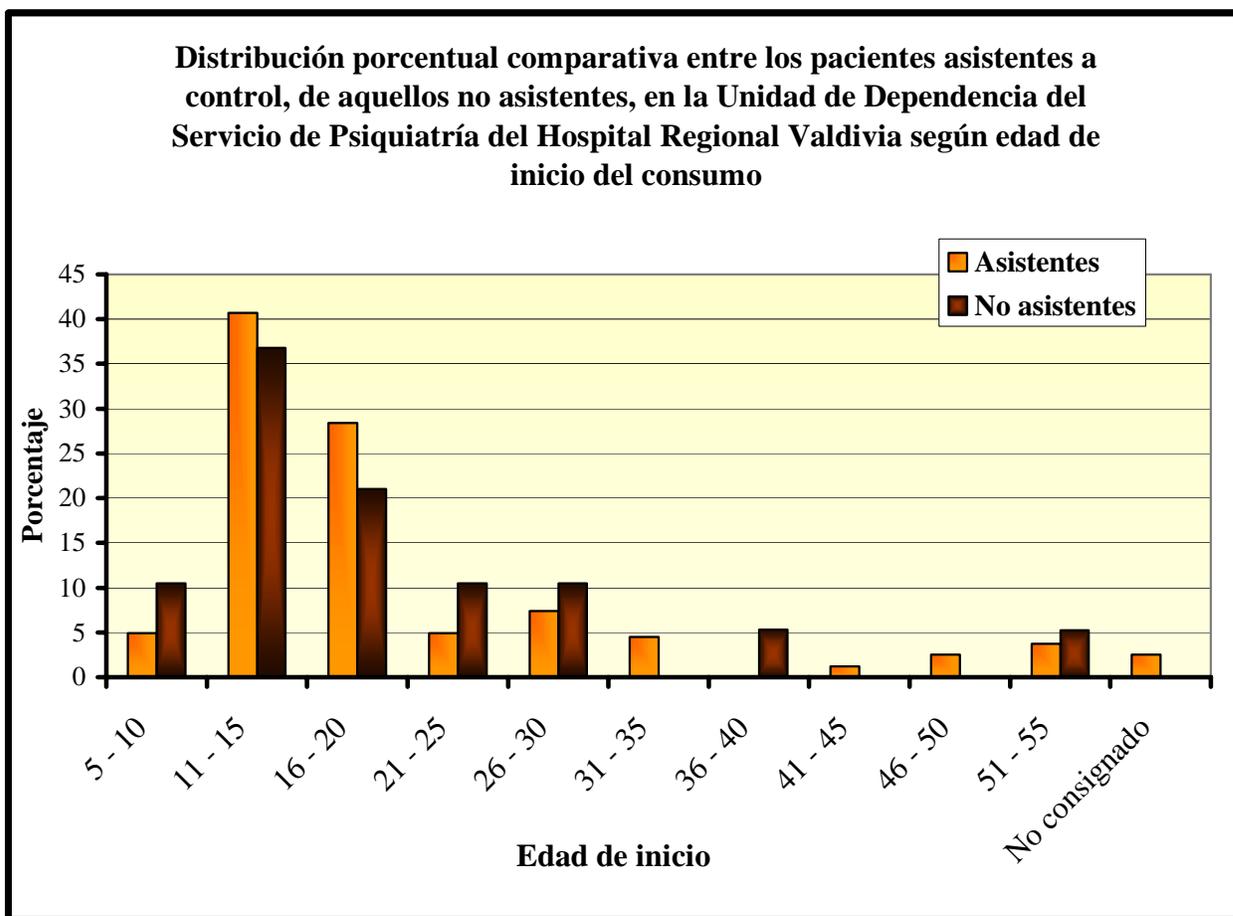
Gráfico N° 11



Nota: Al sumar el total de los porcentajes dan más del 100 % ya que existen individuos con más de una droga de consumo.

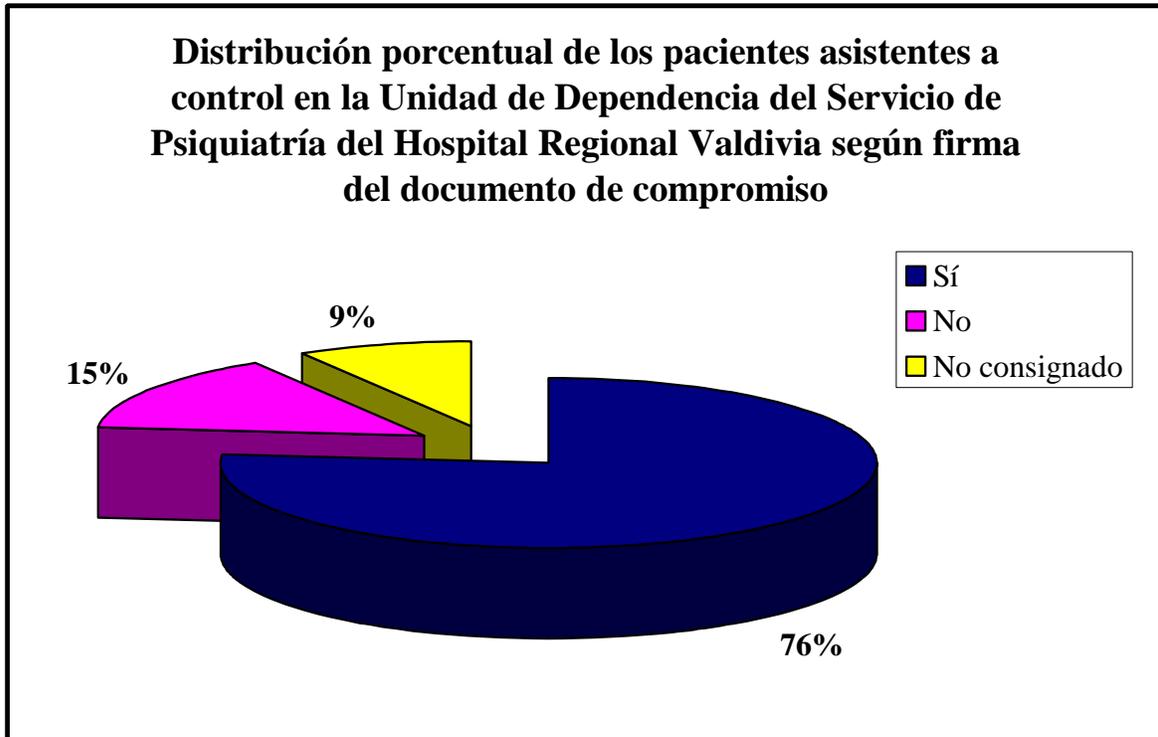
De los familiares con adicción de los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, se observa que el total de ellos tiene el alcohol como adicción y un 8,2 %, que corresponde a dos pacientes, consumen la combinación de alcohol + marihuana + pasta base. De los pacientes no asistentes a control, un 92,3 % consume alcohol y un 7,7 consume otra droga.

Gráfico N° 12



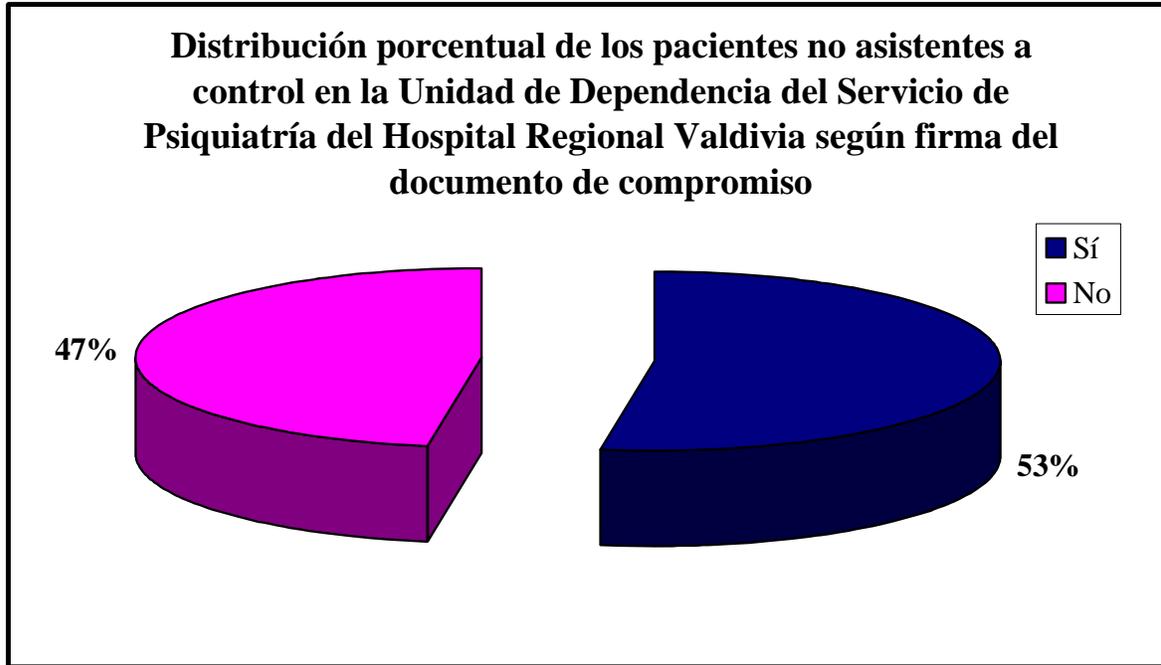
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, un 40,7 % inicia su consumo en el intervalo de edad de 11 - 15 años, repitiéndose esto mismo con un 36,8 % en los pacientes no asistentes. Otro grupo de la población se encuentra en el intervalo de 16 – 20 años con un 28,4 % para los asistentes y un 21 % para los no asistentes.

Gráfico N° 13



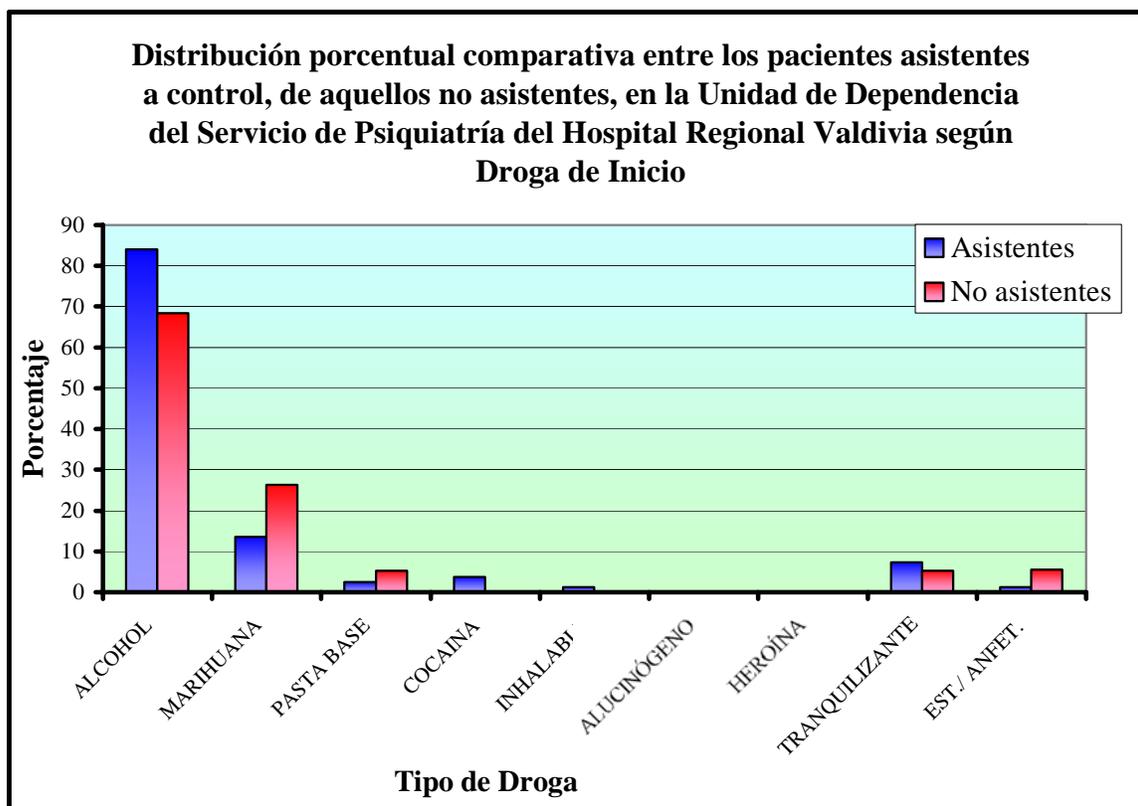
De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, de cada 10 pacientes 8 (76 %) firman el compromiso de seguimiento de tratamiento en la Unidad y 1 de cada 10 pacientes (15 %) no se compromete a firmarlo.

Gráfico N° 14



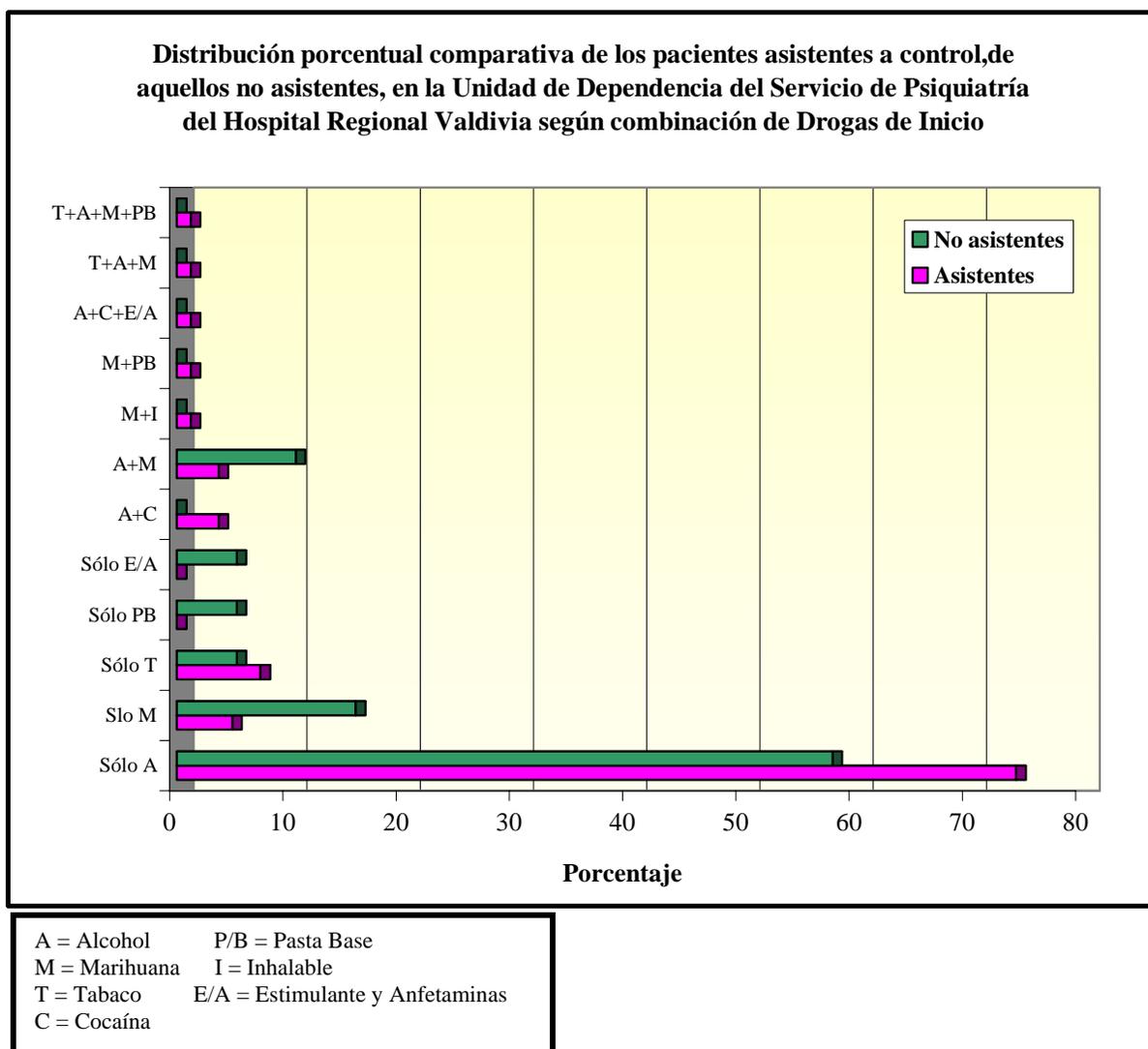
De los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, de cada 10 pacientes sólo 5 firman (53 %) el compromiso de seguimiento de tratamiento en la Unidad, lo que corresponde la mitad del grupo no asistente.

Gráfico N° 15



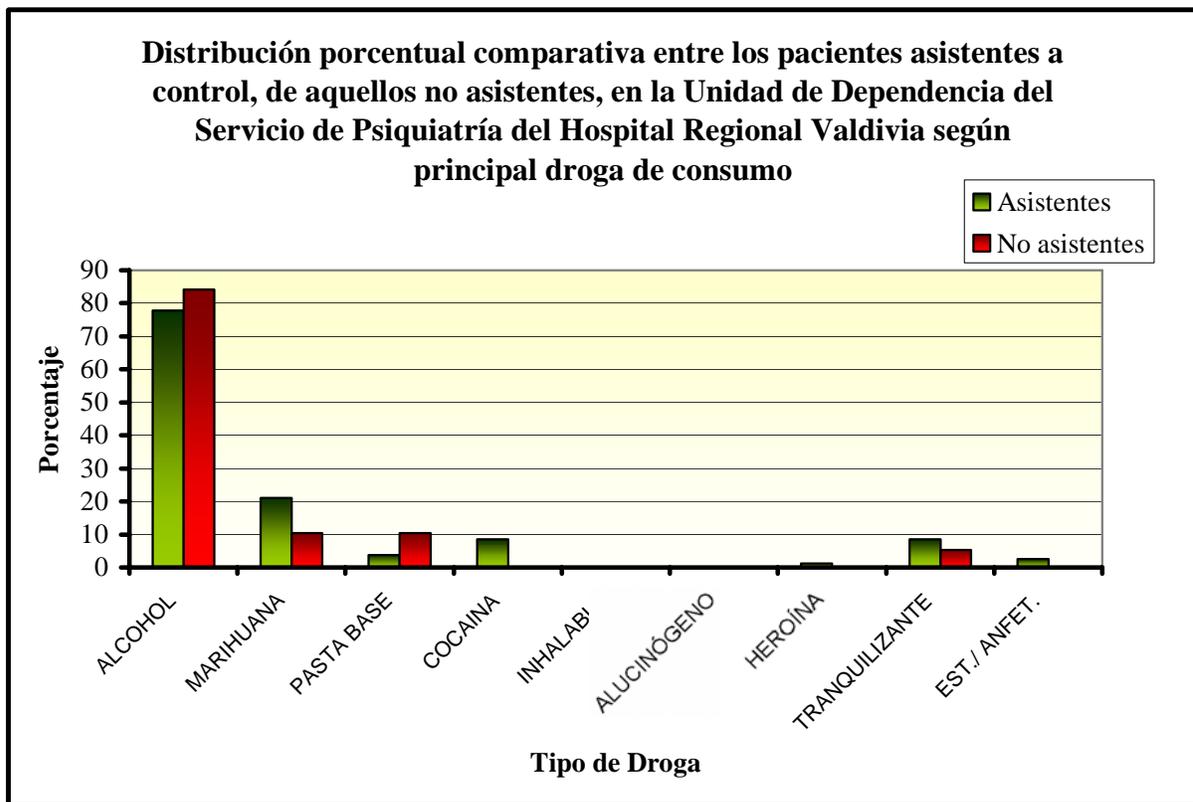
En el gráfico se puede observar que la principal droga de inicio del consumo para ambos grupos es el alcohol, con un 84 % para los pacientes asistentes a control y con un 68,4 % para los pacientes no asistentes a control. Como segunda droga de inicio se encuentra la marihuana, que para el grupo de los pacientes no asistentes alcanza un mayor porcentaje de 26,3 % en relación con un 13,5 % para los asistentes a control.

Gráfico N° 16



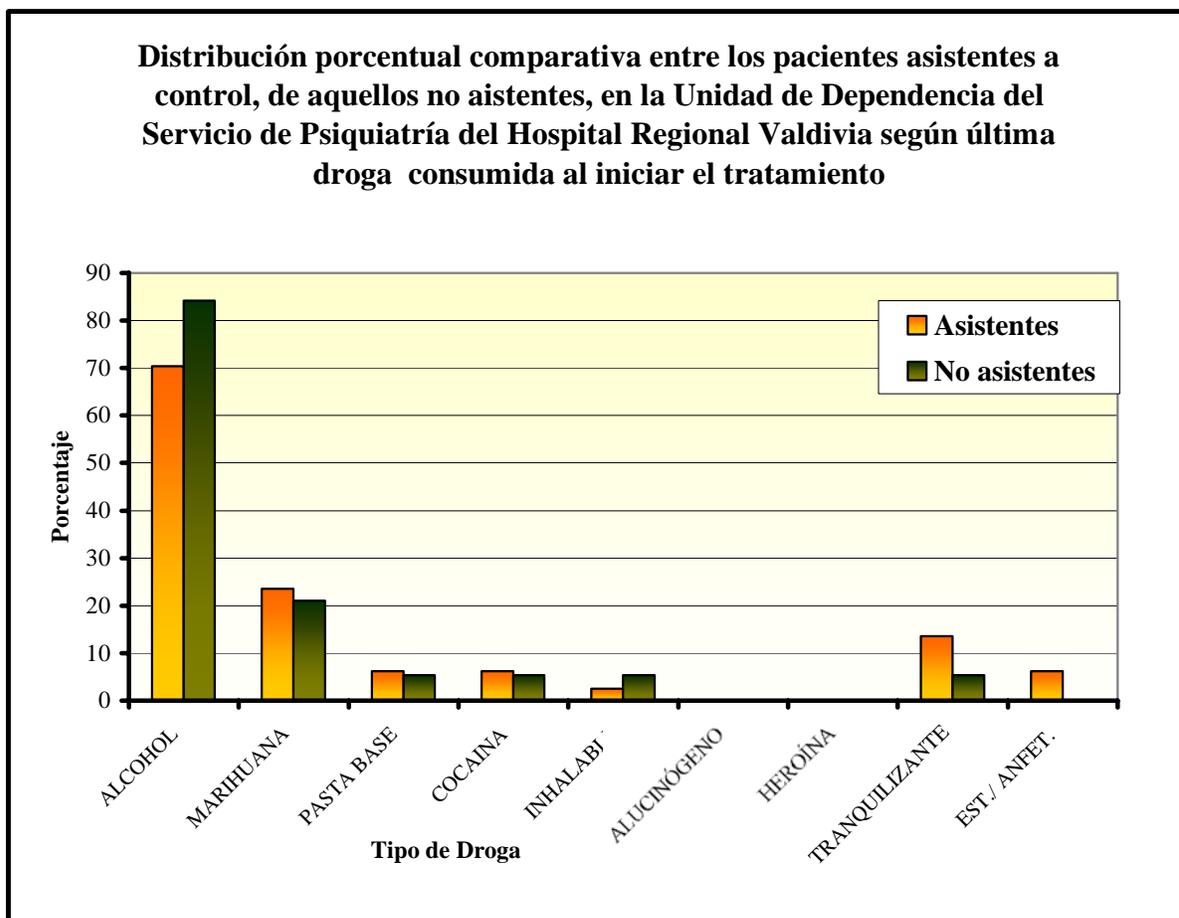
Con respecto a la combinación de tipos de drogas como inicio del consumo, se puede apreciar en el gráfico que, para los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio Psiquiatría, los mayores porcentajes se concentran en el consumo de un tipo de droga con un 57,9 % sólo para Alcohol, un 15,8 % sólo para Marihuana y sólo con 10,5 para la combinación de Alcohol + Marihuana. Para el grupo de los pacientes asistentes, tenemos que los valores más bajos, de 1,23 % , se repiten para las combinaciones de Tabaco + Alcohol + Marihuana + Inhalable y Marihuana + Pasta Base.

Gráfico N° 17



De los pacientes no asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, un 84,2 % tiene al alcohol como principal droga de consumo, siguiéndole en importancia la marihuana y pasta base con un 10,5 % para cada una. En el caso de los pacientes asistentes a control ocurre algo similar, un 77,8 % tiene el alcohol como principal droga, pero se aprecia un mayor consumo para marihuana con 21 % y 8,6 % para cocaína y tranquilizantes.

Gráfico N° 18



De los pacientes asistentes a control en la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría, un 79,4 % mantiene el alcohol como principal droga de consumo al momento de iniciar el tratamiento, manteniéndose lo descrito en el gráfico 17 en que el alcohol es la sustancia principal de consumo en los dos grupos. El mayor consumo de droga se repite para los pacientes no asistentes con un 84,2 %, manteniéndose la marihuana como segunda droga de importancia para los dos grupos, con un 23,5 % para los asistentes y un 21 % para los no asistentes. Dentro de los valores más bajos se encuentran los de la pasta base, cocaína, inhalable y tranquilizante con un 5,3 % para los pacientes no asistentes.

DISCUSIÓN

El consumo de sustancias legales o ilegales y sus trastornos relacionados tiene una alta prevalencia en nuestro país, prevalencia de consumo de drogas que muestra una creciente tendencia en los últimos años. Como sabemos, en el proceso de desarrollo de una dependencia intervienen factores de riesgo y factores protectores biopsicosociales, entre los que se encuentran: tener familiar de primer grado con dependencia, conflictos familiares, disponibilidad de la sustancia, rasgos de personalidad, marginación social entre otros.

En nuestro país, el año 2002 se reformuló la Política y Plan Nacional de Drogas del año 1993, dando origen a la Estrategia Nacional de Drogas 2003 – 2008. Esta estrategia apunta a reducir el consumo de drogas hacia el año 2008, diferenciando tres tipos de planes de tratamiento de acuerdo a las características clínicas y necesidades de atención de las personas.

La evaluación de dichos planes de tratamiento estuvo a cargo del Instituto de Salud Pública de la Universidad de Chile, señalando un déficit en la consignación del diagnóstico del problema del consumo y un alto porcentaje de abandono de los planes de tratamiento.

El presente estudio está dirigido a conocer y diferenciar las características de los pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Base de Valdivia que se mantienen en control en dicha Unidad de Dependencia, de aquellos que no continuaron su programa de tratamiento.

La gran mayoría de la población en estudio está constituida por pacientes de sexo masculino, destacándose que 2/3 de los pacientes que se mantienen como asistentes son varones. Resultados coincidentes con la tendencia nacional presentada por CONACE (año 2004) que mostró que la población masculina sigue siendo el principal consumidor, con una tasa de 7,9% y de 2,9% para el sexo femenino.

Aunque las pacientes mujeres no constituyen la mayoría, los miembros del equipo de la Unidad de Dependencia del Servicio de Psiquiatría reconocen que en los últimos tiempos se ha incrementado el número de consultantes de sexo femenino. Si se vincula identidad de género y condición laboral, en que el género femenino y la condición “ dueña de casa ” la asociación de ambos alcanza el 12,6 % para las asistentes y un 26,3 % para las no asistentes. Estas cifras muestran que el consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina ocurre dentro del ámbito del hogar, con sanción social más evidente que en los varones y por ello requiere estudiar otras estrategias o enfoques terapéuticos.

La edad de los consultantes que establecieron contacto con la Unidad de Dependencia, se ubicó para la gran mayoría entre los 40 – 49 años (42,1% para no asistentes y 27,2 % para asistentes). Para los consultantes con entre los 10 y 19 años de edad es de 11,1 % para los asistentes y de un 15,8 % para los no asistentes, cifra que asciende a un 13,6 % para los asistentes y es mantenida para los no asistentes en un 13,6 % para el rango entre 20 a 29 años de edad, cifras que adquieren relevancia si se considera que éstas son las edades en que las personas tienen un proyecto de vida más estructurado en donde de encuentren estudiando o comenzando la vida laboral.

La edad en que estos consultantes reconocen haber iniciado el consumo de sustancias psicoactivas muestra una media de 38,7 % para los consultantes con edades entre 10 y 15 años (40,7% para asistentes y 36,8% para los no asistentes), descendiendo a un 24,7% en el grupo etéreo 16 a 20 años de edad (28,4% para asistentes y 21,0% para los no asistentes).

La consideración del porcentaje de adolescentes consultantes y la edad en que los consultantes reconocen haber iniciado el consumo, se asemejan a los datos dados a conocer en diversos estudios epidemiológicos realizados en adolescentes y adultos jóvenes. Estudios que destacan que las características propias de la etapa de desarrollo en que se encuentra (tránsito entre la niñez y la adultez), su constante búsqueda de su propia identidad, aceptación social entre sus pares, agregados a antecedentes tales como marginalidad social, desestructuración familiar, escasez de posibilidades educacionales, cesantía, consumo intrafamiliar de drogas son factores facilitadores del consumo.

Resultados similares al Estudio de CONACE (año 2004), que indica que la población adolescente de nuestro país inicia el consumo de alcohol antes de los 15 años de edad, para luego continuar con otras drogas tales como marihuana, pasta base entre otras, especificándose que quienes a temprana edad han consumido marihuana generalmente han empleado alcohol con antelación y, por el contrario, en quienes el consumo de alcohol se inicia a edades más tardías, decrece el consumo de marihuana.

El tipo de familia en que están insertos estos consultantes difiere según constituyan el grupo de asistentes o no asistentes, la gran mayoría de pacientes asistentes con un 44,4%, están dentro de una familia de tipo nuclear y en los no asistentes, el 42,2% pertenecen a una familia de tipo extensa.

La adherencia y continuidad al programa de tratamiento es mayor al estar inserto, en una familia nuclear que en una familia extensa. Este hallazgo, probablemente esté influenciado por varios factores entre los cuales señalaremos: no todos los miembros de la familia o grupo de convivencia valoran afectiva y cognitivamente de igual manera la necesidad de abandonar el consumo; sus miembros no están efectivamente dispuestos a mantener un compromiso de largo plazo con el usuario; grupo familiar con límites difusos; con miembros muy disfuncionales y que exista consumo y/o tráfico de sustancias en otro miembro haciendo menos posible lograr la suficiente motivación para modificar conductas y estilos de vida.

Contar con pareja al iniciar el contacto, tampoco ofrece garantía en la adherencia y continuidad al programa de tratamiento, posiblemente la mayoría de estos consultantes estén en medio de un conflicto de pareja, relacionado con el consumo y/o sus consecuencias y su red de apoyo familiar y social que, debido al consumo, se ha tornado precaria .

Al considerar el estado civil de estos pacientes, al iniciar el contacto con la Unidad de Dependencia, se muestra que en el grupo de asistentes el 37,0% son solteros, seguidos de un 27,2% que son casados y en el grupo de los no asistentes la mayoría tiene relación de pareja (37,0% convivencia y 31,6% casados).

En ambos grupos en estudio encontramos que un alto porcentaje cuenta con uno o más familiares con adicción (60% para asistentes y 69% para los no asistentes). El vínculo de consanguinidad más alto para ambos grupos es el padre, familiar de primer orden de consanguinidad que en el 90 % emplea alcohol como sustancia de abuso o dependencia.

Un 67,8 % de los consultantes que mantiene adherencia al programa y el 42,2% de los no asistentes, tenían antecedentes de contactos previos con esta Unidad de Dependencia u otras, lo que nos muestra indirectamente las recaídas. Los profesionales que trabajan con estos usuarios constatan que las recaídas forman parte de una conocida trayectoria en forma de espiral del proceso de la mayoría de las personas que desea modificar una conducta adictiva.

Este importante grupo de usuarios con antecedentes de contactos previos nos permite plantear que, en los contactos anteriores, estos pacientes no llegaron a considerar necesario el cambio de conducta porque aún no lo percibían como un problema; los aspectos gratificantes (ganancias) eran superiores a las aversivas (pérdidas); anteriormente sólo consultaron presionados por terceras personas con el objetivo de conseguir que la presión familiar – laboral disminuyera o desapareciera, pero no contaban con una red social con conciencia real del problema. Un estudio realizado en pacientes alcohólicos en Santiago de Chile (año 1996) concluye que factores causales como el de abandono está relacionado con la tardanza en la solicitud de ayuda por parte del paciente y la multicausalidad que interviene en el desarrollo de la dependencia.

El antecedente de consultas anteriores , abandonos y recaídas, se puede vincular con la principal forma de acceso (Vía de entrada) a la Unidad de Dependencia, derivaciones desde Atención Primaria con un 52% y 57% para los no asistente y asistentes respectivamente; mostrándonos que el nivel Primario de Atención en Salud está efectivamente brindando atención a estos usuarios, derivando al nivel secundario y terciario pacientes complejos (pacientes con trastornos de personalidad, trastornos psiquiátricos asociados, entre otros).

CONCLUSIONES

La revisión de los antecedentes de la población en estudio nos lleva a destacar algunos hallazgos:

A mayor nivel educacional de los usuarios existe una mayor comprensión de las consecuencias físicas y sociales que conlleva la drogodependencia y los beneficios que implica la aceptación y adherencia al plan de tratamiento.

Pertenecer a familia de tipo nuclear es un factor de mejor pronóstico, ya que entre sus miembros probablemente existe un contacto más estrecho reafirmando los lazos de pertenencia con las intervenciones de apoyo psicosocial.

Los pacientes sin antecedentes de contactos anteriores para abordar su dependencia, no siempre están dispuestos o preparados para aceptar la abstinencia del consumo e iniciar un plan de tratamiento.

Aquellos usuarios dependientes, que han tenido uno o más intentos previos de tratamiento, con mejor nivel educacional, insertos en familias nucleares logran una mayor adherencia al programa de tratamiento.

En el contacto inicial no se logra establecer un diagnóstico de trastornos psiquiátricos, de personalidad afectivo o conductual asociados, que fue determinante en el comienzo del consumo, o si el consumo y sus consecuencias determinan los trastornos que presenta al consultar a pesar que el consumo haya cesado.

La importancia de identificar junto con el familiar u otro miembro de la red de apoyo las conductas de riesgo asociadas sin focalizarse exclusivamente en el patrón de consumo.

Es importante que los equipos clínicos se preparen para potenciar y profundizar el conocimiento teórico, desarrollen habilidades y competencias clínicas, establezcan alianzas más tempranas con el consultante y los miembros de su red de apoyo .

BIBLIOGRAFÍA

Citación bibliográfica según Harvard-APA

Bibliografía:

- (1) Chile. Ministerio de Salud. (1993). *Normas y Programativas en Beber Problema: consumo perjudicial y dependencia alcohólica*. p.53 Capítulo 6. p.81-87 Capítulo 8.
- (2) Chile. Ministerio de Salud. Garantías Explicitas en Salud (GES) año 2006. *Consumo perjudicial de alcohol y drogas en adolescentes de 10 a 19 años* (Borrador en revisión) 34 p.
- (3) Chile. Ministerio de Salud. (1999). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiátrica*. p.106 a 116. Capítulo III.
- (4) Chile. Ministerio de Salud. (2000). *Las Enfermedades Mentales en Chile: magnitud y consecuencias*. p.12 a 32. Capítulo I.
- (5) Chile. Ministerio de Salud. (2006). *Programa de Atención y Reeducción de Personas con Beber Problema y Sanciones por la Ley de Alcoholes*. p.56.
- (6) Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (2000). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para diagnósticos*. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropicas.
- (7) Alvarado, L., Aracena, L., Rojas, A., Thomas, E. (1996) *Características predictivas coadyudantes a la rehabilitación integral del enfermo alcohólico*. Cuadernos Médicos – Sociales XXXVII, 2, 1996. Tema central: Salud mental. P.53-57.
- (8) Universidad Austral de Chile; Escuela de Enfermería. Castro Riquelme, Andrea (2005). *Estudio descriptivo de los jóvenes con problemas de consumo y/o adicción a sustancias psicoactivas asociado a dos variables psicosociales: “ apoyo afectivo y estilos de vida”* Tesis, 2003.

- (9) Universidad Austral de Chile; Escuela de Enfermería. Fuentes, Valeska (2005). *Estudio descriptivo del consumo de tabaco en estudiantes de primero y cuarto año de la escuela de enfermería de la U.A.CH.* Tesis, Primer semestre año 2005.
- (10) Universidad Austral de Chile; Escuela de Enfermería. Altamirano, Jeanette (2005). Grupo de autoayuda: Perfil de los integrantes de alcohólicos anónimos, “Nuevo Amistad”, Valdivia. Tesis,2004.
- (11) Tomas Baader Docente Instituto de Psiquiatría de la U.A.CH. (2005). *Dependencia química.* Apuntes de clases (power point)

Referencias electrónicas:

- 12 <http://www.munivaldivia.cl/dideco/psociales/previene/doc-previene.html>
Recopilado el 27 de agosto del 2006
- 13 <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion14/M3L14Leccion.html>
Recopilado el 17 de junio del 2006
- 14 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000300002&script=sci_arttext revista chilena de neuropsiquiatría
Recopilado el 26 de agosto del 2006
- 15 http://www.conacedrogas.cl/inicio/noticia_detalle1.php?sec=75
Recopilado el 28 de agosto del 2006
- 16 http://www.conace.cl/inicio/pdf/Res_Ejecutivo_Escolares_2005_julio_10_06.pdf
Recopilado el 4 de septiembre del 2006
- 17 http://www.drogas.cl/drogas_detail.htm
Recopilado el 7 de septiembre del 2006

- 18 http://www.conace.cl/inicio/pdf/Informe%20Alcohol%20Dic_2003.pdf
Recopilado el 9 de septiembre del 2006
- 11 <http://www.conace.cl/inicio/rehabilitacion.php?tipo=5>
- 12 <http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/UsodrogasestudianteseducacionsuperiorCONACE2004.pdf>
Recopilado el 9 de septiembre del 2006
- 13 http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Obser_ok.pdf
Recopilado el 4 de julio del 2007
- 14 <http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/UsodrogasenjovenesSextoEstudioCONACE2004.pdf?PHPSESSID=af8478a3e9258b2af9e539afb06b0186#search=%22sexto%20estudio%20conace%202004%22>
Recopilado el 9 de septiembre del 2006

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ACTIVO / **INASISTENTE** / **ABANDONÖ**

1. EDAD 2. SEXO: MASCULINO FEMENINO

3. RELIGIÓN: CATÓLICA EVANGÉLICA OTRA

4. FECHA DE ENTREVISTA DE ACOGIDA / /

5. ASISTE ACOMPAÑADO A LA ENTREVISTA DE ACOGIDA **SÍ** **NO**

CON QUIÉN: _____

Nº DEL CASO

**Nº FICHA INTERNA
PSIQUIATRÍA**

6. NIVEL DE ESCOLARIDAD

1) Básica 1-2-3-4-5-6-7-8
 2) Media 1-2-3-4
 3) Superior Técnica 1-2-3-4
 4) Superior Universitaria 1-2-3-4-5
 5) N C
 6) Sin escolaridad

..... ,

7. ESTADO CIVIL

Soltero/a
 Casado/a
 Conviviente
 Separado/a
 Viudo/a

8. CONDICIÓN LABORAL

Estudiante
 Trabajo fijo o permanente
 Trabajo ocasional
 Dueña de casa
 Retirado/ Jubilado
 Cesante

9. TIPO DE FAMILIA

Familia nuclear
 Familia nuclear incompleta
 Familia nuclear ampliada
 Familia extensas
 Familia reconstituída
 Familia nuclear
 Familia nuclear incompleta

10. NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO CONVIVENCIA

13. EN CASO DE NO ESTAR EN TRATAMIENTO ESPECIFICAR CAUSA DE ABANDONO

Desinterés
 Laboral
 Traslado de domicilio (otra ciudad)
 Término del ciclo de tratamiento

14. FECHA DE ÚLTIMO CONTROL:

.....,.....,.....

11. VIVE CON

Cónyuge
 Hijos
 Nietos
 Hermanos
 Primos
 Sobrinos
 Otros

12. ANTECEDENTES PREVIOS

Psicólogo
 Psiquiatra
 Enfermera
 Asistente Social
 Sin tratamiento

17. SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR SE MARCÓ SÍ, QUÉ VÍNCULO TIENE CON EL PACIENTE

Padre
 Madre
 Hermano/a
 Tio/a
 Primo/a.
 Abuelo/a

18. TIPO DE DROGA QUE CONSUMIA EL FAMILIAR CON ADICCIÓN

Tabaco
 Alcohol
 Marihuana
 Pasta Base
 Cocaína
 Otra

15.- DECISIÓN DE LA CONSULTA

Espontánea
 Presión familiar / Amigo
 Colegio
 Laboral
 Judicial
 Centro de salud
 Otro

16. EXISTEN ANTECEDENTES DE ALGÚN FAMILIAR CON ADICCIÓN:

SÍ **NO**

**RESPECTO AL SUJETO
EN ESTUDIO:**

19. EDAD DE INICIO DEL CONSUMO

años

22. FIRMA EL COMPROMISO TERAPÉUTICO

SI NO

20. TIPO DE DROGA ADICCION

	INICIO	PRINC.	SECUND.
Tabaco			
Alcohol			
Marihuana			
Pasta Base			
Cocaína			
Inhalable			
Alucinógenos			
Heroína			
Tranquilizante			
Estimulantes./ Anfetaminas			
Otros			

23. FECHA DE ÚLTIMO CONSUMO

/ /

**24. NÚMERO DE SESIONES ATENDIDAS POR
LOS SIGUIENTES PROFESIONALES**

Asistente Social	<input type="text"/>
Psicólogo	<input type="text"/>
Psiquiatra	<input type="text"/>
Enfermera	<input type="text"/>

21. ULTIMA (S) DROGA (S) CONSUMIDA (S)

a) Tabaco	<input type="text"/>
b) Alcohol	<input type="text"/>
c) Marihuana	<input type="text"/>
d) Pasta Base	<input type="text"/>
e) Cocaína	<input type="text"/>
f) Inhalable	<input type="text"/>
g) Alucinógenos	<input type="text"/>
h) Heroína	<input type="text"/>
i) Tranquilizante	<input type="text"/>
j) Estimulantes./ Anfetaminas	<input type="text"/>
k) Otros	<input type="text"/>

Resultado:

NOTA: Datos **No Consignados** se registrará con las siglas **NC**, en donde corresponda.