



VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

Jose Manuel Torres Ramos

Hospital Docente Clínico Quirúrgico

torretoncu57@yahoo.es
torres@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

Proporciones variables de individuos en la población mundial presentan problemas en su salud biológica y psicológica, y en sus relaciones interpersonales y sociales debido al consumo de alcohol y otras drogas.

Objetivo: Valoración de los pacientes ingresados en centro de rehabilitación a adicciones de Intibuca. Honduras, enero 2011 a enero 2013.

Método: Estudio analítico, observacional prospectivo. Universo: 77 pacientes ingresados en dicho periodo de tiempo. Se realizó Historia Clínica y encuesta sobre diversas variables.

Resultados: el grupo de 20-29 años resulto más significativo entre los ingresos con 33,76%, el 42,85% casados, los agricultores y los carentes de empleo representaron el 29,87% cada uno. Estudios primarios en el 40,25%. Ingreso compulsivo familiar en 58,44%, iguales cifras presento el ingreso primario. Comienzo del consumo de drogas antes de los 15 años (48,05%). El alcohol resulto la droga de mayor consumo (44,54%). El síndrome de dependencia presento cifras de 31,16%. La estadia menor de 7 das resulto mayoritaria (31,16%) y el abandono del tratamiento con 66,23% el mayor número de egresos. Evolución mala en 51,90%, considerando el alcoholismo como vicio el 51,90%. Cifras de 45,45% consideraron la afectación económica como básica, 49,35% dicen consumir drogas por mala influencia y el 74,02% desconoce los daños psicológicos que provocan las drogas.

Conclusiones: Predominaron los adultos jóvenes, solteros, agricultores y sin empleo, bajo nivel escolar, ingresados compulsivamente por la familia, nivel de ingreso primario. Inicio del consumo en la adolescencia, siendo el alcohol la droga de mayor consumo y el síndrome de dependencia la mayor complicación. Menos de 7 días fue el tiempo de ingreso mayoritario y los egresos mayoritariamente fueron por abandono del tratamiento, siendo mayor la mala evolución. La drogadicción fue considerada como un vicio y la afectación fundamental en las personas seria la económica, la mala influencia el motivo del inicio del consumo y desconocen los daños que puede provocarles.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

I-INTRODUCCION

El hombre en la necesidad de entender los fenómenos que lo rodeaban, su estado anímico y su comportamiento, así como el enfrentamiento a las adversidades y desgracias decidió recurrir a los dioses en busca de respuestas y al uso de sustancias cuyo consumo le provocaban cambiar su percepción del mundo.

Muchas de las sustancias naturales que pueden crear adicción como el tabaco y el café fueron descubiertos de forma casual (1.2).

Similar comportamiento presenta el alcohol, sustancia que desde sus inicios ha estado relacionada con rituales y fiestas. Su consumo y efectos se hallan relacionados en libros tan antiguos como la Biblia (3)

Proporciones variables de individuos en la población mundial presentan problemas en su salud biológica y psicológica, y en sus relaciones interpersonales y sociales debido al consumo de alcohol y otras drogas.

El alcohol es considerado como droga portera porque facilita el consumo de otras drogas legales como los psicofármacos, así como drogas ilegales como la cocaína, marihuana y otras generadas en los laboratorios (4). Como es conocido, es la drogodependencia más expandida en el mundo, con la característica de ser la única sustancia adictiva institucionalizada, que la sociedad maneja con toda libertad. El alcohol reduce en aproximadamente 10 años la expectativa de vida y produce más fallecimientos que el abuso de cualquier otra sustancia.

Reportan cada año más de 200.000 decesos vinculadas con su uso (5), las principales causa son el suicidio, los homicidios, el cáncer, las enfermedades cardíacas, las hepáticas y más de la mitad de los accidentes del tránsito clasificados como graves.

En la actualidad, el alcoholismo es considerado como un fenómeno universal que constituye uno de los primeros problemas de la salud pública en la mayoría de los países del mundo, y está catalogado como el tercer problema sanitario de gravedad, precedido solamente por las enfermedades neoplásicas y los procesos cardiovasculares.

En países de África y Asia se han perdido gran parte de los antiguos controles sociales o religiosos que existían décadas atrás, mientras que en los países occidentales se ha desarrollado un estilo de vida caracterizado por un consumo exagerado, lo que ha dado como resultado que cerca del 70% de la población mundial consuma bebidas en diferentes proporciones y que de ellas el 10% aproximadamente pasarán a convertirse en alcohólicos en el curso de sus vidas. (5)

Según los cálculos de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) el alcoholismo en América Latina afecta a unos 38 millones, cifra representativa de casi el 10% de la población adulta en una proporción de 10,4 hombres por cada mujer. La Organización Mundial de la

Salud (O.M.S) en su Programa Alcohol-Droga-Tabaco señala que Europa es el continente con el más alto consumo, producción y exportación de alcohol a nivel mundial dando cifras de más de 55000 jóvenes fallecidos por el abuso del Tóxico (6).

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

Alcohol y tabaco son 2 factores independientes de daño cerebral y sus efectos se potencian mutuamente y combinados producen mayor daño encefálico que el producido por separado (7)

Proporciones variables de individuos en la población mundial presentan problemas en su salud biológica y psicológica, y en sus relaciones interpersonales y sociales debido al consumo de alcohol y otras drogas.

El consumo de drogas constituye hoy el principal problema de salud pública de los países desarrollados, pero también para los países en vías de desarrollo se ha convertido en uno de los más graves.

El consumo de cocaína es, sin duda, uno de los principales problemas socio-sanitarios de la actualidad. A las severas repercusiones sociales y la grave problemática legales se ha de sumar el daño físico que dicho consumo supone.

Algunos datos recientes de diversas organizaciones y estamentos nacionales e internacionales reflejan esta preocupación. Resulta ser la droga ilegal, tras el cannabis, más consumida en la

Unión Europea, con una prevalencia de vida del consumo en Europa de más de 12 millones de personas (4% de la población adulta). España es el país europeo con mayores tasas de consumo (3 % en el año 2005), y probablemente se hayan superado incluso los niveles de consumo de EEUU. (8)

Los países del Hemisferio reconocen que el uso indebido de drogas constituye una grave amenaza a la vida y la salud, no sólo de quien las consume, sino también para la comunidad en general.

Si consideramos los últimos datos sobre la drogadicción aportados por distintas fuentes e instituciones europeas, la edad a la que se empieza a tener contacto con las drogas es cada vez menor y sobre todo, cada vez se siente menos como un problema entre los jóvenes, lo que supone que no se valore en su justa medida

Este breve comentario justificaría más que sobradamente la necesidad de tratar el tema del consumo de drogas y sus efectos en todas las etapas de la vida

Aun cuando las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, hoy son más las personas que consumen drogas, hay más cantidad y hay más facilidades para conseguirlas

Cuando se realiza una encuesta siempre sale nombrado dentro de los 5 primeros lugares el "problema de drogas". Y cuando se consulta a la gente el porqué de este problema siempre se nombra como un problema de pobres y marginales.

Y hace mucho tiempo que dejó de ser un problema callejero y de marginales, y esto ocurrió cuando las drogas fueron el mejor negocio para algunos y la peor desgracia para otros.

El consumo de sustancias es cada vez más permisivo, esto hace creer a las personas "que no sucede nada si se consume".

Todo lo anterior y el trabajar en un Proyecto de Tratamientos a pacientes con Adicciones, nos llevó a la realización del presente trabajo.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

II- OBJETIVOS

General

- 1- Valoración de los pacientes ingresados en centro de rehabilitación a adicciones de Intibuca. Honduras. Enero 2011 a Enero 2013.

Específicos

- 1- Conocer algunas variables demográficas de los pacientes ingresados.
- 2- Establecer el modo de ingreso y las veces que ha requerido de estos.
- 3- Averiguar edad de comienzo de la drogadicción.
- 4- Investigar tipo de droga de consumo preferentemente y diagnostico psicopatológico presente en los pacientes ingresados.
- 5- Precisar estadia, evolución y egresos de los pacientes esrudiados.
- 6- Comprobar conocimientos del daño que pude provocar el alcohol como droga portera.

III-DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio analítico, observacional prospectivo en pacientes ingresados en centro de Rehabilitación a adicciones de Intibucá, Honduras de Enero 2011 a Enero 2013. El universo de estudio estuvo conformado por un grupo de 77 pacientes ingresados en dicho Periodo de tiempo.

Técnicas y procedimientos

Técnicas de recolección de información

A cada paciente ingresado se le realizo una Historia Clínica y además una encuesta donde fueron recogidas diversas variables como edad, sexo raza, estado civil, actividad laboral que realizaban, nivel de escolaridad, ingresos y datos referidos a su adicción. Además se le realizo

Examen Psiquiátrico y estudios complementarios diagnósticos necesarios a los que así lo requirieran

Método estadístico

Los datos fueron almacenados y procesados, aplicándose método estadístico de %. Los resultados más relevantes se representaron en tablas elaboradas para este efecto que facilitaron su comprensión.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

IV- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados, los cuales se discuten ampliamente apoyados además por la literatura revisada.

La Tabla 1 muestra los ingresos por grupos etareos. Existió un predominio del grupo etareo de 20-29 años con 26 ingresos que significaron el 33,76%, seguido del grupo etareo de 30-39 años con 18 ingresos y el 23,37%, lo que evidencia que más de la mitad de los ingresados de hallan en plena etapa productiva de la vida, y llama la atención que seguidos a estos, las cifras más significativas lo fueron las del grupo etareo de 15-19 años con el 16,99%, etapa está en que saliendo de la adolescencia y entrando en la juventud, se deben formar y consolidar los valores éticos, morales, sociales y familiares, que permitan en el futuro un desarrollo armónico de la personalidad con la sociedad. La pubertad y la adolescencia son un tiempo de cambio.

Tabla 1: ingresos por grupos etareos

GRUPOS ETAREOS	No	%
DE 15 A 19 AÑOS	13	16,88
DE 20 A 29 AÑOS	26	33,76
DE 30 A 39 AÑOS	18	23,37
DE 40 A 49 AÑOS	9	11,68
SE 50 A 59 AÑOS	5	6,49
MAS DE 60 AÑOS	6	7,79

Los adolescentes son curiosos y desean hacer las cosas a su manera. Pero la presión para adaptarse podría dificultarles el hecho de resistirse al alcohol sí parece que todo el mundo lo está probando (9).

La tabla 2 muestra el estado civil de los pacientes ingresados donde existe un predominio de solteros con 42,85% (33 ingresos), seguidos muy de cerca por el estado civil casado y la unión libre con 21 y 19 ingresos y respectivos 27,27 % y 24,67%. Se hace evidente que la soltería al presentar menos obligaciones y responsabilidades familiares y por tanto mayor su poder adquisitivo y ser mucho mayor su tiempo libre para relacionarse con los demás posibles consumidores, así como el no hacer buen uso de dicho tiempo, que estos factores constituyen factores de riesgo para la drogadicción (10).

Tabla 2: estado civil

ESTADO CIVIL	No	%
CASADOS	21	27,27
SOLTEROS	33	42,85
UNION LIBRE	19	24,67
DIVORCIADOS	3	3,89
VIUDOS	1	1,29

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

La tabla 3 muestra la actividad laboral realizada por los pacientes ingresados, siendo los agricultores y los sin empleo con 23 casos cada uno, significativo de un 29,87, los mayormente representados, seguidos muy de cerca por los empleados con un 28,57%(22 pacientes). La desvinculación del estudio y el trabajo constituyen un indudable factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, aspecto este que también ha sido corroborado por otros autores 10,11.

Tabla 3: actividad laboral

CATEGORIA	No	%
PROPIETARIOS	3	3,89
EMPLEADOS	22	28,57
AGRICULTORES	23	29,87
ESTUDIANTES	6	7,79
SIN EMPLEO	23	29,87

La tabla 4 recoge los niveles de escolaridad de nuestros ingresos, destacándose el nivel primario con 31 pacientes, el 40,25%, seguidos por el nivel medio con 23 ingresos y 29,87%. Si sumamos ambos niveles observaremos que ocupan más del 70%(54) de los casos, incrementándose al 84,40% si se le son agregados los analfabetos, lo cual nos lleva a pensar que los bajos niveles de escolaridad constituyen un gran factor de riesgo para las toxicomanías. Por lo tanto debemos reflexionar que la desvinculación del estudio constituye un obvio factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas sobre todo en países desarrollados donde un número importante de adolescentes no tienen ni siquiera la enseñanza primaria concluida, pero no debemos olvidar que la drogadicción puede afectar a cualquier individuo independientemente de la edad, raza, nacionalidad o nivel escolar 12... Así, el Dr. Rafael Frías Pita en su trabajo PATOLOGÍAS CLÍNICAS ASOCIADAS A LAS TOXICOMANÍAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE PLAYA (2009-2013) plantea: Con relación al nivel de escolaridad predominaron los niveles universitario y preuniversitario para ambos sexos demostrando una vez más que no se trata de un universo de discapacitados educacionales¹³.

Tabla 4: nivel de escolaridad

NIVELES	No	%
PRIMARIO	31	40,25
MEDIO	23	29,87
BACHILLER	9	11,68
UNIVERSITARIO	3	3,89
ANALFABETO	11	14,28

El modo de ingreso es recogido en la tabla 5, reflejándose que la forma compulsiva resulto ampliamente mayoritaria con 53 ingresos para un 68,82%, sobre todo en lo referente a la familia, que apporto más de la mitad de los casos. Raramente las personas de bajo nivel educacional como son las presentes en este estudio, se presentan de forma voluntaria para realizar tratamientos de desintoxicación y deshabituación.

No siempre resulta fácil lograr que sea el propio paciente quien reclame esta atención médica, por lo que en la mayoría de las veces llega después de muchos años de enfermedad, cuando está

16º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis
2015 www.interpsiquis.com - Febrero 2015
Psiquiatría.com

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

seriamente complicado, en una urgencia médica, un problema legal o un grave conflicto familiar. Por otra parte, la intervención de urgencia está relacionada con situaciones conflictivas acompañadas de una alta carga dramática de demandas familiares, relacionadas a actos de violencia hogareña, maltrato físico, carencia de atención a menores, u otras, que conllevan a un manejo psicoterapéutico en el cual quedará involucrada la familia 5.

Tabla 5: modo de ingreso

MODO DE INGRESO		No	%
VOLUNTARIO		24	31,16
COMPULSIVO	FAMILIA	45	58,44
	LEGAL	8	10,38

La tabla 6 refleja el número de ingresos realizados por estos pacientes para tratamiento de rehabilitación de adicciones, en ella se hace referencia a los ingresos producidos en este centro donde realizamos la investigación. No se tuvo en cuenta los ingresos realizados en otros centros de características similares, aunque si fue reconocido por los pacientes haberlo hecho en otros lugares, la mayoría de estos con recaídas después de los 6 meses. Se observa que más del 58% son primarios (45 pacientes), lo que hace creer que su evolución sería favorable, al iniciarse por vez primera en este tipo de tratamiento y que las personas con reingresos podrían aprovechar sus experiencias anteriores y crearse un nuevo estilo de vida. Frías en su estudio Patologías clínicas asociadas a las toxicomanías, observo que el 73,6% de los pacientes estudiados habían recibido tratamiento de deshabituación anteriormente¹³.

Tabla 6: número de ingresos

NUMERO DE INGRESO	No	%
PRIMARIO	45	58,44
SECUNDARIO	23	29,87
TERCIARIO	9	11,68

Este dato nos demuestra el poder altamente adictivo de las drogas tanto legales como ilegales, el alto poder de dependencia o esclavitud que ocasionan, tanto desde el punto de vista psíquico como biológico.¹⁴.

La tabla 7 donde se explica la edad de comienzo de la ingestión, nos aporta que 37 pacientes representativos de un 48,05% son menores de 15 años y 23 pacientes, el 29,87% se encuentran en el grupo etareo de 15- 19 años, lo cual nos lleva a la cifra de 60 pacientes o sea el 77,92% de los casos. Resulta preocupante que casi el 80% de una población estudiada por drogadicción se encuentre en la etapa infantojuvenil de la vida, etapa esta donde se crean y fomentan nuevos intereses como son los estudios medios, técnicos y profesionales, se afianzan las relaciones sociales, se buscan metas superiores al intelecto y sedimentan los valores del ser humano creándose una personalidad estable.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

Tabla 7: edad de comienzo de la ingestión

GRUPOS ETAREOS	No	%
MENOS DE 15 AÑOS	37	48,05
DE 15 A 19 AÑOS	23	29,87
DE 20 A 29 AÑOS	12	15,58
DE 30 A 39 AÑOS	2	2,59
DE 40 A 49 AÑOS	1	1,29
SE 50 A 59 AÑOS	1	1,29
MAS DE 60 AÑOS	1	1,29

La relación adolescencia-drogas es bidireccional. Por un lado, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas, de hecho, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida. Por otro lado, el consumo abusivo de alcohol y otras drogas puede interferir en el desarrollo saludable del adolescente.

El consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia suscitan preocupación social pues un sector de adolescentes y jóvenes asocian el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias. El contacto de los escolares con las drogas se produce a edades tempranas. Las edades medias de inicio para las distintas sustancias son 13,6 para el alcohol, 14,8 para el cánnabis y 15,7 para la cocaína (Observatorio Español sobre Drogas, 2000). 15. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Programa de Alcohol-Drogas-Tabaco señala que Europa está considerada como el continente con más alto consumo, producción y exportación de alcohol a nivel mundial, donde cada año fallecen más de 55 000 jóvenes por el abuso de dicho Tóxico¹⁵. Según los criterios de la misma, el consumo de alcohol en adolescentes se inicia a los 11,7 años, reportándose su desarrollo en varios países de la siguiente manera: en Canadá, el 40% de los adolescentes comienza a beber a los 12 años; en Inglaterra, los varones se inician en el consumo de alcohol a los 13 años; en Suiza, los jóvenes comienzan a consumirlo a los 12 años; en Colombia el 76% de ellos beben a los 17 años; en la India el 47% de los estudiantes universitarios beben una vez por semana; en Estados Unidos el 42% de los varones y el 15% de las hembras a los 17 años también beben una vez por semana.

En los Estados Unidos este trastorno ocupa el tercer lugar en la lista de los problemas de salud, allí se cuantifican más de 20 millones de personas alcohólicas¹⁶ En los varones el alcoholismo es más intenso entre los 18 y 20 años. Internacionalmente se señala que más del 50% de los alcohólicos tienen edades que oscilan entre los 15 - 28 años y más del 65% de ellos están en edad plenamente productiva; la conducta de estos enfermos afecta emocionalmente como promedio, a cinco personas, entre los que se incluyen a los padres, hermanos, cónyuges e hijos⁵, y más de 75 000 adolescentes se agregan anualmente a las primeras etapas de la enfermedad.

Frías Pita en su estudio nos plantea que la edad de inicio del consumo de drogas predominante para ambos sexos fue de menos de 19 años para ambos sexos¹³.

Nuestros resultados concuerdan con estudios de diversos autores cubanos, donde la edad promedio de inicio del consumo se sitúa en la segunda década de la vida tanto para el hombre como para la mujer.^{11,17, 18,19}.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

A nivel mundial, el consumo de drogas ilícitas se caracteriza por su concentración entre los jóvenes en particular los hombres jóvenes de entornos urbanos y por una creciente gama de sustancias psicoactivas.²⁰

La tabla 8 que versa sobre el tipo de droga a la que es adicto nos muestra que el alcohol con el 44,54%, expresión de 42 pacientes predomina en este campo, seguidos por la ingestión del alcohol combinado con varias drogas con 17 pacientes y el 22,07%.

Tabla 8: tipo de droga a la que es adicto

DROGA	No	%
ALCOHOL	42	44,54
ALCOHOL + COCAINA	7	9.09
ALCOHOL + MARIJUANA	3	3,89

El carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto disponible de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores. El alcohol es una droga aceptada socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo.

Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc.

Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima.⁹

La droga cuyo consumo se asocia con más frecuencia al de cocaína es el alcohol (Flanner y cols., 2004), seguida del cannabis y de la heroína (muchos adictos a opiáceos consumen también cocaína). El alcoholismo también se asocia con frecuencia a la dependencia de cocaína y no siempre es fácil determinar si el consumo de alcohol es primario o secundario (Rounsaville y cols., 1991; Kleinman y cols. 1990). Todos los datos indican que la cocaína y el alcohol son dos sustancias que se complementan. La mayoría de los consumidores afirma que la cocaína les ayuda a controlar los efectos del alcohol, la consumen para seguir 'bebiendo' sin embriagarse.

De esta forma los efectos del alcohol quedan latentes, se postergan. Ese efecto de la cocaína como sustancia que "controla al alcohol" sugiere una cierta obligatoriedad de consumo de alcohol en algunos espacios ya sean recreativos o laborales. El alcohol es, por tanto, una sustancia clave en la lógica del consumo de cocaína (Calafat, A; Juan, M; Becoña, E; Fernández, C; Gil, E; Llopis, J.J, 2001).

Frías en su trabajo reconoce la prevalencia del tabaco y el alcohol drogas consideradas como legales y la cocaína y la marihuana, consideradas como drogas ilegales y legales en algunos países. En menor proporción se encontraban los solventes orgánicos y la heroína no presentes en nuestro trabajo.¹³

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

Entre los consumidores de drogas ilegales se constató que el patrón de uso continuado era relativamente frecuente, 62% para el cánnabis y 44% para el éxtasis.

La tabla 9 nos aporta el diagnostico psicopatológico más frecuentemente encontrado en el estudio, el cual fue el síndrome de dependencia con 24 pacientes y 31,16%, seguido muy de cerca por los pacientes que fueron ingresados en plena crisis de abstinencia con el 27,27% producto de 21 pacientes, con independencia de si era provocado por el alcohol o por otro tipo de droga ilegal.

Tabla 9: diagnostico psicopatológico

DIAGNOSTICO	No	%
HABITUACION ALCOHOLICA	15	19,48
HABITUACION A DROGAS	7	9,09
SINDROME DE DEPENDENCIA	24	31,16
SINDROME DE ABSTINENCIA	21	27,27

La tabla 10 muestra la estadía en el centro de tratamiento. En ella podemos observar que 24 pacientes, 31,16% abandonaron el tratamiento antes de concluida la primera semana o sea francamente en la etapa de desintoxicación, 12 pacientes lo abandonaron antes de los 15 días, el 15,58% y 10 pacientes, 12,98%, lo hizo al concluir el mes. Si sumamos los que abandonaron el tratamiento antes de los 30 días, vemos que 46 pacientes representativos del 95,72% no culminaron un tercio del tiempo previsto para su tratamiento de deshabitación, que había sido cuantificado en 60 días con un máximo de 90 días para pacientes reincidentes en el tratamiento. Otros 5 pacientes abandonaron el tratamiento antes de los 60 días, prácticamente concluyendo el tiempo establecido lo cual hace un total de 51 abandonos, que reportaron el 66,23%. En total 40 pacientes (51,94% fueron valorados como una evolución mala. El tratamiento completo fue culminado por 24 pacientes (31,16%) los cuales presentaron una evolución calificada de buena, y 13(18,88%) fueron valorados con evolución regular. (tablas 11 y 12).

Tabla 10: estadía en el centro

TIEMPO	No	%
MENOS DE 7 DIAS	24	31,16
8 A 15 DIAS	12	15,58
16 A 31 DIAS	10	12,98
31 A 60 DIAS	12	15,58
HASTA 90 DIAS Y MAS	19	24,67

Tabla 11: egresos

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	No	%
COMPLETO	24	31,16
ABANDONO	51	66,23
SALIDA DEL PROGRAMA	2	2,69

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

Tabla 12: tipos de evolución

EVOLUCION	No	%
BUENA	24	31,16
REGULAR	13	18,88
MALA	40	51,94

La tabla 13 nos presenta las consideraciones de nuestros pacientes referidas al alcoholismo, donde observamos que 40 pacientes, el 51,94% lo consideran un vicio, 17 pacientes (22,07%) lo consideraron una enfermedad, el 19,48%(15 pacientes) manifestaron que era un problema, pero sin definir qué tipo de problema y 5 pacientes, 5,49% no presentaron criterio sobre dicho tópico. Es evidente que el no ser considerado el alcoholismo como una enfermedad a pesar de las explicaciones brindadas y ser visto como un vicio, esta sea la causa del abandono del tratamiento de casi la mitad de nuestros pacientes nada más salir de la fase de intoxicación aguda o en plena etapa de desintoxicación y justificaría también el porqué de la compulsividad de los ingresos, pues no existe crítica alguna, ni noción del peligro que está presente en esta habituación o dependencia.

Tabla 13: consideraciones del alcoholismo

CONCEPTO	No	%
PROBLEMA	15	19,48
VICIO	40	51,94
ENFERMEDAD	17	22,07
NULO	5	6,49

El entorno social y familiar es el apoyo más importante que tiene una persona adicta al alcohol y en la mayoría de los casos son la clave para la curación. Es por ello que nunca es recomendable abandonar al alcohólico o culpabilizarlo por su enfermedad.

En cualquier caso debemos ser conscientes de que se trata de una enfermedad y no de una elección. Por eso es importante tener claro que la adicción al alcohol tiene otras consecuencias que no sólo afectan la vida social del enfermo. Estas consecuencias pueden clasificarse en:

Consecuencias físicas del alcoholismo, consecuencias psicológicas del alcoholismo y consecuencias profesionales del alcoholismo.22.

La tabla 14 informa los criterios de los pacientes, en qué forma se sienten afectados por el alcohol. El 45,45%(35 pacientes) ve la afectación como puramente económica, 24 pacientes (31,16) consideran que puede afectar su salud física, el 28,57%(22 pacientes) nos plantea que la afectación puede ser emocional y 18(23,37%) pacientes se consideraron que la afectación puede ser mental, 1 paciente no tuvo opinión al respecto. En ningún caso se marcaron varios de ellos, a pesar de explicársele en la encuesta que podían combinarse los factores, ni tampoco lograron explicar como podía ser la afectación.

Si bien algunas investigaciones sugieren que pequeñas cantidades de alcohol pueden tener efectos cardiovasculares beneficiosos, existe un consenso generalizado de que tomar mucho puede provocar problemas de salud. De hecho, 100.000 personas en los Estados Unidos mueren por causas relacionadas con el alcohol cada año. Los efectos a corto plazo incluyen pérdida de memoria, resaca

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

y amnesia alcohólica. Los problemas a largo plazo asociados con el consumo excesivo de alcohol incluyen trastornos estomacales, problemas cardíacos, cáncer, daños cerebrales, pérdida de memoria grave y cirrosis hepática. Los bebedores empedernidos también aumentan de forma notoria sus posibilidades de morir debido a accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios.

Tabla 14: de qué manera el alcohol afecta a las personas

CONCEPTO	No	%
ECONOMICAMENTE	35	45,45
SALUD FISICA	24	31,16
SALUD MENTAL	18	23,37
SALUD EMOCIONAL	22	28,57
NULO	1	1,29

Los problemas con el alcohol también tienen un impacto muy negativo en la salud mental. El abuso de alcohol y el alcoholismo pueden empeorar condiciones existentes como la depresión o provocar nuevos problemas como la pérdida grave de memoria, la depresión o la ansiedad.

Los problemas con el alcohol no solo lastiman al bebedor. Según la NIAAA, más de la mitad de las personas en los Estados Unidos tienen como mínimo un familiar cercano con un problema por consumo de alcohol. Es más probable que las esposas y los hijos de los bebedores empedernidos experimenten violencia familiar así como que los niños enfrenten abuso físico y sexual, abandono y desarrollen problemas psicológicos. Las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo corren serios riesgos de causar daño al feto. Amigos y familiares pueden morir o resultar heridos en accidentes y asaltos relacionados con el alcohol.²³.

Tabla 15: qué problemas lo impulsaron a beber

CONCEPTO	No	%
PROBLEMAS FAMILIARES	28	36,36
MALA INFLUENCIA	38	49,35
FALTA DE INFORMACION	26	33,76
OTROS	8	10,38

Ante la pregunta sobre el conocimiento de los daños psicológicos que podrían provocarles las drogas (tabla 16), 57 pacientes que representan el 74,02% manifestó desconocerlos, 17 pacientes(22,07%)refirió que sí, aunque en realidad al indagarse más profundamente en la pregunta, dichos conocimientos eran pobres, entonces nos vuelve a la mente el mismo criterio que vertimos en la tabla 13, lo cual hacemos extensivo a la tabla 14, ante tanto desconocimiento sobre el tema droga existente entre nuestros pacientesR y la poca información que se recibe por los diferentes medios se hace comprensible el abandono del tratamiento y las recaídas frecuentes de los que logran terminar un tratamiento de deshabitación, la compulsividad de los ingresos y lógicamente el aumento de la drogadicción cada día más.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

Tabla 16: conoce los daños psicológicos que provoca el alcohol

CONCEPTO	No	%
SI	17	22,07
NO	57	74,02
NULO	3	3,89

V- CONCLUSIONES

- 1- El grupo etareo de 20-29 años resulto más significativo con el 33,76%.
- 2- El estado civil casado fue mayoritario con el 42,85%.
- 3- Los agricultores y los carentes de empleo representaron el 29,87% cada uno.
- 4- El 40,25% tenía escolaridad primaria.
- 5- El ingreso fue compulsivo en el 58,44% de los casos.
- 6- El 58,44% de los pacientes presento ingreso por vez primera.
- 7- El comienzo del consumo de drogas fue antes de los 15 años (48,05%).
- 8- El alcohol resulto la droga de mayor consumo en el 44,54% de los ingresos.
- 9- El síndrome de dependencia presento cifras de 31,16%.
- 10- La estadia menor de 7 días resulto mayoritaria en el 31,16%
- 11- Abandonaron el tratamiento el 66,23% de los pacientes ingresados
- 12- La mala evolución en el tratamiento se presentó en el 51,94% de los ingresos.
- 13- Fue considerado el alcoholismo como un vicio por el 51,94% de los pacientes.
- 14- Entre los pacientes ingresados, el 45,45% considero que la mayor afectación que le hace el alcohol es económica.
- 15- La mala influencia fue considerada como la causa que los impulso a beber por el 49,35% de los casos estudiados.
- 16- No conocían los daños psicológicos que podía provocarles el alcohol el 74,02% de los pacientes encuetados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Galicia, A.: El café en México, una aromática historia. Artes e Historia. México 2003.
- 2- Café, un poco de historia. Salud para la Vida 2003. URL disponible en: saludparalavida.sld.cu/modulos.php?name=News&file=article&sid=156
- 3- Sagrada Biblia: Revisión 1977 de la Edición Reina-Valera. España, 1979. Génesis 9:21.
- 4- Nájera, JA.: Introducción a la Psiquiatría.
- 5- Martínez Hurtado, Alejandra M.: Alcoholismo, hombre y sociedad. INTERPSIQUIS. 2005; (2005). Disponible en: <http://psiquiatria.com/articulos/adicciones/19542>

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

- 6- Substance Abuse. Let's Talk Facts About.....Alcohol abuse". APA Joint Commission on Public Affairs and the Division 1994
- 7- El tabaco potencia el daño del alcohol sobre el cerebro. Diciembre 2004. URL disponible en: <http://www.minbas.cu/modules.php?name=News&file=article&isid=8292&PHPSESSID=44169bda18f91f5963637c0b17567ac2>.
- 8- Madoz-Gúrpide, Agustín. El consumo de cocaína y sus repercusiones neuropsicológicas. Psiquiatria.com. 2009; 13(2).Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/40048/2/feb/2009>
- 9- Riesgos del consumo de alcohol en menores de edad. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud. Página actualizada: 03 diciembre 2014.[Consultada 1 de Enero 2015].Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000528.htm> .
- 10- Yohandra Milián Gerardo, Elisa Gálvez Cabrera, Concepción Pita Alcorta y Odalys Rosales Domínguez. Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. [Consultada 1 de Enero 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi135-605.htm
- 11- Torres Sierra R. Características epidemiológicas del consumo de drogas de abuso en el Consejo Popular Fraternidad de Párraga, en Arroyo Naranjo. Trabajo para optar por el título de Máster en Toxicología Clínica. CENATOX. 1999).
- 12- González R. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. Santiago de Cuba: Ed. Oriente; 2001:13-34.
- 13- Frias Pita Rafael. PATOLOGÍAS CLÍNICAS ASOCIADAS A LAS TOXICOMANÍAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE PLAYA (2009-2013).[Consultada 1 de Enero 2015] Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/patologias-clinicas-asociadas-las-toxicomanias-en-pacientes-atendidos-en-el-centro-de-salud-mental-d>
- 14- González Menéndez. R, Significación médico social y ético-humanista de las drogas, Rev. Cubana Salud Pública 2007; 33(1).
- 15- José P. Espada*, Xavier Méndez*, Kenneth W. Griffin** y Gilbert J. Botvin. ADOLESCENCIA: CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. Enero, nº 84 , 2003. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1051>.
- 16- Castro F. La droga no es un problema social y de salud en nuestro país. Granma 2001 abr 3; 1 col. (2).
- 17- Crespo Mares A. Estudio de algunos factores relacionados con el consumo de drogas ilegales. Tesis para optar por el título de Especialista de Psiquiatría. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002.
- 18- Yoandra Milian. G, Alcorta Pita. C. Epidemiología de drogas ilícitas en el municipio Plaza, 2004
- 19- De Martín-Viaña Alfonso T. Características epidemiológicas del consumo de drogas de abuso en el municipio de la Habana Vieja. Tesis para optar por el título de
- 20- Fedotov. Y. Informe mundial sobre las drogas.2012.(Resumen ejecutivo). Disponible en: www.miguelcarbonell.com/docencia/Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2012_printer.shtml.

VALORACION DE PACIENTES INGRESADOS EN CENTRO DE REHABILITACION A ADICCIONES DE INTIBUCA

- 21- Álvarez Rodríguez, Hely ;Álvarez García, Juan A; Baranga, José; Lois, Ernesto; García María. Trabajo con el alcohol en el tratamiento de adicción a la cocaína de Proyecto Hombre Asturias. 2/feb/2009 INTERPSIQUIS. -1; (2009). [Consultada 1 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/39359/>
- 22- Consecuencias sociales y familiares del alcoholismo. Disponible en: <http://www.portalvidasana.com/consecuencias-sociales-y-familiares-del-alcoholismo.html>
- 23- Cómo comprender los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx>.