

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

**Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de
sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias
(CAID). Enero 2017- Enero 2018.**



Trabajo de grado presentado por:
Scarlet Jiménez Jiménez y Jader Stivens Damiron Acosta
Para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D. N.
2018

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción.	1
..	
I.1. Antecedentes.	2
.	
I.2. Justificación.	3
..	
II. Planteamiento del problema.	5
..	
III. Objetivos.	7
.	
III.1. General.	7
.	
III.2. Específicos.	7
.	
IV. Marco teórico.	8
.	
IV.1. Historia del uso de sustancias.	8
.	9
IV.1.1. Drogas.	9
.	9
IV.1.1.1. Clasificación de las drogas.	10
.	
IV.1.1.1.1. Drogas depresoras.	
.	
IV.1.1.2. Drogas estimulantes del sistema nervioso central.	
..	

IV.1.1. Definiciones de uso de sustancias.	10
IV.1.2. Sustancias psicoactivas.	11
IV.1.3. Adicción, abuso y dependencia de sustancias psicoactiva.	11
IV.1.4. Dependencia física o síndrome de abstinencia.	13
IV.1.4.1. Etiología.	15
IV.1.4.2. Epidemiología.	16
IV.1.4.3. Estimulantes.	17
IV.1.4.4. Sustancias volátiles.	19
IV.1.4.5. Criterios para la intoxicación por sustancias según el DSM IV TR.	21
IV.1.5. Criterios para la dependencia de sustancias según el DSM-V.	23
IV.1.6. Tipos de sustancias.	24
IV.1.6.1. Simpatomiméticos.	24
IV.1.6.2. Benzodiazepinas y barbitúricos.	25
IV.1.6.3. Alcohol.	25
IV.1.6.4. Inhalantes.	26
IV.1.6.5. Marihuana.	26
IV.1.6.6. Alucinógenos.	26

IV.1.6.7. Tabaco.	27
.	27
IV.1.6.8. Adherencia terapéutica.	27
.	27
IV.1.6.8.1. Definición de adherencia.	28
.	
IV.1.6.8.2. Adherencia psicoterapéutica.	
.	
IV.1.6.8.3. Adherencia al tratamiento.	
.	
IV.1.8. Tratamiento.	29
..	
IV.1.8.1. Indicadores de la eficacia.	30
.	
IV.1.8.2. Farmacoterapias.	30
.	
IV.1.8.3. Duración.	31
.	
IV.1.8.4. Entorno terapéutico.	32
..	
IV.1.8.5. Gravedad de la dependencia.	33
.	
IV.1.8.6. Gravedad de los problemas psiquiátricos.	33
..	
IV.1.8.7. Disposición y motivación para el tratamiento.	33
.	
IV.1.8.8. Empleo.	33
.	
IV.1.8.9. Apoyo familiar y social.	34
.	35
.	35

IV.1.9. Abandono del tratamiento.	
.	
IV.1.10. Causas de abandono del tratamiento.	
.	
V. Operacionalización de las variables.	38
.	
VI. Material y métodos.	40
.	
VI.1. Tipo de estudio.	40
VI.2. Demarcación geográfica.	40
VI.3. Universo.	40
.	
VI.4. Muestra.	41
VI.5. Criterios de inclusión.	41
.	
VI.6. Criterios de exclusión.	41
.	
VI.7. Instrumento de recolección de datos.	41
.	
VI.8. Procedimiento.	41
VI.9. Análisis.	42
VI.10. Aspectos éticos.	42
.	
VII. Resultados.	44
.	
VIII. Discusión.	58
.	
IX. Conclusiones.	60
.	
X. Recomendaciones.	61
.	
XI. Referencias.	62
.	

I. INTRODUCCIÓN.

Las drogas son sustancias naturales o sintéticas que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales. Aunque algunas son utilizadas con fines médicos, para el tratamiento, prevención y diagnóstico de algunas enfermedades, gran parte de estas sustancias son utilizadas de manera que causan daño a la integridad de la persona que las utiliza y de quienes están a su alrededor.¹

Los datos de las Oficinas de las Naciones Unidas muestran que un 2.5 por ciento del total de la población mundial y un 3.5 por ciento de las personas de 15 o más años consumieron cannabis por lo menos entre los años 1998 a 2001. La República Dominicana se posiciona en el onceavo lugar de consumo de alcohol y drogas en Latinoamérica y muestra una prevalencia de uso de cigarrillos en jóvenes de 24.3 por ciento en hombres y 14.0 por ciento en mujeres.¹

En el tratamiento de las conductas adictivas, el tiempo de permanencia en los programas de intervención constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos y de mejor evolución a medio y largo plazo. Sin embargo, una de las grandes preocupaciones en el tratamiento de las adicciones es precisamente el número tan alto de abandonos terapéuticos, con tasas que oscilan entre el 60 y el 80% de los pacientes atendidos, tanto en los tratamientos residenciales como ambulatorios.²

En los últimos años ha cobrado fuerza el estudio de los abandonos en los programas de tratamiento para las drogodependencias. Este tipo de estudios se ha centrado, fundamentalmente, en el análisis de las características personales de aquellos pacientes adictos que abandonan los tratamientos antes de completarlos. Así, por ejemplo, desde un punto de vista sociodemográfico, diversos estudios muestran que los pacientes varones y más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.³

Otros estudios han encontrado ciertas variables asociadas con un mayor riesgo de abandono de la terapia, tales como la gravedad de la adicción y la polidependencia, la presencia de trastornos psicopatológicos comórbidos o la presencia de trastornos de personalidad. Además, otros estudios recientes se han centrado en los estadios de

cambio y la motivación para el tratamiento como aspectos relacionados con el abandono.³

I.1. Antecedentes.

J.J. López Goñia, *et al.* (2008).⁴ Se realizó un estudio descriptivo, este estudio fue realizado en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. España. Se cuenta con una muestra de 61 pacientes que, tras permanecer en la Comunidad Terapéutica un período mínimo de 3 meses, han abandonado posteriormente la misma. Los resultados obtenidos muestran que el motivo de abandono más frecuentemente señalado se relaciona con los límites impuestos por el propio programa terapéutico (70,5% de los casos), seguido por la consideración de que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente (49,2% de los casos), por el cansancio de los grupos de tratamiento (el 39,3% de los casos) y el consumo o el deseo de consumir drogas (el 34,4%). Por otra parte, se comparan los pacientes que abandonan temporalmente la terapia con aquellos que la abandonan de forma definitiva.

Á.L. Domínguez Martín, *et al.* (2008).⁵ Se realizó un estudio descriptivo. Este estudio fue realizado en un centro público de atención a drogodependencias (CAD-4, Ayuntamiento de Madrid, España. Se selecciona el 25% (n = 53) de los abandonos de tratamiento en un período de 15 meses (n = 213) en un centro público de atención a drogodependencias (CAD-4, Ayuntamiento de Madrid). Se contacta telefónicamente y se preguntan las causas por las cuales dejó de acudir a las citas clínicas. Se contactó con 31 personas que accedieron a responder a la entrevista. De ellas, el 29% alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos, el 32,3% incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio, el 22,6% deficiencias en el servicio y 9,7% falta de motivación para seguir las pautas del tratamiento.

Medina-Pérez, *et al.* (2012).⁶ Se realizó un estudio de carácter cuantitativo descriptivo y retrospectivo. Este estudio fue realizado en la Universidad San Buenaventura. Colombia. Con el objetivo de caracterizar el consumo de Sustancias PsicoActivas (SPA) en población farmacodependiente, en una fundación dedicada a la rehabilitación en el Quindío, Colombia. La investigación realizada fue de carácter

cuantitativo-descriptivo. Se sistematizaron los formularios VESPA (Vigilancia Epidemiológica para uso indebido de Sustancias Psicoactivas) de las personas que ingresaron a la institución entre los años 2006 y 2009. En el periodo estudiado se atendieron 333 adolescentes entre 14 y 18 años; 75,4 por ciento hombres; 31,2 por ciento solo posee estudios primarios; 56 por ciento manifestó no tener empleo y 34,5 por ciento señaló que ingresó a la fundación por indicación legal. La sustancia psicoactivas (SPA) de entrada fue: 44,2 por ciento tabacos, 25,8 por ciento marihuanas, 18,0 por ciento alcohol y 5,7 por ciento cocaína. Los hombres iniciaron, en promedio, a los 12,33 años de edad, y las mujeres, a los 11,96 años. Las sustancias reportadas presentaron los siguientes promedios de inicio: 12,26 años, alcohol; 12,49, tabaco; 13,39, marihuana; 13,98, inhalantes; 14,01, cocaína; 14,27, bazuco y 15,0, heroína. La edad media de ingreso a la institución fue de 15,7 años.

En un estudio realizado en el 2011 por el Consejo Nacional de Drogas (CND) y Profamilia,⁷ refieren que la población entre 12 y 65 años de edad, había consumido algún tipo de sustancia, para un 10.8%. La zona oriental del Distrito Nacional, represento en 20.8%, seguida de la Región del Cibao con 17.1%, la Región Sur con 16.0% y la Región Este con un 12.7%. La droga de mayor consumo fueron los tranquilizantes sin receta, para un 2.5%, la marihuana 2.3%, cocaína 1.1%, crack 0.4%, estimulantes 0.4%, éxtasis 0.2% y la de menor consumo la heroína 0.1%.

I.2. Justificación.

El consumo de drogas es un gran problema social que se ha introducido hasta lo más íntimo de las familias y al cual nos enfrentamos en la actualidad. Este fenómeno crece día con día, tanto en el número de personas como en las complicaciones y las muertes por enfermedades relacionadas con la adicción.

Los adolescentes están expuestos a la gran variedad de drogas que hay en las calles y se han convertido en los nuevos objetivos de la delincuencia organizada; ya que el índice de consumo entre adolescentes es cada vez mayor y muchos de ellos son estudiantes que podrían ver afectada su carrera académica y sufrir las consecuencias, como delincuencia o adicción, con graves daños para la salud; por lo que es sabido que la mayor parte de los problemas de salud mental en niños y

adolescentes tiene relación con las adicciones, ya sea como un factor previo al desarrollo de un problema de abuso de sustancias o como parte de una situación en la cual coexisten ambos trastornos.

Desde hace más de 30 años existen variaciones importantes en el consumo de drogas en la población adolescente; la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2010), estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. No obstante, estas cifras elevadas incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año.

Frente a lo expuesto, consideramos importante realizar este estudio, cuyos resultados permitirán conocer cuáles son los factores que podrían estar influyendo en la decisión de abandono de tratamiento de los pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas, impidiéndoles cumplir con el esquema terapéutico. Además de mostrar posibles estrategias que los diferentes centros de tratamientos puedan implementar para mejorar los programas existentes con que cuenta el país actualmente, fomentando de esta manera la calidad en la atención, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento.

El estudio también servirá de referencia a las diversas instituciones de salud, para estudios posteriores a nivel local, nacional e internacional.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo con orígenes y consecuencias de tipo biológico, psicológico y social, traspasa fronteras geográficas y adopta características propias de cada país. La mayoría de los efectos del consumo de drogas depende de la cantidad y frecuencia de la dosis que modifica la capacidad física y mental y el comportamiento del individuo.

El desorden crónico y recurrente provocado por el uso de sustancias adictivas requiere de tratamientos especializados. El romper el ciclo de la dependencia es sumamente difícil, los usuarios de drogas experimentan un gran sufrimiento físico y psicológico. La adicción no solo les afecta a ellos, también a sus familias, amigos y a la comunidad en general.

El tratamiento de las adicciones es un proceso prolongado, por medio del cual se intenta romper la dependencia a drogas lícitas o ilícitas, se trata de utilizar en la atención una red variada y compleja de servicios que buscan satisfacer las múltiples necesidades del individuo. La elección del tipo de tratamiento es individualizado y para ello se considera la droga de impacto la cual se entiende como la droga que el paciente identifica como la que mayor problemas le ha producido en las áreas; individual, familiar, legal y laboral.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA), como parte de una de sus estrategias de información, recaba información de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tratan el problema de las adicciones, lo que ha permitido documentar el panorama del fenómeno del uso de drogas en el país. Los reportes del año 2015 muestran las tendencias actuales del uso de drogas, entre las personas que acudieron a solicitar tratamiento a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en el año 2015 reportaron con mayor frecuencia como droga de inicio, el consumo de alcohol (42.7%), tabaco (28.1%), marihuana (13.0%), inhalables (3.0%) y alucinógenos (0.05%) y la heroína (0.1%).⁸

En los últimos diez años la investigación sobre el abuso de drogas ha examinado la relación de factores de riesgo en población general y específicas es decir en adolescentes y estudiantes, sin embargo los resultados no han sido del todo concluyentes, dado que los hallazgos han mostrado contradicciones entre las relaciones de estos factores con el uso de drogas en términos de edad, género, escolaridad e historia familiar entre otros.⁹

Algunas investigaciones de la guía y protocolo de atención integral se han conducido para examinar la relación de factores psicológicos y socioculturales con el uso continuo de drogas, tales como autoestima, depresión, autoeficacia, influencias de los pares y la familia. Estudios han reportado bajos niveles de éxito en los tratamientos contra la dependencia de las drogas y han documentado la influencia de algunos factores predictores para el abandono del tratamiento y consumo de drogas durante el tratamiento o al finalizar el mismo, entre los principales se encuentran; el auto control, auto-eficacia, apoyo social, depresión, niveles de estrés, desempleo o

problemas en el trabajo, problemas familiares, abuso de dos o más sustancias y poco tiempo en el tratamiento.¹⁰

Sin embargo un factor que no ha sido considerado en población que está bajo tratamiento contra las adicciones, es la tentación percibida para el uso de drogas. El concepto de tentación percibida para el uso de drogas pudiera estar involucrado con los bajos niveles de éxito de los tratamientos, así como con el abandono o recaídas que tienen las personas que buscan tratamiento contra las adicciones por lo que se sugirió estudiar el concepto de tentación percibida al uso de drogas en personas que estuvieran bajo tratamiento, con el objetivo de describir las principales circunstancias que los pacientes que reciben tratamiento piensan que estarían tentados a usar drogas y la relación de estas con el uso actual de drogas, así mismo describir las diferencias de tentación percibida de acuerdo al tipo de droga de impacto.^{11,12}

Por lo que nos hacemos la siguiente interrogante: ¿Cuales son las causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAID). Enero 2017- Enero 2018?

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

1. Identificar las causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAID). Enero 2017- Enero 2018.

III.2. Específicos.

1. Caracterizar las droga lícita que ha consumido (tabaco, alcohol) y las droga ilícita que ha consumido (cocaína, marihuana, crack, heroína, tramadol, éxtasis, benzodicepinas.).
2. Determinar el tiempo de consumo antes del tratamiento.
3. Identificar el tiempo de tratamiento.
4. Describir el tipo de tratamiento.
5. Determinar el tiempo de abandono.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Historia del uso de sustancias

En el siglo XVII el presidente Dionisio Pérez Manrique, en Bogotá, Colombia, 1654-1659 y 1660, decreto la prohibición del consumo de chicha por la gran popularización que alcanzo entre los aborígenes, por el hecho de los conflictos sociales que esta práctica ocasionaba.

El empleo de sustancias, en la historia de la humanidad, ha estado presente desde las culturas primitivas hasta la actualidad. La modalidad de relacionarse con ellas ha dependido de instancias socioculturales (religiosas, económicas, políticas, etc). Se han utilizado en ceremonias religiosas y generan guerras por su obtención; a modo de ejemplo citamos la que libraron Inglaterra y china por el opio (1839 y 1842), que extendió el uso de esta sustancia en Europa (sobre todo en Inglaterra y Francia). La aparición de la morfina, luego de su utilización como analgésico en heridos de guerra, se masifico generando morfinómanos en el continente europeo.¹³

La investigación científica sobre el tema se inició solo a partir de los años 1930, y los conceptos actuales de clasificación se basan en dos fundamentalmente:

Jellineck (1960) considera el alcoholismo como una enfermedad médica, de carácter progresivo, que inevitablemente lleva a una pérdida total del control de la sustancia llegando a un desenlace fatal.¹⁴

La cocaína inicialmente tuvo uso médico con fines anestésicos sin restricciones. La popularización de su uso provoco serias intoxicaciones y muertes, lo que llevo a que más tarde se restringiera solo a uso médico.

Para los años 1970 se crea el departamento contra drogas y narcóticos. Se realizó un estudio entre la población capitalina, España, que determino que, unos 74 mil jóvenes fumaban o habían probado algún tipo de droga cuya mayor incidencia caía sobre la marihuana.

En 1974 apareció la primera señal de alarma desde el ministerio de higiene en cauca, Colombia, se consumía el 75 por ciento de la producción. Igual sucedió con la marihuana consumida por artistas, intelectuales y presidiarios.

El poder ejecutivo de República Dominicana mediante el decreto 4371 crea e integra una comisión especial para que realice un profundo estudio de la verdadera situación de las drogas.

El 15 de agosto de 1975 nacen los «Hogares Crea Dominicana» por una nueva ley, La número 168, de fecha 12 de mayo de 1975, que regula la Importación, Fabricación, Venta, Distribución y Uso de Drogas Narcóticas, gaceta oficial número 9371.

Hogar crea promueve un cambio de ley 168 para que se distingan los adictos de los traficantes en la región este se estima que los traficantes de drogas fijan base de operaciones en esa área

Luego se promulga la ley 50-88 sobre drogas y sustancias controladas en la República Dominicana (1988) y en 1990 se aprueba en la cámara de diputados el proyecto de ley sobre drogas narcóticas, modificando los artículos 15 y 45 de la ley 50-88.^{15,16,17,18}

IV.1.1. Drogas

Droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.¹²

Según esta definición, son drogas la marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, heroína, tabaco, alcohol y algunos fármacos. El concepto de droga hace referencia a que la modificación puede ser perjudicial o beneficiosa y que depende del tiempo de administración y de la dosis y de las características de la persona que la consume.

IV.1.1.1. Clasificación de las drogas

IV.1.1.1.1. Drogas depresoras

Una droga depresora es aquella inhibe las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad dificultar la memoria, disminuir la presión

sanguínea, analgesia, producir somnolencia, el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma, o la muerte.

Algunas drogas depresoras son:

- Alcohol
- Barbitúricos
- Anestésicos
- Benzodacepínicos
- Sedantes e hipnóticos

IV.1.1.2. Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC)

Una droga estimulante es aquella que produce mejoras temporales de la actividad neurológica o física. Pueden producir además síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio, hiperalgesia, euforia, disminución del apetito o el sueño, convulsiones, manía o la muerte.¹²

IV.1.1. Definiciones de uso de sustancias

En 1964, la OMS determinó que el término adicción no era demasiado científico, debido a que adquirió una connotación peyorativa, que no reflejaba el conocimiento de abuso de sustancias como trastorno médico y lo reemplazó por dependencia de sustancias. Se ha recurrido a dos conceptos para referirse a los aspectos de la dependencia:

Conductual: hace hincapié a las actividades de búsqueda de la sustancia y la asociación de patrones de consumo patológico Física: subraya los aspectos (físicos, fisiológicos) de episodios múltiples de consumo de las sustancias.¹⁹

Droga es 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. También es cualquier agente químico que afecte los procesos biológicos. Se puede delimitar su definición como aquella sustancia que

es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico.^{20, 21}

Según la OMS las drogas más peligrosas serían por orden decreciente: las que crean dependencia física, las que crean dependencia con mayor rapidez, y las que crean mayor toxicidad. Y las menos peligrosas, las que solo crean dependencia psicosocial, las que crean dependencia con menor rapidez, y las que poseen menor toxicidad.^{20, 21}

IV.1.2. Sustancias psicoactivas

Se designa con el nombre de psicofármaco a todas aquellas sustancias o drogas que incorporadas al organismo por cualquier vía, bucal, rectal, nasal, etc., alteran la percepción, las funciones intelectuales, el humor, la conducta, y los estados de conciencia.

Son drogas lícitas; lo cual significa que pueden ser prescritas por el médico al paciente con un fin exclusivamente terapéutico. Por la definición precedente se deduce que sólo pueden ser vendidas al público en farmacias y bajo receta archivada, no existiendo por lo tanto venta libre. En una gran mayoría son las mujeres quienes consumen psicofármacos en forma descontrolada.

La acción de uno de ellos es contrarrestada por otro que se toma posteriormente, como cuando consumen algún barbitúrico para poder descansar y a la mañana siguiente se combate la depresión con otro medicamento que contenga anfetaminas o anti depresores. Esta adicción se puede transformar en un juego muy peligroso, dado que el consumo de muchos de ellos asociados con sustancias como el alcohol puede producir problemas irreversibles.²²

IV.1.3. Adicción, abuso y dependencia de sustancias psicoactiva

Para el manejo adecuado de los efectos adversos de las sustancias psicoactivas, es necesario comprender el proceso adictivo (uso, abuso y dependencia) el cual induce normas socioculturales de uso, el curso clínico de los trastornos por uso de sustancias y la neurobiología de la adicción.

Según el diccionario Adicción significa Dependiente. En la Roma Imperial, a los esclavos se los llamaba adictos. Eran las personas a las que debido a una deuda que no podían pagar, se les quitaba todo lo que tenían; eran descartados, quedaban sin identidad.

También la palabra Dicción significa: modo de hablar, por lo tanto la palabra adicción significa la negación de esto, o sea, lo no hablado. Por lo tanto, podemos concluir que un adicto es aquella persona que en lugar de hablar sobre lo que le ocurre, lo expresa a través del acto de drogarse. En esta etapa la persona vive por la droga y para la droga, debido a que la búsqueda de la sustancia se realiza en forma obsesiva y compulsiva. Se deteriora la relación con sus padres, pareja, hijos, escolaridad, o trabajo.

En esta etapa aparecen las conductas de riesgo como: delinquir, promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas. Para entender mejor podemos distinguir cuatro niveles diferentes de adicción: experimentación, uso, abuso y adicción.

Experimentación:

En este caso la persona, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.

Uso:

El compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. De todas formas, como toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente el sujeto necesita más de la sustancia y puede pasar al nivel de abuso.

Abuso:

El uso se hace regular durante la semana con posibles episodios de intoxicación.

La droga va dirigiendo progresivamente la vida de una persona. El deterioro escolar, laboral, social y familiar se hace más evidente. Su estado de ánimo es

cambiante, llevando una vida doble, por un lado una vida cotidiana común y otra adictiva y desconocida por parte de sus familiares y amigos.

Adicción:

Aquí la relación con su familia se comienza a romper, su pareja empieza a plantear la separación; en el trabajo, si no lo perdió todavía denota serias dificultades. La búsqueda de la droga se realiza en forma obsesiva y compulsiva.

Hay prácticamente imposibilidad de realizar abstinencia. Hay un compromiso orgánico con riesgo de alteraciones en su sistema inmunológico. Hay conductas de riesgo tales como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas, con el consiguiente riesgo de contagio de enfermedades infectocontagiosas (VIH, hepatitis, etc.). Su estado de ánimo depende de los ritmos que le marcan su dependencia y la abstinencia.

IV.1.4. Dependencia física o síndrome de abstinencia

Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la interrupción brusca de la toma de un medicamento o sustancia tóxica hacia el que se ha desarrollado dependencia. Se caracteriza por ansiedad y diversas manifestaciones del sistema nervioso vegetativo, como sudoraciones y temblores. La intensidad del síndrome depende de diversos factores, entre ellos el tipo de droga que se ha utilizado, el tiempo durante el cual se ha estado consumiendo la sustancia, la tolerancia. Podemos identificar varios tipos de abstinencia entre estas están:

Síndrome de abstinencia agudo, en el que surgen signos y síntomas en cuanto cesa el consumo, ya sea lentamente o de golpe síndrome de abstinencia tardío, que se refiere a los efectos debidos a las drogas que se producen pasado un tiempo; por ejemplo, a los efectos que se producen principalmente después de una o varias semanas, aunque su duración puede extenderse a meses, incluso aparecer de forma esporádica durante años.

El síndrome de abstinencia dependerá de la sustancia. Así, podemos diferenciar diversos síndromes de abstinencia dependiendo de la clase sustancia; por ejemplo, el

síndrome de abstinencia de los opiáceos, que, pese a ser extremadamente intenso, no hace correr peligro de muerte al consumidor.

El síndrome de abstinencia de los opiáceos lo podemos dividir en cuatro fases: a) la primera fase aparece a las 8 horas, dándose signos como sudoración, rinorrea, ansiedad y lagrimeo; b) la segunda fase aparece a las 12 horas aproximadamente, y continúan los síntomas de la primera fase pero se incrementan en intensidad, y además se producen midriasis, piloerección, espasmos musculares, fases frío/calor, mialgias, artralgias, anorexia, etcétera; c) la tercera fase aparece entre las 18-24 horas, los síntomas de la fase anterior se incrementan en intensidad, y además surgen hipertensión, taquicardia, hipertermia, inquietud, náuseas e insomnio; d) por último, en la cuarta fase, que aparece entre las 24 y las 36 horas, encontramos los síntomas de la tercera fase y además facies febril, vómitos, diarreas, eyaculación espontánea y orgasmo (Jiménez-Lerma, Ariño e Iraurgi, 2002).²³

En cuanto al síndrome de abstinencia a la cocaína, según Gawin (1986), en la primera fase se da una abstinencia aguda también llamada *crash* que aparece al cabo de 6 a 12 horas aproximadamente y dura hasta cuatro días. Es una etapa de hundimiento psíquico y físico, con reducción progresiva del deseo de consumir sustancias. La sintomatología inicial más común es: agitación, depresión, anorexia, disforia, deseo de dormir y de consumir droga (*craving*).

La sintomatología más tardía de esta primera fase se manifiesta en forma de agotamiento, hipersomnias e hiperfatiga. La segunda fase es una etapa de abstinencia retardada en la que vuelve a aparecer un gran deseo de consumir droga. Su duración oscila entre una y diez semanas. La sintomatología más común es leve ansiedad, anhedonia, anergia y aparición de un gran deseo de consumir droga.

La tercera fase es una etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de consumir la sustancia. La duración de esta fase es indefinida. Según el DSM-IV-TR, «la abstinencia al alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia entre 4 y 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado». El síndrome de abstinencia al alcohol; como también ocurre con los barbitúricos, sí resulta más peligroso, pudiendo incluso ocasionar la muerte.²⁴

IV.1.4.1 Etiología

La dependencia de sustancias es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC), debida a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta.

Dichas señales (estímulos condicionados) pueden (por si mismas) producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar estados de craving, búsqueda y auto-administración de la sustancia de la cual se ha desarrollado dependencia, las áreas del cerebro afectadas por el abuso de drogas que incluyen el tallo cerebral que controla las funciones básicas vitales esenciales como la frecuencia cardíaca, la respiración y el sueño la corteza cerebral que se dividen en áreas que controlan funciones específicas como ver, sentir, oír y saborear. La parte frontal de la corteza, llamada corteza frontal, cerebro anterior o prosencefalo es el centro del pensamiento del cerebro el cual nos faculta para planificar, pensar y resolver problemas. El sistema límbico que contiene el circuito de recompensa del cerebro y es responsable de la percepción de las emociones positivas y negativas lo que explica la propiedad de muchas drogas de alterar el humor.

Los circuitos que intervienen en la memoria y el aprendizaje pueden jugar un papel decisivo en la enfermedad adictiva. La asociación repetida del efecto reforzador de las sustancias de abuso, con determinados estímulos ambientales o internos, induce un poderoso efecto de condicionamiento, no sólo a la propia sustancia, sino también a las señales que predicen su posible disponibilidad.

La enfermedad adictiva puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con cualquier sustancia, con juego patológico, o incluso con una adicción al trabajo.²⁴

Posteriormente se pueden ir añadiendo otras conductas adictivas químicas o comporta mentales con un agravamiento progresivo de la enfermedad y un ensombrecimiento de su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, bien sea mediante un tratamiento especializado o bien por los propios medios de la persona afectada, sin embargo, suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas

adictivas por otras y también hacia la recidiva y también a sustituir una conducta adictiva por otra.

De los adolescentes para actuar de manera impulsiva e ignorar las potenciales consecuencias negativas de su comportamiento, factores que incrementan el riesgo de abuso de sustancias en esta etapa precoz de la vida y también de sus consecuencias, las cuales probablemente son más perjudiciales sobre un cerebro en desarrollo.

Por otro lado, las personas que padecen determinados trastornos psiquiátricos (de los Ejes I y II) podrían tener un mayor riesgo de abuso de sustancias. Incluso podría haber un sustrato neurobiológico común entre el abuso de sustancias y determinados trastornos mentales asociados.

Puede haber factores biológicos de vulnerabilidad individual que contribuyen tanto al inicio precoz como a la cronificación del abuso de sustancias, pero conviene tener en cuenta que los factores individuales interactúan con factores ambientales, los cuales que pueden incrementar dicha vulnerabilidad o bien atenuarla, en cuyo caso actuarían como factores protectores.^{25, 26}

IV.1.4.2. Epidemiología

La situación del consumo de drogas a escala mundial ha permanecido estable. Aunque se ha registrado cierto aumento del número total estimado de consumidores de sustancias ilícitas, las estimaciones indican que el número de consumidores de drogas con dependencia o trastornos debidos al consumo de drogas ha permanecido estable. El aumento del número de consumidores estimado anualmente es reflejo, en gran medida, del aumento de la población mundial.

Sin embargo, el consumo simultáneo de varias drogas, especialmente la combinación de medicamentos de venta con receta y sustancias ilícitas, sigue causando preocupación. Preocupa particularmente el abuso de sedantes y tranquilizantes, y más del 60 por ciento de los países comprendidos en el informe clasifica esas sustancias entre los tres primeros tipos objeto de uso indebido.^{27, 28}

Se calcula que unos 230 millones de personas, o el 5 por ciento de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010. Los

consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0.6 por ciento de la población adulta mundial. La heroína, la cocaína y otras drogas se cobran la «vida» de aproximadamente 0.2 millones de personas cada año, siembran devastación en las familias y causan sufrimiento a miles de otras personas. Las drogas ilícitas socavan.

El desarrollo económico y social y fomentan la delincuencia, la inestabilidad, la inseguridad y la propagación del VIH. La prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46.7%) y la hepatitis B (14.6%) entre los usuarios que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2.6% y el 5.0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el «éxtasis» (0.3% a 1.2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo totales de coca se mantienen estables, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar niveles comparables a los de 2009. La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0.3 por ciento y el 0.4 por ciento y entre el 0.3 por ciento y el 0.5 por ciento de la población adulta de 15 a 64 años de edad.^{28, 29}

IV. 1.4.3. Estimulantes

Las drogas psicoestimulantes, como su palabra lo indica son sustancias que producen una euforia que se manifiesta con bienestar y mejora del humor, aumento de la energía y del estado de alerta, así como aumento de la actividad motriz y la estimulación del sistema cardiovascular, entre otras acciones. Una consecuencia directa de esta estimulación del sistema nervioso central es la mejora del rendimiento intelectual y el apetito.

Entre estas tenemos:

- Cocaína
- Anfetaminas

- Nicotina
- Cafeína
- Crack

Perturbadoras

Las drogas perturbadoras de la conciencia, llamadas también alucinógenas, alteran la percepción de la realidad, producen extrañas sensaciones, ilusiones e incluso alucinaciones visuales y auditivas. Los alucinógenos son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos, en animales o sus productos de la síntesis química

Las más usadas son:

- Cannabis (marihuana)
- LSD (derivados del ácido lisérgico)
- Ketamina (disociativa)
- Escopolamina y atropina (Delirogenos) Extasis.

Estimulantes de tipo anfetamínico

El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, con exclusión del «éxtasis», sigue estando muy extendido en todo el mundo, y parece ir en aumento en la mayoría de las regiones. En 2011, se estimó que el 0.7 por ciento de la población mundial de 15 a 64 años de edad, es decir, 33,8 millones de personas, habían consumido esas sustancias el año precedente. La prevalencia de «éxtasis» en 2011 (19,4 millones, o sea, el 0,4% de la población) fue más baja que en 2009.

Aunque el consumo se mantiene estable en los mercados tradicionales de América del Norte y Oceanía, se registra aparentemente un aumento del mercado en las economías desarrolladas de Asia, especialmente en Asia oriental y sudoriental, y existe también un mercado emergente en África, evaluación que corrobora el aumento de la desviación de precursores, de las incautaciones y de la fabricación de metanfetamina. La prevalencia anual estimada de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en la región es más elevada que el promedio mundial.

Aunque el consumo de «éxtasis» ha ido disminuyendo en todo el mundo, parece estar aumentando en Europa. En orden ascendente, Europa, América del Norte y Oceanía siguen siendo las tres regiones con una prevalencia de consumo de «éxtasis» por encima del promedio mundial.²⁹

IV.1.4.4 Sustancias Volátiles

Listado por el que se adicionan las sustancias psicotrópicas que se mencionan del artículo 245 de la Ley General de Salud:

Nombre comercial y otros: resistol, gasolina, gas hilarante (óxido nitroso), activo, poppers, pintura en spray y muchos más.

Uso médico: ninguno.

Efecto: sedante y depresor.

Dependencia física: moderada a alta.

Dependencia psicológica: moderada a alta.

Tolerancia: sí.

Duración del efecto: 2 a 3 hrs.

Vía de administración: inhalación de vapores.²⁹

Efectos tóxicos: disartria, desorientación, comportamiento como borrachera sin olor a alcohol.

Sobredosis: respiración superficial, hipotonía, pupilas dilatadas, pulso rápido y débil, somnolencia, coma y posible muerte.

Síndrome de abstinencia: ansiedad, insomnio, temblores, crisis convulsivas y posible muerte.

Estas sustancias las integran varios compuestos químicos volátiles (incluyendo gases como el óxido nitroso, solventes volátiles como el tolueno y nitritos alifáticos), producen efectos sobre el sistema nervioso central. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes.

Se dividen en las siguientes categorías:

Disolventes volátiles: líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente

- Disolventes industriales o caseros, entre ellos los disolventes de pinturas, líquidos para encendedores, lavado en seco, y gasolina.
- Solventes para usos artísticos o de oficina, incluyendo los líquidos correctores, líquidos marcadores con punta de fieltro, productos para la limpieza de contactos eléctricos y pegamentos.²⁹

Aerosoles. Que contienen propulsores y disolventes.

- Propulsores de aerosoles caseros como aquellos en las pinturas pulverizadas, productos para el cabello, desodorantes, protectores de telas, productos para la limpieza de computadoras y los rociadores de aceite vegetal.
- Gases. Se encuentran en productos caseros o comerciales (encendedores de butano, tanques de gas propano y los gases refrigerantes), y también se usan como anestésicos médicos: éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso.
- Nitritos orgánicos o alifáticos que incluyen el nitrito ciclohexílico, el butílico y el amílico. Son volátiles y se conocen como «reventadores» o «poppers». Contienen una gran variedad de sustancias químicas entre ellas tolueno (pinturas), benceno (gasolina), butano (desodorantes ambientales). Se utilizan principalmente para intensificar el placer sexual.

Vías de administración

Estas sustancias se pueden inhalar por la nariz o por la boca de diferentes maneras: aspirando («sniffing») o inhalando («snorting») los vapores del envase, rociando los aerosoles directamente en la nariz o en la boca, o colocando un trapo en la boca que ha sido impregnado con un inhalable.³⁰

Debido a que la intoxicación producida por estas sustancias dura apenas unos minutos, muchas personas tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente durante varias horas.

Los efectos de los inhalables son parecidos a los del alcohol e incluyen dificultad para hablar, euforia en un inicio, mareo, náuseas, vómito, somnolencia, dolor de cabeza persistente y falta de coordinación.

Al desplazar el aire de los pulmones le quitan oxígeno al organismo (hipoxia), esto puede lesionar células corporales, siendo las del cerebro las más vulnerables. Algunos daños físicos provocados por el consumo de estas sustancias son: pérdida de la audición, neuropatías periféricas (espasmos en las extremidades), daño al sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), daño al hígado y riñones, agotamiento del oxígeno en la sangre.

Las altas concentraciones pueden provocar la muerte por asfixia al desplazar el oxígeno de los pulmones ya que puede causar pérdida de conciencia y paro respiratorio.³⁰

IV.1.4.5. Criterios para la intoxicación por sustancias según el DSM IV TR

Un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

1. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
2. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:³⁰

1. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el

consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).³⁰

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.³⁰

Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. Temblor distal de las manos.
3. Insomnio.

4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad
8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.³⁰

Especificar si:

1. Con alteraciones perceptivas
2. Trastornos inducidos por el alcohol
3. Intoxicación por alcohol
4. Abstinencia de alcohol
5. Delirium por intoxicación de alcohol
6. Demencia persistente inducida por alcohol
7. Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
8. Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes.

IV.1.5. Criterios para la dependencia de sustancias según el DSM-V

El grupo de trabajo del DSM-5 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho importantes esfuerzos para separar los conceptos de trastorno mental y discapacidad (desequilibrios en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes). En el sistema de la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), abarca todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye una clasificación independiente para la discapacidad global.³⁰

A su vez se ha demostrado que la Escala de Evaluación de las discapacidades de la OMS (WHODAS), que se basa en la CIF, es una medida estandarizada útil de la discapacidad por causa de los trastornos mentales. Sin embargo, en ausencia de

marcadores biológicos claros o de medidas clínicas útiles de la gravedad de muchos trastornos mentales, no ha sido posible separar por completo las expresiones de síntomas normales y patológicos que se incluyen en los criterios de diagnóstico.

Esta carencia de información es especialmente problemática en situaciones clínicas en las que el síntoma que presenta el paciente por sí mismo (especialmente en niveles leves) no es inherentemente patológico y puede encontrarse en individuos para quienes el diagnóstico de «trastorno mental» significativo o discapacidad para establecer los umbrales del trastorno; habitualmente se dice que «el trastorno provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo».³⁰

IV.1.6. Tipos de sustancias.

IV.1.6.1. Simpatomiméticos.

Cocaína, anfetaminas, metafetaminas, éxtasis, cafeína, etc., tienen efectos similares a nivel cardiovascular de tipo simpatomimético. En pacientes sometidos a anestesia regional neuroaxial en los cuales se presenta hipotensión arterial, la administración de vasopresores (efedrina) pueden agravar o desencadenar arritmias cardíacas, infarto o edema agudo de pulmón; de igual forma el edema agudo de pulmón puede desencadenarse por la carga de líquidos y la taquicardia que presentan.^{31,32}

Deberá evitarse administrar soluciones anestésicas con adrenalina. En pacientes crónicos de cocaína, existe incremento de la sensibilidad al dolor; requiriéndose además dosis mayores. Puede producirse un hematoma epidural por trombocitopenia, disminución de la actividad plaquetaria y espasmo arterial. En la anestesia general la inducción anestésica con etomidato, propofol o tiopental pueden emplearse sin problemas; asociados a relajantes neuromusculares no despolarizantes como el atracurio, cis-atracurio, rocuronio, vecuronio están indicados.

La inducción de secuencia rápida con succinilcolina está contraindicada debido a que desencadenaría alteraciones cardiovasculares, hipertermia maligna y muerte súbita; así como un efecto prolongado por la disminución de la acción de la pseudocolinesterasa plasmática. Los halogenados como el isoflurano y el

sevoflurano presentan menor interacción con las catecolaminas circulantes, pero el primero puede contraindicarse por el efecto de robo coronario que produce. La ketamina, pancuronio, halotano, enflurano, están completamente contraindicados.³²

IV1.6.2. Benzodiazepinas y barbitúricos.

En casos agudos deberá inducirse a estos pacientes con dosis menores del fármaco elegido (etomidato, propofol, ketamina), puede darse el caso de no requerirse inductor para el manejo de vía aérea; los relajantes neuromusculares también disminuirán su dosis; el mantenimiento dependerá si es paciente crónico, se evitará el empleo de halogenados que gran metabolismo hepático, debido a que benzodiazepinas y barbitúricos producen alteración a ese nivel. Debe administrarse una dosis de benzodiazepina para prevenir el síndrome de supresión. Existe tolerancia cruzada con barbitúricos.³³

IV.1.6.3. Alcohol.

Los ansiolíticos, opiáceos, barbitúricos, relajantes neuromusculares requieren de la disminución de la dosis en intoxicación etílica aguda y disminución de la concentración de los halogenados; debido a que los efectos se potencializan. Se recomienda la inducción de secuencia rápida para el control de la vía aérea; en pacientes con hepatopatía por disminución de la pseudocolinesterasa plasmática, la succinilcolina puede prolongar su efecto. La inducción enzimática debido a la acción del citocromo P 450 (aceleración del metabolismo) se presenta en los pacientes crónicos, requiriendo incremento de las dosis de los anestésicos para poder alcanzar los efectos deseados, incrementando cantidad de metabolitos tóxicos. La anestesia regional se contraindica en casos de intoxicación etílica aguda, y en pacientes crónicos con problemas de neuropatía periférica y alteraciones de la coagulación. En los casos crónicos las dosis de anestésicos locales deben incrementarse por lo que se administrarán aquellos que menor toxicidad cardiovascular y neurológica produzcan (ropivacaína, lidocaína, levo-bupivacaína).³⁴

IV.1.6.4. Inhalantes.

Los efectos son semejantes a los producidos en el paciente con alcoholismo. La anestesia regional se contraindica como en todos los casos de intoxicación aguda. En los crónicos se presenta hepatopatía y neuropatía periférica semejante al empleo crónico de alcohol (etanol). En anestesia general se disminuirán las dosis en caso de una intoxicación aguda, por el efecto sinérgico; en los crónicos se incrementa la dosis por la inducción enzimática que se presenta. Considerar las alteraciones cardiovasculares y respiratorias que tiene el paciente.³⁵

IV.1.6.5. Marihuana.

La anestesia regional en intoxicación aguda se contraindica relativamente por la falta de cooperación que pueda haber; pueden administrarse benzodicepinas (diacepam), para sedar al paciente y obtener una buena cooperación. En pacientes crónicos, se requiere una buena oxigenación por la EPOC. En caso de haber taquicardia en el paciente se reducirá el empleo de adrenalina con el anestésico local.

En la anestesia general; pueden potencializarse los efectos de la ketamina, los barbitúricos y halogenados, en la intoxicación aguda por la respuesta simpática; además deben incrementarse los requerimientos anestésicos. Deben emplearse fármacos que no produzcan irritación de la vía respiratoria y que proporcionen estabilidad cardiovascular (etomidato, propofol, 30enzodia, sufentanyl, desflurano, sevoflurano); el vecuronio, atracurio y cis-atracurio, rocuronio están indicados.³⁵

IV.1.6.6. Alucinógenos.

Los alucinógenos con efectos simpatomiméticos ya se mencionaron previamente. La anestesia regional puede administrarse si el paciente coopera aún en intoxicación aguda, evitar la asociación de adrenalina con el anestésico local en caso de taquicardia severa. Puede haber interacción medicamentosa con los halogenados produciendo arritmias cardíacas. En los casos en que las sustancias tienen efectos colinérgicos, se emplea la atropina 10-20 µg/kg de peso o el glicopirrolato 5-10 µg/kg de peso.³⁶

IV.1.6.7. Tabaco.

La anestesia regional no se contraindica en este tipo de pacientes; sólo debe administrarse oxígeno con mezcla de aire. En la anestesia general se prefiere la administración del propofol o del etomidato para la inducción; la relajación neuromuscular puede realizarse con vecuronio, atracurio o rocuronio; el mantenimiento se hará con halogenados que no produzcan reacción a nivel de la vía respiratoria.

IV.1.1.6. Adherencia terapéutica

IV.1.1.6.1. Definición de adherencia

Se entiende la adherencia terapéutica como la evaluación del nivel en el cual la conducta del paciente coincide con consejos e indicaciones de los terapeutas.³⁷ Cuando se habla de adherencia, se hace referencia a la parte más activa y voluntaria del tratamiento. Cuando se habla de cumplimiento, de la parte más pasiva. Hay que tener en cuenta que algunos autores señalan que establecer esta diferencia en programas que precisan siempre la participación activa y dinámica del paciente en su proceso de tratamiento, tal vez no permite hacer evaluaciones adecuadas.³⁸

Desde el punto de vista de las enfermedades crónicas, se considera que las tasas de adherencia suelen oscilar entre el 43 y el 78 por ciento.³⁹ En los estudios clínicos la adherencia suele ser mayor debido a que estos pacientes reciben una mayor atención continuada.

IV.1.1.6.2. Adherencia psicoterapéutica

La adherencia en psicoterapia es un área fundamental para la psicología. Al igual que en el área biomédica, juega un papel crucial en la efectividad de la terapia utilizada. Por tanto, el estudio de los factores asociados a la no adherencia es un aspecto prioritario en la actualidad.

La psicoterapia es un abordaje terapéutico cada vez más utilizado en el sistema sanitario. Al igual que en medicina, la no adherencia al proceso psicoterapéutico es un fenómeno frecuente, asociado a peor evolución clínica. Por tanto, el estudio de los factores asociados a la no adherencia, y las estrategias para la mejora de la adherencia a la psicoterapia son aspectos prioritarios en psicología.⁴⁰

IV.1.1.6.3. Adherencia al tratamiento

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los PS, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

Al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen, como tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo, entre otras. Por otra parte también es un fenómeno complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras.

En tanto conducta de salud, la adherencia se ha intentado explicar a partir de los modelos propuestos para interpretar otras conductas de salud. Inicialmente, se intentó describir desde características de personalidad y variables sociodemográficas. Desde esta perspectiva la adherencia es considerada como una tendencia sustancial de la persona y, por consiguiente, relativamente estable y difícil de modificar.

Se sabe que las personas con múltiples problemas psicosociales y que precisan tratamiento tienen a menudo dificultades para cumplirlo de forma adecuada. En muchos casos no llegan ni a iniciar tratamiento y si lo hacen lo abandonan de forma prematura, asociándose este hecho a peores resultados.⁴¹ En los estudios de seguimiento realizados en adicciones, lo que parece evidente es que la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con la evolución postratamiento y con el éxito terapéutico. También se produce una mejoría a nivel de los síntomas psiquiátricos y de la actividad psicosocial, incluyendo una disminución de la actividad delictiva cuando esta existe.

Se sabe que el 40 por ciento de las personas con serios problemas por el consumo de sustancias y que solicitan una primera visita no acuden a ella. En el caso de que exista patología dual se sabe que no se presentan a esa primera visita el 60 por ciento. Si acuden a este primer contacto terapéutico, el número de pacientes que abandonan el tratamiento en el primer mes es alto. Se considera que se debe a un proceso de

desmotivación temprana de estos pacientes. Por tanto, en estos, la probabilidad de recaída, de no abandono de la sustancia, de reagudización de síntomas psiquiátricos, e incluso de reingreso es alta.⁴²

La dependencia de sustancias se considera un trastorno crónico recidivante que puede cursar con recaídas, con una base biológica y genética. Y que no se debe únicamente a una falta de voluntad o a un deseo de abandono del consumo. Actualmente existen intervenciones y tratamientos adecuados, tanto farmacológicos como psicológicos para la adicción. Aunque se sabe que no todas las adicciones responden a un mismo tratamiento ni con la misma eficacia. Los aspectos que pueden influir en el desarrollo y posterior tratamiento serían de tipo sociológico, psicológico y conductual. Como refieren algunos autores, el abordaje terapéutico de esta patología es más eficaz cuando se realizan abordajes multidisciplinares e integrados, comprendiendo todas las vertientes implicadas en el trastorno; tanto los aspectos psicológicos, médicos, sociales, legales, educativos y familiares.⁴³ De esta manera sería más fácil alcanzar los objetivos del tratamiento: reducir el *craving* (deseo intenso de consumir) y las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo las consecuencias médicas, sociales y legales asociadas a la dependencia.⁴⁴

IV.1.8. Tratamiento.

El tratamiento de desintoxicación y estabilización se administra a las personas que sufren síntomas de privación tras un abuso de drogas prolongado. La desintoxicación puede definirse como un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional.⁴⁵

La farmacoterapia consiste en administrar una medicación agonista adecuada, en cantidades decrecientes, para minimizar las molestias derivadas de la privación de opioides, barbitúricos y benzodiazepinas, los cuales producen un síndrome de abstinencia característico con efectos fisiológicos y emocionales que se suele experimentar de 8 a 12 horas después de la última dosis de droga. Los usuarios de anfetaminas y cocaína también pueden experimentar síntomas emocionales y fisiológicos importantes y necesitarán un período de tratamiento de estabilización.

IV.1.8.1. Indicadores de la eficacia.

Los objetivos principales de esta etapa son tratar sin riesgos las complicaciones médicas, lograr la abstinencia y motivar al paciente para que adopte estrategias cognitivas que favorezcan el cambio de comportamiento, estrategias éstas en que posteriormente se centrarán los esfuerzos de rehabilitación. Es poco probable que la desintoxicación por sí sola ayude eficazmente a los pacientes a recuperarse a largo plazo; es mejor considerar esa etapa una preparación para continuar el tratamiento con objeto de prolongar la abstinencia y fomentar la rehabilitación.⁴⁶

IV.1.8.2. Farmacoterapias.

Según los resultados de las investigaciones, la desintoxicación de la heroína y otros opioides ilícitos puede facilitarse utilizando agonistas de opioides en dosis decrecientes (principalmente metadona), buprenorfina, que es un antagonista parcial, y dos drogas no opioides, la clonidina y la lofexidina (las dos agonistas α 2-adrenérgicos). Sin embargo, la evaluación de los méritos relativos de esas medicaciones se ve obstaculizada por las diferencias de funcionamiento de los programas de tratamiento y por diversas cuestiones relativas a la metodología de evaluación clínica de la gravedad de los síntomas de abstinencia.⁴⁷

Hecha esta salvedad, Gowing y sus colegas realizaron una revisión Cochrane de 218 estudios internacionales de desintoxicación y calcularon los porcentajes medios de pacientes internados y en régimen ambulatorio que habían terminado el tratamiento de desintoxicación de opioides en el 75% y el 35%, respectivamente, cuando se usaba metadona, y en el 72% y el 53%, respectivamente, cuando se usaba un agonista α 2-adrenérgico.

En varios ensayos controlados aleatorios se ha comparado la buprenorfina con la clonidina. De sus resultados se desprende que la primera parece ser más eficaz para reducir la gravedad de los síntomas de abstinencia y tener menos efectos adversos. Para acelerar la desintoxicación de opioides, durante varios decenios se ha dispuesto de procedimientos que entrañan la utilización de antagonistas de esas sustancias. En la desintoxicación rápida de opioides se precipita la abstinencia con naloxona o

naltrexona, mientras que en la desintoxicación ultrarrápida se administra naloxona o naltrexona bajo los efectos de anestesia o de fuertes sedantes.⁴⁸

Ambas técnicas, que provocan un síndrome de abstinencia agudo pero de corta duración, se han desarrollado y estudiado en varios países. En un análisis completo de 12 estudios de desintoxicación rápida y nueve de desintoxicación ultrarrápida, O'Connor y Kosten señalan que la existencia de diferencias metodológicas sustanciales dificulta la interpretación de la bibliografía, que también se caracteriza por utilizar muestras de pequeño tamaño y períodos de seguimiento generalmente breves.

La conclusión general de esos estudios es que, si bien la desintoxicación ultrarrápida conlleva algunos riesgos médicos, esas técnicas no ofrecen 3 1. La etapa de desintoxicación y estabilización gran ventaja con respecto a los métodos de desintoxicación existentes, ni surten más efectos en lo que respecta a lograr que los pacientes en abstinencia inicien y continúen una farmacoterapia de prevención de las recaídas con naltrexona.⁴⁸

IV.1.8.3. Duración.

La estabilización de los problemas agudos de abstinencia se logra normalmente en tres a cinco días, pero quizás exija un período más prolongado cuando se trate de pacientes con problemas médicos y psiquiátricos concomitantes, o con dependencia fisiológica de las benzodiazepinas y de otros sedantes. En cuanto a la metadona, el análisis del grupo de Gowing parece indicar que, cuando la desintoxicación dura más de 21 días, el porcentaje medio de pacientes que terminan el tratamiento es del 31%, en comparación con el 58% cuando el tratamiento dura 21 días como máximo.

Los autores observan que, en cierta medida, esto puede reflejar los efectos del entorno en el que se administra el tratamiento, ya que el 89% de los estudios sobre los tratamientos de desintoxicación de mayor duración fueron realizados en un entorno comunitario.⁴⁹

IV.1.8.4. Entorno terapéutico.

Mucho se ha debatido y estudiado acerca de la eficacia relativa del tratamiento de desintoxicación con hospitalización o en otros entornos residenciales, o en régimen

ambulatorio o estructuras comunitarias. Por lo general los entornos residenciales se relacionan con los porcentajes más elevados de pacientes que terminan el tratamiento, pero en la mayoría de los países se acostumbra estabilizar a todos los pacientes, excepto los más gravemente afectados, en forma ambulatoria. Por ejemplo, existe una amplia bibliografía sobre los cocainómanos que abandonan prematuramente el tratamiento ambulatorio durante los primeros 14 a 21 días y que presentan tasas de deserción del 27 al 47% en las primeras semanas de tratamiento.

Suele considerarse que la desintoxicación es particularmente adecuada para los pacientes que presentan problemas médicos y psiquiátricos agudos (en especial aquellos con antecedentes de ataques y depresión) y también para los que tienen problemas de alcoholismo agudo concurrente. Los estudios de programas ambulatorios de reducción de agonistas de corta duración generalmente han dado malos resultados, ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento y pocos logran la abstinencia.

Sin embargo, aquellos pacientes que tengan menos complicaciones médicas, problemas menos graves y una situación familiar estable que les ofrezca apoyo, posiblemente podrán completar la desintoxicación en la comunidad. En pocos estudios se examinó el entorno adecuado para la estabilización de los signos y síntomas fisiológicos y psiquiátricos vinculados al uso de psicoestimulantes; no obstante, suele necesitarse un entorno médico residencial en el caso de que el paciente presente síntomas psiquiátricos agudos y trastornos emocionales.⁵⁰

IV.1.8.5. Gravedad de la dependencia.

Muchos estudios sobre los tratamientos en distintos contextos nacionales han mostrado que el carácter crónico y la gravedad de las pautas de consumo de sustancias de los pacientes están relacionados con el abandono del tratamiento y con recaídas más rápidas en el uso de sustancias después de éste.

IV.1.8.6. Gravedad de los problemas psiquiátricos.

Las encuestas epidemiológicas internacionales y los estudios de casos clínicos han revelado que las personas con trastornos de abuso de sustancias y de dependencia tienen mayor tendencia a sufrir ansiedad, trastornos afectivos y sociales y otros

trastornos relacionados con la personalidad. Los resultados de los estudios sobre los pacientes dependientes de opioides y de la cocaína indican que en la mayoría de los casos los síntomas psiquiátricos mejoran al principio del tratamiento y que, por término medio, la reducción de los síntomas se mantiene durante el seguimiento a mediano y largo plazo. No obstante, un resultado muy común en muchos estudios y contextos es que los síntomas y trastornos psiquiátricos graves que se presentan al comienzo del tratamiento sirven para predecir con bastante certeza el abandono de éste y los malos resultados posteriores.⁵¹

IV.1.8.7. Disposición y motivación para el tratamiento.

Los pacientes que dicen estar dispuestos a recibir tratamiento y motivados para ello suelen emprender el programa terapéutico con más éxito y permanecer en tratamiento más tiempo. Es interesante observar que los pacientes que han sido remitidos judicialmente a un tratamiento obtienen resultados bastantes similares a los logrados por quienes han venido por voluntad propia y que, supuestamente, tienen una mayor “motivación personal”.⁵¹

IV.1.8.8. Empleo.

Muchas personas con problemas de abuso de drogas han tenido dificultades para conseguir y conservar un empleo remunerado. Los pacientes desempleados tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento prematuramente y recaer en el abuso de sustancias. Si bien las posibilidades que ofrece un programa de tratamiento de garantizar un empleo al paciente pueden ser limitadas, los servicios comunitarios suelen encargarse de ayudarlo a aumentar sus posibilidades de obtenerlo, y conseguir o conservar un puesto de trabajo se considera una meta importante.

Se ha descubierto que el empleo es un factor que sirve para predecir la permanencia del paciente en el tratamiento y los buenos resultados de éste [49]. Por ejemplo, en una muestra de personas con problemas de abuso de múltiples sustancias, en su mayoría empleadas, que ingresaron a programas privados, en régimen de internación o ambulatorio, McLellan y sus colegas determinaron que los problemas de empleo era uno de los factores más importantes para predecir el abuso

de sustancias posterior al tratamiento, así como otros aspectos relacionados con problemas sanitarios y sociales.⁵³

IV.1.8.9. Apoyo familiar y social.

Los apoyos sociales se han estudiado ampliamente en la esfera del abuso de drogas y la farmacodependencia. Se han definido de diversas maneras: como las relaciones que no crean conflictos y que apoyan la abstinencia, y también como la participación activa en los tratamientos en grupo con personas que sufren los mismos problemas, por ejemplo, Narcóticos Anónimos.⁵⁴

Los acontecimientos que causan tensiones (como la pérdida del empleo, un duelo o una separación) pueden tener un efecto más determinante en los resultados que obtenga la 3. Componentes efectivos de la etapa de rehabilitación y prevención de las recaídas 8 persona que el propio tratamiento.

De ello se deduce que pueden no alcanzarse en absoluto las metas del tratamiento, o pueden desvanecerse rápidamente una vez terminado el tratamiento si el paciente cuenta con escaso apoyo de su entorno. En los tratamientos eficaces del abuso de drogas, a fin de ayudar al paciente a insertarse en la sociedad y a mejorar sus relaciones familiares y personales, se tienen en cuenta muchos más aspectos que simplemente el programa en que participa.⁵⁴

IV.1.9. Abandono del tratamiento.

El abandono del tratamiento es uno de los mayores problemas que afrontan los programas de tratamiento; por lo tanto, las técnicas de motivación que mantengan a los pacientes comprometidos con el tratamiento también mejoran los resultados. Al considerar la adicción como una enfermedad crónica y ofrecer continuación de cuidados y supervisión, los programas pueden tener éxito, pero para ello a menudo se requerirán varios ciclos de tratamiento y la pronta reincorporación de los pacientes que han recaído.

IV.1.10. Causas de abandono del tratamiento.

En cualquier caso, al margen de la indudable utilidad tienen dos aspectos comunes: a) se centran en las características personales de los pacientes que

influyen en el abandono terapéutico, y b) el abandono temprano, es decir, aquél que se produce en las primeras fases de la terapia (habitualmente en los tres primeros meses del tratamiento).

Así, la práctica total analiza las variables sociodemográficas, psicopatológicas o de personalidad de los pacientes que abandonan, variables que fueron recogidas habitualmente en la evaluación pretratamiento. Sin embargo, se desconoce qué otro tipo de razones, algunas incluso relacionadas con el propio programa de intervención, pueden llevar al abandono del tratamiento.

En pocos casos se pregunta directamente a los propios implicados, cuando la perspectiva del propio paciente constituye un aspecto crucial para la planificación de estrategias de mejora y retención del tratamiento. En este sentido, un estudio (con pacientes que habían estado más de tres meses en el programa de tratamiento), y otro más reciente en el ámbito internacional⁸ (con pacientes que habían estado menos de tres meses) constituyen los dos principales intentos llevados a cabo hasta la fecha para valorar las razones del abandono desde la perspectiva del paciente.⁵⁵

En el primer estudio se analizaron las razones para el abandono de 55 pacientes que habían permanecido durante más de un año en el programa de intervención. Los resultados pusieron de manifiesto los siguientes datos: el 52,7% de la muestra señaló, como razón de abandono «no querer continuar con las limitaciones del tratamiento»; el 21,8% señaló estar «cansado de los grupos» (base del tratamiento valorado); el 21,8% consideraba «haber conseguido los objetivos propuestos»; y el 20% apuntó al consumo o deseo de consumir drogas. El resto de razones se señalaron en porcentajes inferiores.

En cualquier caso, estos resultados ponían de manifiesto aspectos concretos que debían tenerse en cuenta para mejorar las tasas de retención dentro de la Comunidad.⁵⁵

En el segundo estudio, con 24 abandonos prematuros, se encontró que las principales razones de abandono se relacionaban con la pérdida de motivación o deseo de cambio, y con conflictos relacionados con el personal del programa. Todo ello se tradujo en propuestas concretas de cambio dentro del programa de

intervención como, por ejemplo, la introducción de la entrevista motivacional o el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.⁵⁶

Respecto a los motivos de abandono, Gavino y Godoy siguiendo a Porcel,⁵⁷ consideran las siguientes causas de abandono de la psicoterapia:

1. El motivo de consulta ya no preocupa.
2. Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta.
3. Cambio de ciudad del cliente.
4. Desmotivación por la terapia.
5. Incumplimiento de instrucciones.
6. Relativizar el problema.
7. Tardanza en conseguir objetivos.
8. Negación a tocar algunos temas.
9. Falta de rapport con el terapeuta.
10. Cambio de ciudad del terapeuta.⁵⁸

Por otro lado, Castillo et al hacen un resumen de las causas más frecuentes de abandono de la psicoterapia y recogen, entre otras, las siguientes: bajo estatus socioeconómico, escasa motivación, gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico, débil alianza terapéutica, exceso de actividad verbal del terapeuta, etcétera. Incluso factores como la inmigración o la etnia también han sido evaluados. Gavino y Godoy⁵⁹ se plantean los distintos tipos de abandono, dependiendo de la fase terapéutica en la que aparece, así como de las diferentes justificaciones que dan los pacientes cuando manifiestan su deseo de abandonar la terapia.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Causa de abandono	Son los motivos por los que el paciente abandono el tratamiento.	Por mejoría auto decidida. Incompatibilidad con el trabajo. Cambio de domicilio. Falta de motivación. Por problemas económicos. Recurrencia. Razones religiosas. Otros.	Nominal
Edad	Tiempo cronológico desde el nacimiento hasta el momento del ingreso hospitalario.	Años cumplidos.	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Masculino. Femenino.	Nominal
Procedencia	Lugar o persona del que procede al quien.	Rural. Urbana.	Nominal
Ocupación	Es el rol ocupacional social realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Ama de casa. Estudiante. Empleado público. Empleado privado. Otros.	Nominal
Droga licita que ha consumido	Son sustancias legalizadas para su consumo en todo el	Tabaco. Alcohol.	Nominal

	territorio nacional por personas mayores de edad y estas pueden crear adicción.		
Drogas ilícitas que ha consumido	Son sustancias que alteran alguna función mental o física que tiene la posibilidad de dar origen a una adicción y originar cuadros sicóticos.	Cocaína. Marihuana. Crack. Heroína. Tramadol. Éxtasis. Benzodiazepinas.	Nominal
Tiempo consumiendo	Periodo que ha transcurrido desde el inicio del consumo hasta el momento del estudio.	< 1 año. 1-5 años. 6-10 años. 11-15 años. ≥ 16 años.	Intervalo
Tiempo de tratamiento	Periodo que ha transcurrido desde el inicio del tratamiento para las drogas hasta el momento del estudio.	< 6 meses. 7-12 meses. 1-5 años. ≥ 6 años.	Intervalo
Tipo de tratamiento	Forma que se trato al paciente.	Farmacoterapia. Psicológicos. Terapia grupal.	Nominal
Tiempo de abandono	Período transcurrido desde el momento del abandono hasta el momento del estudio.	1 semana. 2-4 semanas. ≥ 1 mes.	Numérica

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

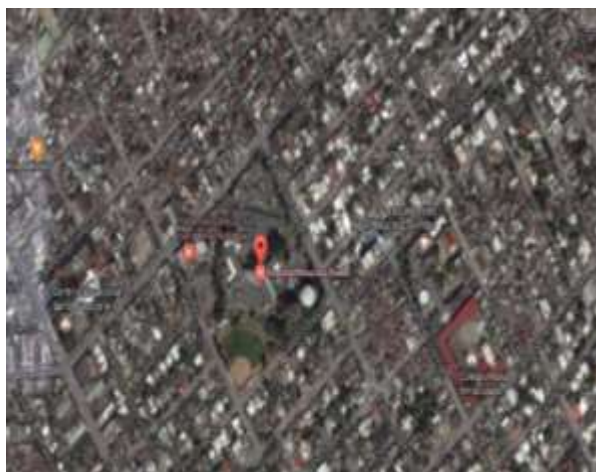
Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección prospectivo de datos, con el objetivo de determinar las causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAID). Enero 2017-Enero 2018. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Demarcación geográfica

El presente estudio se realizó en el Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAID), que está localizado en el Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, ubicado en la Av. Nicolás de Ovando, Santo Domingo. Delimitado, al Norte, por la Av. Nicolás de Ovando; al Sur, por la Calle 35 Oeste; al Este, por la Calle Josefa Brea; al Oeste, por la Calle 16 Nte. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

Estuvo constituido por todos los pacientes que acuden al Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAID). Enero 2017-Enero 2018.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes con dependencias de sustancia que abandonaron el tratamiento del Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017-Enero 2018.

VI.5. Criterios de inclusión

1. Pacientes con dependencias de sustancia.
2. Que abandonaron el tratamiento (1 mes).
3. Pacientes durante el periodo de estudio.
4. Firma del consentimiento informado.

VI.6. Criterios de exclusión

1. Negarse a participar.
2. Pacientes que no asistieron en el periodo de estudio.

VI.7. Instrumento de recolección de datos.

La recolección de la información se realizó través de un formulario integrado por 9 preguntas, 6 abiertas y 3 cerradas este formulario contiene los datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, procedencia, ocupación, así como datos relacionados con dependencias de sustancias y que abandonaron el tratamiento tales como: drogas lícitas e ilícitas, tiempo consumiendo, tiempo de tratamiento, etc. este formulario se redactó en formato 8½ x 11 y se aplicó previo a consentimiento informado y se tomó en cuenta dichas variables en la investigación. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI. 8. Procedimiento.

Se realizó una carta a la director (a) del Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID) para la revisión y aprobación de la elaboración sobre dicho estudio en su centro de salud. Al tener la autorización del centro, se procedió a solicitar el listado de pacientes que han abandonado el tratamiento, una vez identificados, procederemos a contactar vía telefónica por medio de la Secretaria del centro a los

pacientes para proceder a citarlos al CAID, donde se le aplicó una encuesta-entrevista a cada paciente, llevando la ruta crítica siendo primero evaluado por el psicólogo y luego por el psiquiatra para prueba de «Doping» los lunes, martes y viernes, entregando un consentimiento informado a cada paciente que se entrevistó. El formulario fue llenado por los sustentantes en el Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), desde octubre 2017 hasta enero 2018, bajo la supervisión de un asesor. La selección de los pacientes se realizó con ayuda del asesor clínico, de acuerdo a los criterios de inclusión tomando en cuenta y los criterios de exclusión ya señalados anteriormente. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.9. Análisis

Se analizó por medio de frecuencias simples.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁶⁴ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁶⁵ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como en el Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente

puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS.

Cuadro 1. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018.

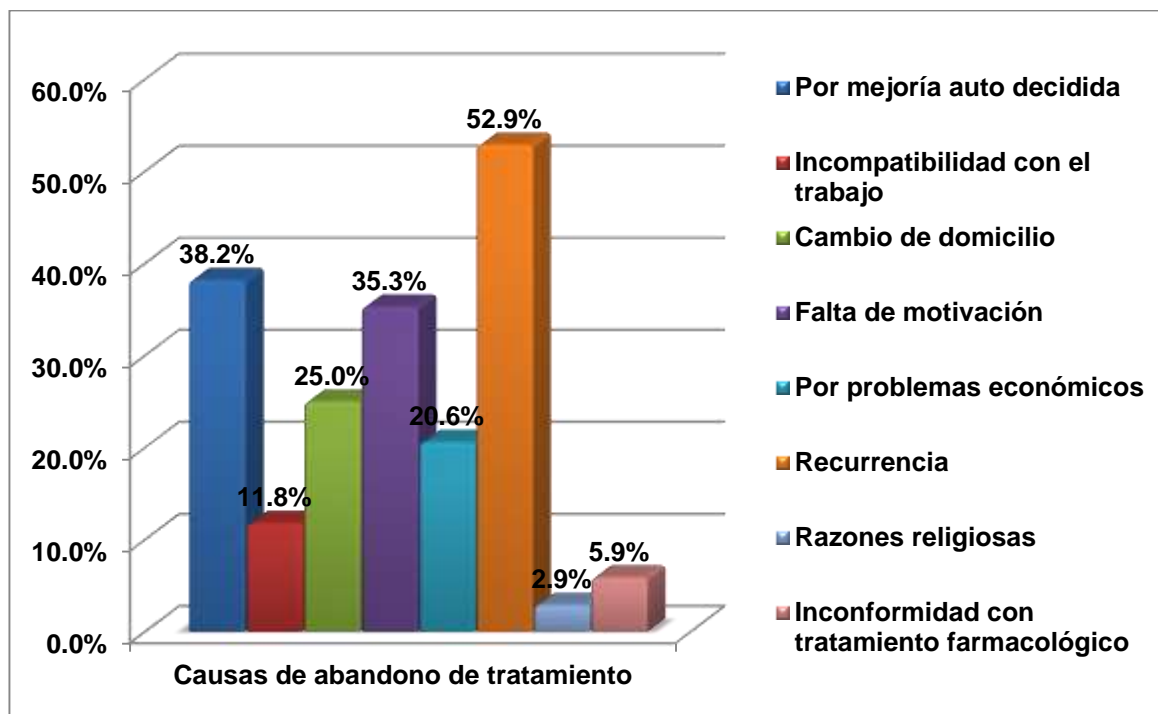
Causas de abandono de tratamiento*	Frecuencia	%
Por mejoría auto decidida	13	38.2
Incompatibilidad con el trabajo	4	11.8
Cambio de domicilio	8	25.0
Falta de motivación	12	35.3
Por problemas económicos	7	20.6
Recurrencia	18	52.9
Razones religiosas	1	2.9
Inconformidad con tratamiento farmacológico	2	5.9

Fuente: Directa.

* Un mismo paciente respondió a más de una causa de abandono del tratamiento.

El 52.9 por ciento de los pacientes respondieron que la causa de abandono de tratamiento fue por recurrencia, el 38.2 por ciento por mejoría auto decidida, el 35.3 por ciento falta de motivación, el 25.0 por ciento cambio de domicilio, el 20.6 por ciento por problemas económicos, el 11.8 por ciento incompatibilidad con el trabajo, el 5.9 por ciento inconformidad con tratamiento farmacológico y el 2.9 por ciento razones religiosas.

Gráfico 1. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018.



Fuente: cuadro 1.

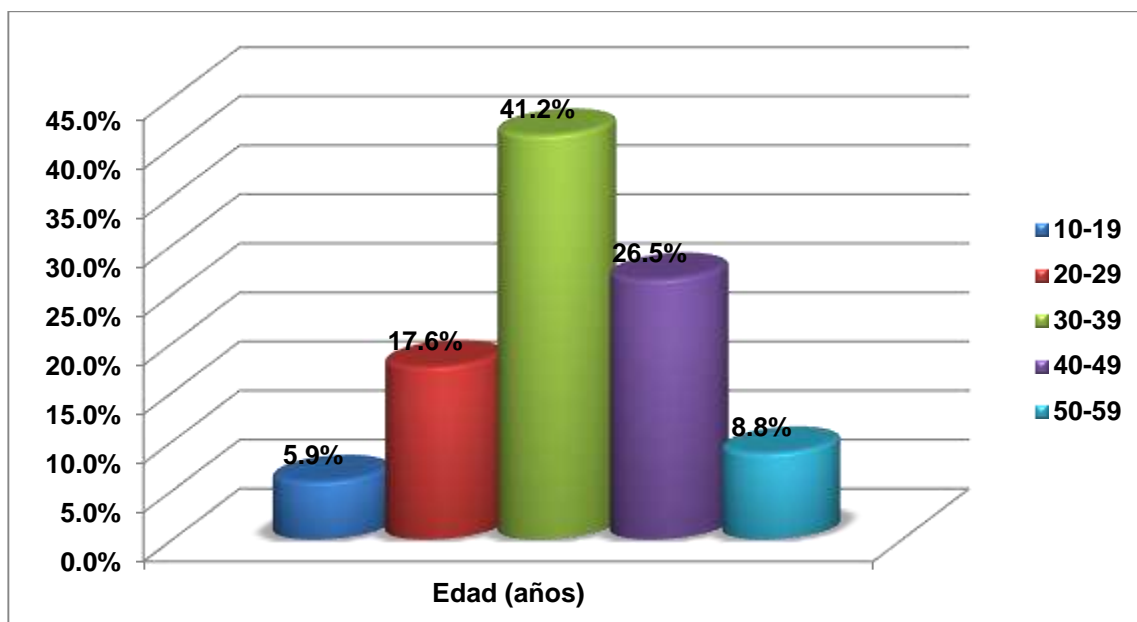
Cuadro 2. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
10-19	2	5.9
20-29	6	17.6
30-39	14	41.2
40-49	9	26.5
50-59	3	8.8
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 41.2 por ciento de los pacientes tenían de 30-39 años, el 26.5 por ciento de 40-49 años, el 17.6 por ciento de 20-29 años, el 8.8 por ciento 50-59 años y el 5.9 por ciento de 10-19 años.

Gráfico 2. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según edad.



Fuente: cuadro 2.

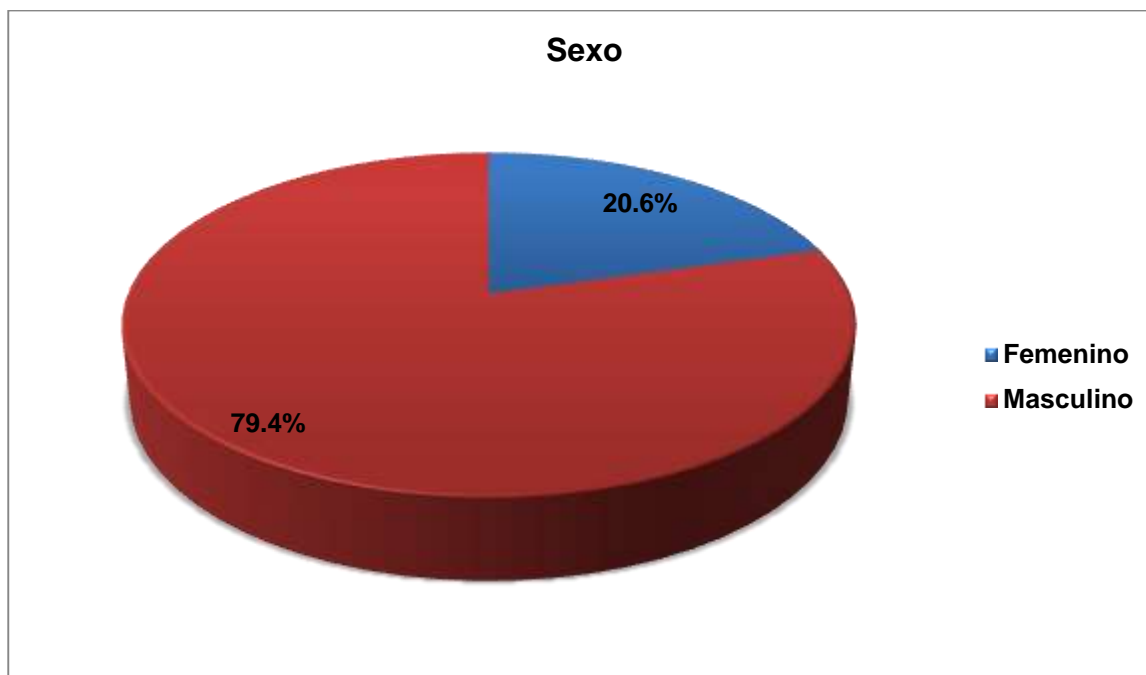
Cuadro 3. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	7	20.6
Masculino	27	79.4
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 79.4 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino y el 20.6 por ciento al femenino.

Gráfico 3. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según sexo.



Fuente: cuadro 3.

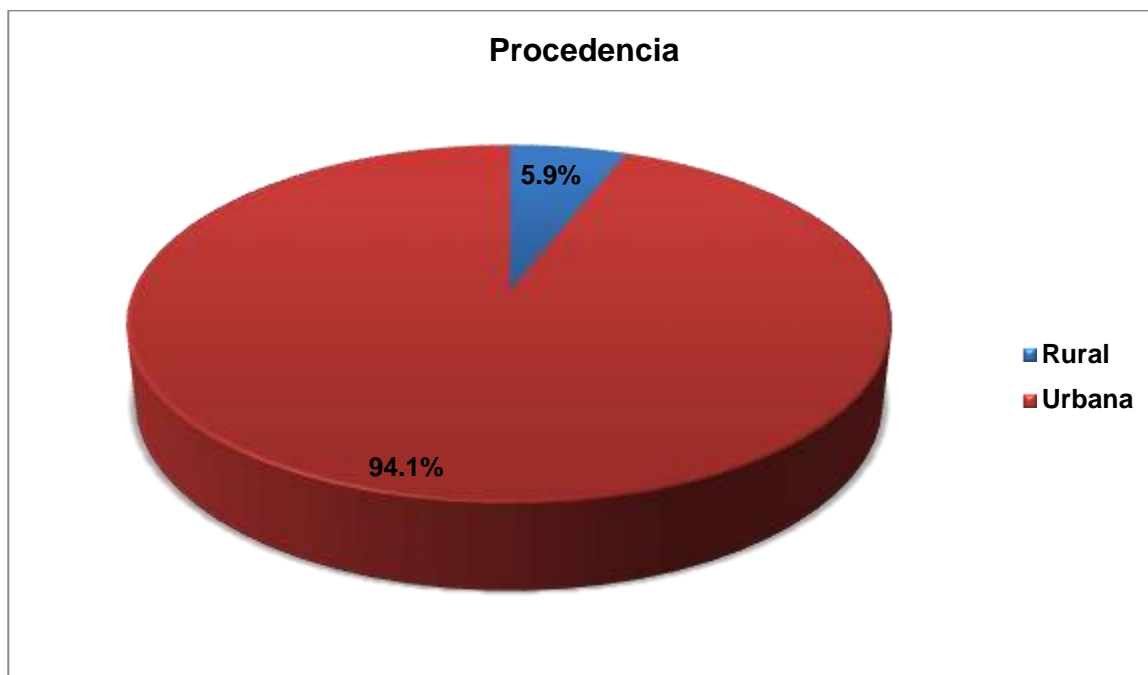
Cuadro 4. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	2	5.9
Urbana	32	94.1
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 94.1 por ciento de los pacientes vivían en zona urbana y el 5.9 por ciento rural.

Gráfico 4. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según procedencia.



Fuente: cuadro 4.

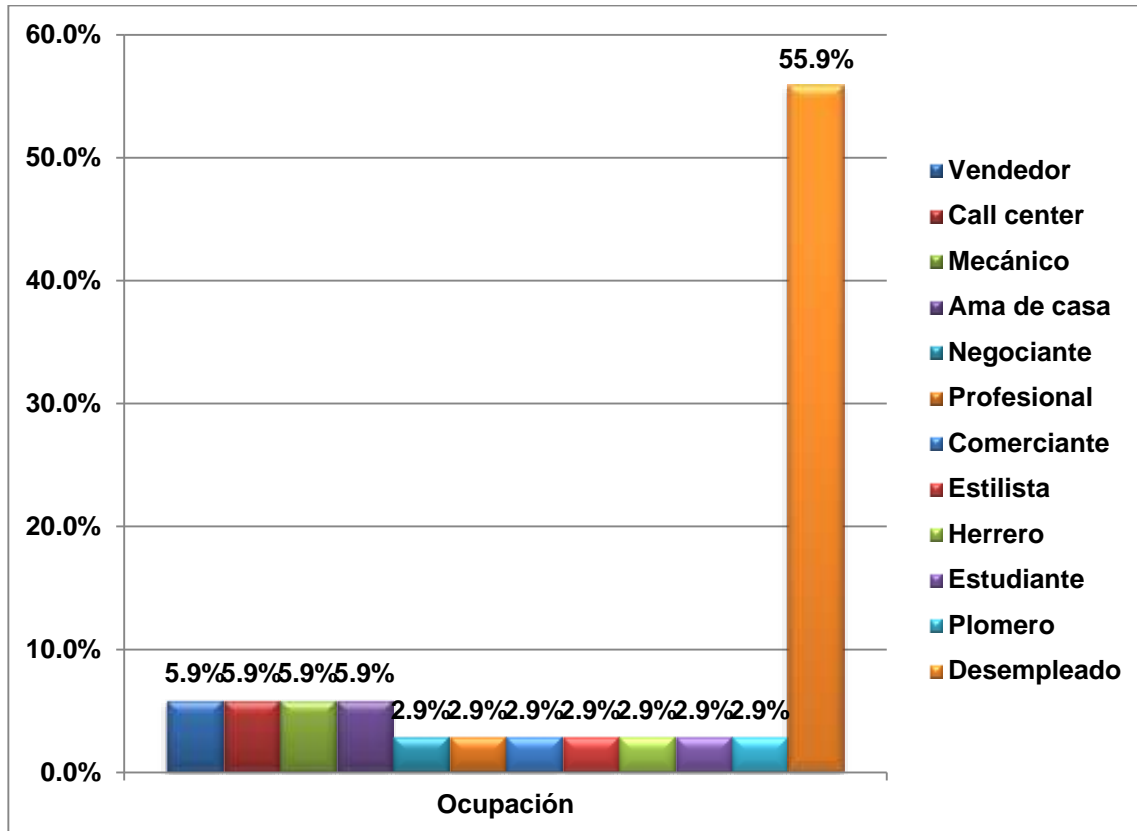
Cuadro 5. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Vendedor	2	5.9
Call center	2	5.9
Mecánico	2	5.9
Ama de casa	2	5.9
Negociante	1	2.9
Profesional	1	2.9
Comerciante	1	2.9
Estilista	1	2.9
Herrero	1	2.9
Estudiante	1	2.9
Plomero	1	2.9
Desempleado	19	55.9
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 5.9 por ciento de los pacientes tenían como ocupación vendedor, call center, mecánico y ama de casa respectivamente, el 2.9 por ciento negociante, profesional, comerciante, estilista, herrero, estudiante, plomero, respectivamente y el 55.9 por ciento estaba desempleado.

Gráfico 5. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según ocupación.



Fuente: cuadro 5.

Cuadro 6. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según drogas licitas que ha consumido.

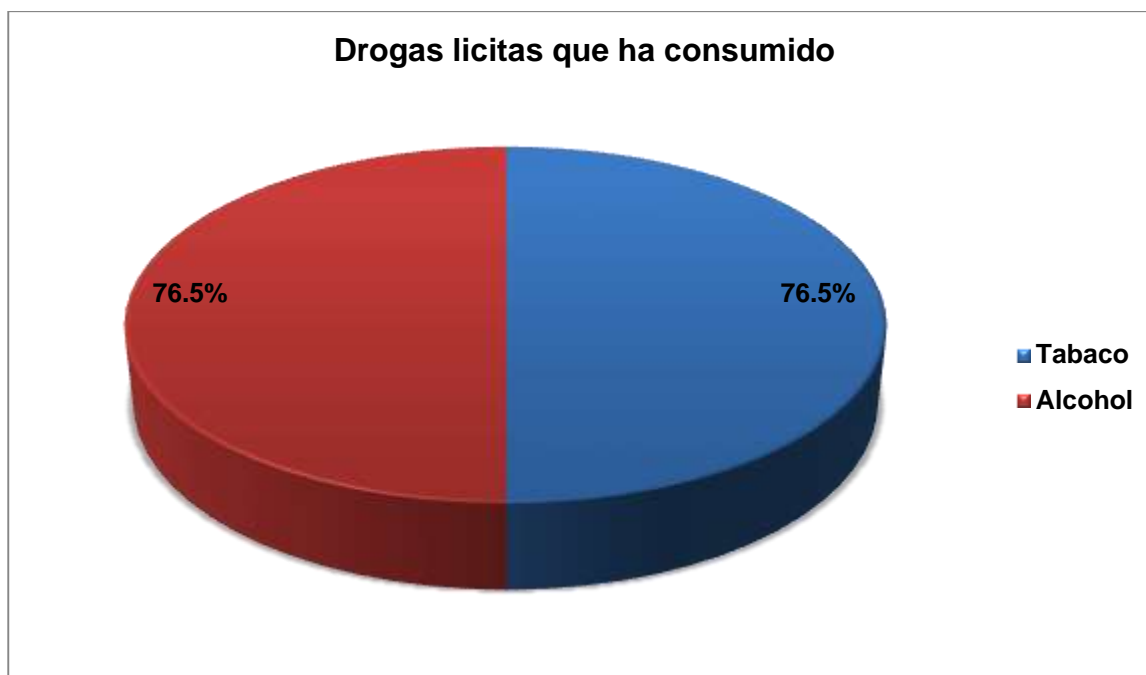
Drogas licitas que ha consumido*	Frecuencia	%
Tabaco	26	76.5
Alcohol	26	76.5

Fuente: Directa.

* Un mismo paciente fumaban tabaco y tomaban alcohol.

Se presento un 76.5 por ciento tanto para el tabaco como alcohol los pacientes que consume drogas licitas.

Gráfico 6. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según drogas licitas que ha consumido.



Fuente: cuadro 6.

Cuadro 7. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según drogas ilícitas que ha consumido.

Drogas ilícitas que ha consumido*	Frecuencia	%
Cocaína	14	41.2
Marihuana	13	38.2
Inhalantes	1	2.9
Heroína	7	20.6

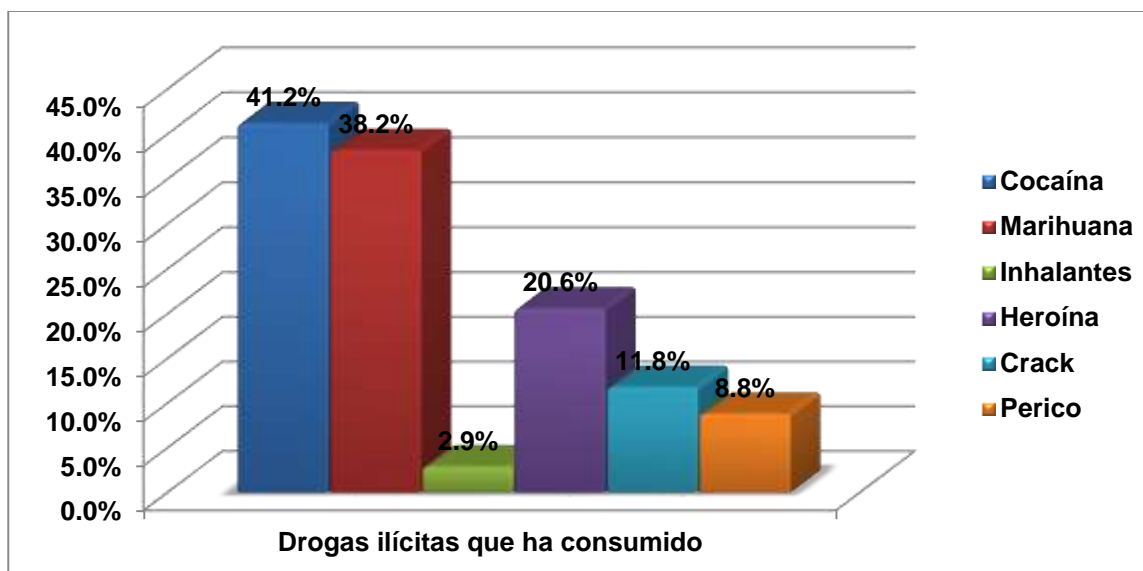
Crack	4	11.8
Perico	3	8.8

Fuente: Directa.

* Un mismo paciente consumía más de una droga ilícita.

El 41.2 por ciento de los pacientes consumían cocaína como drogas ilícitas, el 38.2 por ciento marihuana, el 20.6 por ciento heroína, el 11.8 por ciento crack, el 8.8 por ciento perico y el 2.9 por ciento inhalantes.

Gráfico 7. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según drogas ilícitas que ha consumido.



Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo de consumo antes del tratamiento.

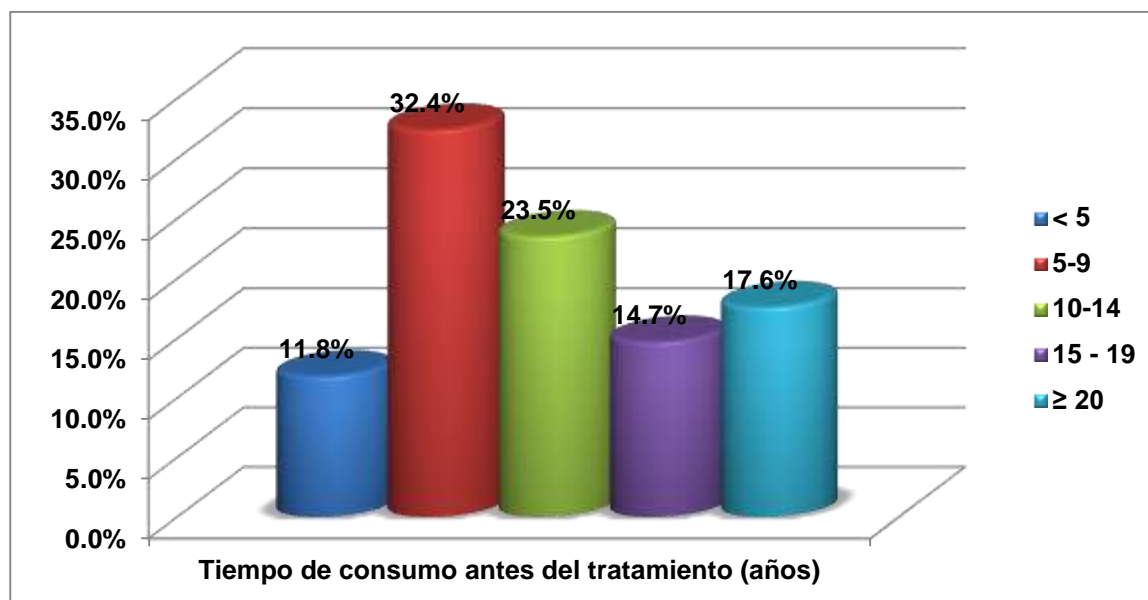
Tiempo de consumo antes del tratamiento (años)	Frecuencia	%
< 5	4	11.8
5 - 9	11	32.4

10 - 14	8	23.5
15 - 19	5	14.7
≥ 20	6	17.6
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 32.4 por ciento de los pacientes tenían de 5-9 años en consumo antes del tratamiento, el 23.5 por ciento de 10-14 años, el 17.6 por ciento más o igual a 20 años, el 14.7 por ciento de 15-19 años y el 11.8 por ciento menos de 5 años.

Gráfico 8. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo de consumo antes del tratamiento.



Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo consumiendo.

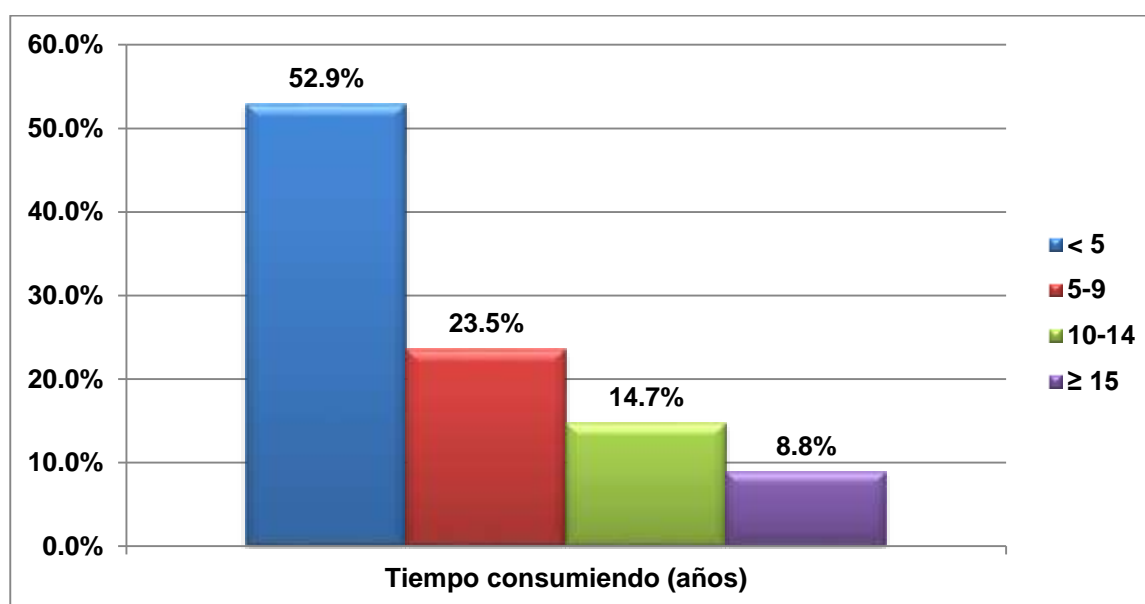
Tiempo consumiendo (años)	Frecuencia	%
< 5	18	52.9
5 - 9	8	23.5

10 - 14	5	14.7
≥ 15	3	8.8
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 52.9 por ciento de los pacientes tenían menos de 5 años consumiendo, el 23.5 por ciento de 5-9 años, el 14.7 por ciento de 10-14 años y el 8.8 por ciento más o igual a 15 años.

Gráfico 9. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo consumiendo.



Fuente: cuadro 9.

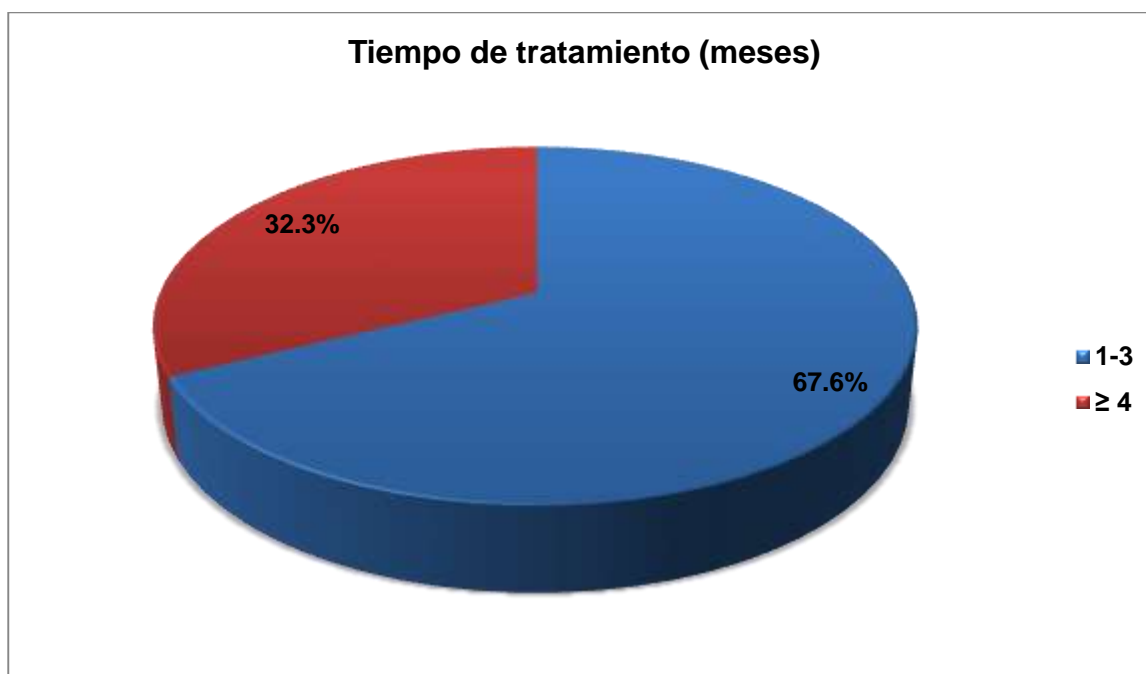
Cuadro 10. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo de tratamiento.

Tiempo de tratamiento (meses)	Frecuencia	%
1 - 3	23	67.6
≥ 4	11	32.3
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 67.6 por ciento de los pacientes tenían de 1-3 meses en tratamiento y el 32.3 por ciento más o igual a 4 meses.

Gráfico 10. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo de tratamiento.



Fuente: cuadro 10.

Cuadro 11. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tipo de tratamiento.

Tipo de tratamiento*	Frecuencia	%
Farmacológico	25	73.5
Psicológico	2	5.9
Terapia de grupo	6	17.6

Fuente: Directa.

* Un mismo paciente se le aplico más de un tratamiento.

El 73.5 por ciento de los pacientes se les aplico tratamiento farmacológico, el 17.6 por ciento terapia de grupo y el 5.9 por ciento psicológico.

Gráfico 11. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tipo de tratamiento.



Fuente: cuadro 11.

Cuadro 12. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo de abandono.

Tiempo de abandono (meses)	Frecuencia	%
1 - 3	10	29.4
4 - 6	18	52.9
≥ 7	5	14.7
Total	34	100.0

Fuente: Directa.

El 52.9 por ciento de los pacientes tenían de 4-6 meses de abandono del tratamiento, el 29.4 por ciento de 1-3 meses y el 14.7 por ciento más o igual a 7 meses.

Gráfico 12. Causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID). Enero 2017- enero 2018. Según tiempo de abandono.



Fuente: cuadro 12.

VIII. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios sobre causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancia.

El 52.9 por ciento de los pacientes respondieron que la causa de abandono de tratamiento fue por recurrencia, el 38.2 por ciento por mejoría auto decidida, el 35.3 por ciento falta de motivación, el 25.0 por ciento cambio de domicilio, el 20.6 por ciento por problemas económicos, el 11.8 por ciento incompatibilidad con el trabajo, el 5.9 por ciento inconformidad con tratamiento farmacológico y el 2.9 por ciento razones

religiosas; en un estudio realizado por Julián Escobedo Alvarado, *et al.*, Instituto Tecnológico de Monterrey, México, en el año 2007, el 41.7 por ciento reportó que necesitaba tiempo para sentir mejoría y que esa fue la principal causa para dejar de asistir a tratamiento;⁶⁰ En otro estudio realizado por Á.L. Domínguez Martín, *et al.*, en un centro público de atención a drogodependencias (CAD-4, Ayuntamiento de Madrid, España, en el año 2008, se contactó con 31 personas que accedieron a responder a la entrevista, de ellas, el 29.0 por ciento alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos, el 32.3 por ciento incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio, el 22.6 por ciento deficiencias en el servicio y 9.7 por ciento falta de motivación para seguir las pautas del tratamiento.⁵

El 41.2 por ciento de los pacientes tenían de 30-39 años; en un estudio realizado por Jenny García Valencia y María Paulina Méndez Villanueva, en una institución de Medellín, Colombia, en el año 2014, el rango de edad más predominante fue de 18-30 años con un 33.5 por ciento;⁶² en otro estudio realizado por Alexander Anduaga Beramendi, *et al.*, en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú, en el año 2016, predominó rangos de edad de 23-29 años con un 38.2 por ciento, mostrándose así la frecuencia de pacientes adultos dependientes de sustancias.⁶¹

El 79.4 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino; semejándose a un estudio realizado por Jenny García Valencia y María Paulina Méndez Villanueva, en una institución de Medellín, Colombia, en el año 2014, predominantemente varones con un 83.0 por ciento;⁶² en otro estudio realizado por Alexander Anduaga Beramendi, *et al.*, en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú, en el año 2016, el sexo masculino fue más frecuente con un 64.7 por ciento, observándose en la mayoría de los estudios el predominio de los hombres dependientes a sustancias tanto lícitas como ilícitas.⁶¹

El 55.9 por ciento estaba desempleado; en un estudio realizado por Medina Pérez, *et al.*, en la Universidad San Buenaventura, Colombia, en el año 2016, 56.0 por ciento manifestó no tener empleo, por problemas de la dependencia de sustancia es difícil que los pacientes mantengan un trabajo, observándose que más de la mitad de ellos no tienen un trabajo o tienen trabajos no formales o fijos.⁶

Se presento un 76.5 por ciento tanto para el tabaco como alcohol los pacientes que consume drogas licitas; en un estudio realizado por Alexander Anduaga Beramendi, *et al*, en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú, en el año 2016, un 39.4 por ciento de los pacientes tomaban alcohol y un 17.7 por ciento fumaban.⁶¹

El 41.2 por ciento de los pacientes consumían cocaína como drogas ilícitas, el 38.2 por ciento marihuana, el 20.6 por ciento heroína, el 11.8 por ciento crack, el 8.8 por ciento perico y el 2.9 por ciento inhalantes; en otro estudio realizado por José Eduardo Cruz Díaz, *et al*, en un Centro de Atención Ambulatoria y de Día en Lima, Perú, en el año 2016, la cocaína predomino con un 35.5 por ciento de los pacientes;⁶³ en otro estudio realizado por Jenny García Valencia y María Paulina Méndez Villanueva, en una institución de Medellín, Colombia, en el año 2014, la dependencia más frecuente fue la marihuana con un 58.1 por ciento, seguido de la cocaína 49.5 por ciento y el alcohol para un 43.3 por ciento;⁶² en otro estudio realizado por Medina Pérez, *et al.*, en la Universidad San Buenaventura. Colombia, en el año 2016, la sustancia psicoactivas (SPA) de entrada fue: 44.2 por ciento tabacos, 25.8 por ciento marihuanas, 18.0 por ciento alcohol y 5.7 por ciento cocaína.⁶

El 32.4 por ciento de los pacientes tenían de 5-9 años en consumo antes del tratamiento; en comparación a un estudio realizado por José Eduardo Cruz Díaz, *et al*, en un Centro de Atención Ambulatoria y de Día en Lima, Perú, en el año 2016, el tiempo de consumo antes del tratamiento fue de 15-19 años con un 48.4 por ciento.⁶³

IX. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 52.9 por ciento de los pacientes respondieron que la causa de abandono de tratamiento fue por recurrencia.
2. El 41.2 por ciento de los pacientes tenían de 30-39 años.
3. El 79.4 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino.
4. El 94.1 por ciento de los pacientes vivían en zona urbana.
5. El 5.9 por ciento de los pacientes tenían como ocupación vendedor, call center, mecánico y ama de casa respectivamente.
6. Se presento un 76.5 por ciento tanto para el tabaco como alcohol los pacientes que consume drogas licitas.

7. El 41.2 por ciento de los pacientes consumían cocaína como drogas ilícitas.
8. El 32.4 por ciento de los pacientes tenían de 5-9 años en consumo antes del tratamiento.
9. El 52.9 por ciento de los pacientes tenían menos de 5 años consumiendo.
10. El 67.6 por ciento de los pacientes tenían de 1-3 meses en tratamiento.
11. El 73.5 por ciento de los pacientes se les aplicó tratamiento farmacológico.
12. El 52.9 por ciento de los pacientes tenían de 4-6 meses de abandono del tratamiento.

X. RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar lo siguiente:

1. Se recomienda a los establecimientos de salud diseñar estrategias para disminuir el consumo de alcohol y drogas en los pacientes, con el apoyo multisectorial a través de la participación de instituciones dedicadas a estos cuidados.
2. Capacitar adecuadamente al paciente para atenuar la sensación de falta de eficacia del tratamiento y trabajar considerando la no discriminación de los pacientes cuando se encuentran en tratamiento y de esta manera se podría disminuir la posibilidad de riesgo de abandono del tratamiento.
3. El establecimiento de Salud debe considerar la posibilidad de elaborar y ejecutar un plan de trabajo integral considerando las actividades que promuevan la adherencia al tratamiento e impulsar el apoyo familiar, laboral y social del paciente para promover la adherencia y evitar el riesgo de abandono al tratamiento.
4. La acción comunitaria deberá organizar y desarrollar programas de actividades que integren a todos los miembros de la población, potenciar actividades que profundicen el concepto de "salud integral", conseguir la maduración y responsabilidad de las personas potenciando el aumento de sus capacidades, evitar la excesiva disponibilidad de las drogas limitando su uso y eliminar los lugares de venta.

5. Promover los factores de protección identificados en esta investigación en los/as adolescentes con los/as cuales se trabaja para que les permita desarrollar la resistencia, dado que difícilmente se podrá modificar el ambiente de riesgo al consumo y venta de drogas en el cual se desenvuelven.

XI. REFERENCIAS.

1. Méndez M, Leal Rojas EC, Prieto Suárez E, et al. Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Estudio descriptivo. Rev Fac Med Unal. 2008;56:338-52.
2. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. Addict Behav, 31 (2006), pp. 320-30
3. Callaghan RC, Hathaway A, Cunningham JA, Vettese LC, Wyatt S, Taylor L. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoretical model. Addict Behav, 30 (2005), pp. 1834-47
4. J.J. López Goñia, *et al.* Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Trastornos Adictivos. 2008;10(2):104-111.
5. Á.L. Domínguez Martín, *et al.* Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. Volume 10, Issue 2, March 2008, Pages 112-120
6. Medina-Pérez, Oscar A. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana, Rev. Colomb. Psiquiatr. Vol.41 No.3, 2012.
7. Guía Y Protocolo de Atención Integral en el Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Conductas Adictivas. Sociedad Dominicana de Psiquiatría, Inc. Septiembre, 2014.
8. Presenta SSJ resultados 2015 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. 2015.

9. Avila MM. Factores de riesgo y consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de bachillerato. [Disertación]. Monterrey (N.L): Facultad de Enfermería/UANL; 2004.
10. Méndez y Villar. Uso de sustancias psicoactivas, un nuevo desafío. Rev. Latinoamericana en farmagen. Vol 12 (1) marzo/abril. España 2004
11. Guía y protocolo de atención integral en el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y conductas adictivas, 1ra edición, 2013
12. Volkow N.D. M.D. Serie de Reportes de Investigación Abuso de la Marihuana. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Impresa en agosto del 2005. Revisada en mayo del 2011.
13. Samuel DB, LaPaglia DM, Maccarelli LM, Moore BA, Ball SA. Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. Am J Addict. 2011;20:555-62.
14. Kenne DR, Boros AP, Fischbein RL. Characteristics of opiate users leaving detoxification treatment against medical advice. J Addict Dis. 2010;29:383-94.
15. Schroder R, Sellman D, Frampton C, Deering D. Youth retention: factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. Drug Alcohol Rev. 2009;28:663-8.
16. Méndez y Villar. Uso de sustancias psicoactivas, un nuevo desafío. Organización Mundial de la Salud, 10ma Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, (ICD-10) 1994.
17. DSM-IV TR, "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Barcelona, España. 2002.
18. Jacobo. "Manual de Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento". Edición. Carga. José Luis Graña Gómez. Año 1999, México D.f.: 165-183.
19. Fernández Pérez del Rio Fernando. "Estudios Sobre Adicciones" Publicaciones de la EXCMA. Diputación Provisional de Burgos. España: 44-6
20. Jorge Ruiz "Manual Básico de Adicciones" Editorial la común: I.S.B.N. Nº 987-20583-2-6. 2003. Argentina: 18-19

21. Elisardo Becoña Iglesias, Maite Cortés Tomás, Francisco Arias Horcajadas. "Manual de Adicciones para Psicólogos en Formación de Psicología Clínica" editora: socio droga alcohol. I.S.B.N.: 978-84-933094-3-5. Barcelona 2010.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre las Drogas 2012, oficina de las naciones unidas contra las drogas y el delito.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre las Drogas 2013, oficina de las naciones unidas contra las drogas y el delito
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Guía y protocolo de Atención Integral en el Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Conductas Adictivas" Paginas 12 y 13, Santo Domingo República Dominicana 2013.
25. María de la Cruz Pellín, Carmen Gimeno, Javier Esteban. Diferencias en los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR de los trastornos relacionados con sustancias y comentarios sobre términos utilizados Salud y drogas, vol. 2, núm. 2, 2002, pp. 57-88, Instituto de Investigación de Drogodependencias. España.
26. Rivera FJ, Chavira RM. El paciente farmacodependiente traumatizado: manejo anestésico. Rev Mex Anest 2004;27(Spl. 1):S167-9.
27. Stymson GV, Labrousse A, Costa L, Pimenta P. II Conferencia Nacional sobre Conferencia de drogas. Intercambiando 2004:6.
28. Del Moral MM, Lorenzo P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Drogodependencias. Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Eds. Editorial Médica Panamericana. Madrid, Esp. 2003:3-26.
29. Ramos JA, Fernández R J. Mecanismos neuroquímicos de la drogodependencia. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Eds. Drogodependencias. (Farmacología, Patología, Psicología, Legislación). 2ª Ed. Panamericana. Madrid, Esp. 2003:57-68.
30. May JA, White HC, White AL, Warltier DC, Pagel PS. The patient recovering from alcohol or drug addiction: special issues for the anaesthesiologist. Anesth Analg 2001;92:1601-8.
31. Kelley AE, Berridge AC. The neuroscience of natural rewards: relevant to addictive drugs. J Neurosc 2002;22:3306-11.

32. Ferreira M. Marihuana: Breve historia de la medicina prohibida. Sábado, 2 de Noviembre de 2013.
33. Vellgan DI, Leiden PJ, Sajalovic M, Scout J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensus guideline series: adherent problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry, 2009; 70 Suppl 4: 1-46; quiz 47-8.
34. Sirvent C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. Norte de Salud Mental, 2009; 33:51-58.
35. Roca M. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico español, 2007. Actas Esp Psiquiatr; 35 (Suppl, 1):1-6.
36. Giron Garcia S., Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. Trastornos Adictivos. 2007; 9(2):75-96.
37. Roncero C, Barra C, Grau-López L, Esteve O, Casas M. Protocolos de intervención de patología dual: Esquizofrenia. Edikamed. Barcelona 2010. Disponible en: www.patologiadual.es ISBN 978-84-7877-623-B.
38. Raes V, De Jong Cor AJ, De Bécquer D, Broekaert E, De Maeseneer J. The effect of Using Assessment Instruments on Substance-abuse Outpatients Adherence to Treatment: a Multi-centre Randomised Controlled Trial. BMC Health Services Research 2011, 11:123.
39. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. (Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art). Actas Esp Psiquiatr. 2007. 35(3):182-189.
40. Fernandez-Castillo N, Ribases M, Roncero C, Casas M, Gonzalvo B, Comand B. Association Study between the DAT1, DBH and DRD2 genes and cocaine dependence in a Spanish sample. Psychiatr Genet. 2010.
41. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJM, Baler R, Telang F. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. Neuropharmacology. 2009; 56 (1):3-8.
42. Corominas M, Roncero C, Casas M. el sistema dopaminérgico y las adicciones. Mente y cerebro. 2009; 35:78-85.

43. Dutra L, Stathopoulou G, Basden S, Leyro T, Powers M, Otto M. A meta-Analytic Review of psychosocial interventions for Substance use Disorders. *Am J Psychiatry* 165:2, February 2008.
44. Grau-López L, Roncero C. Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. Proyecto Suficiencia Investigadora, Universitat Autònoma Barcelona. Junio 2010.
45. Ahmadi J, Kampman K, Oslin D, Pettinati H, Dackis Ch, Sparkman T. Predictors of treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence treatment. *Am Journal Addictions*. 18(1): 81-86. January 2009.
46. Mc Carty D, Gustafson D, Wisdom J, Ford L, Chor D, Molfenter T, Capoccia V, Cotter F. The network for the improvement of Addiction Treatment (NIATX): Enhancing access and retention. *Drug Alcohol Depend* 2007. 88:138-145.
47. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2010 Sep; 16(5): 306-24.
48. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2010 Jan; 16(1):34-45.
49. Secades-Villa R, Fernández Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*. 2000; 12(13): 353-363.
50. Torres de Galvis Y, Posada-Villa J, Bareño-Silva J, Berbesí-Fernández DY. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:S14-35.
51. Magura S. Effectiveness of dual focus mutual aid for co-occurring substance use and mental health disorders: a review and synthesis of the "Double Trouble" in Recovery evaluation. *Subst Use Misuse*. 2008;43:1904-26.

52. Isaza C, Suárez P, Henao J, et al. Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Rev. Investig. Andina*. 2010;12:24-34.
53. Gonzalvo B, Coronado M, Martínez-Luna N, Alvarez A, Megias O, Roncero C, Casas M. Estudio de Adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías-foro Internacional. 7-9 Octubre 2009. Las Palmas de Gran Canaria.
54. Gawin, F.H.; Kleber, H.D. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Arch General Psychiatry* 2009; 43: 107-113.
55. Martínez Mantilla JA, Amaya Naranjo W, Campillo HA, et al. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia 1996-2004. *Rev. Salud Pública*. 2007;9:215-29
56. Fernández-Hermida JR, Secades R, Magdalena-Benavente Y, Riestra del Rosal C. Evaluación de la Eficacia del Programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias; 2009.
57. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addict Behav*. 2006;31:320-30.
58. Porcel Medina, M. El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*. Nº. 14, Enero 2005.
59. Gavino A. y Godo, A. Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1993 Vol. 19 (66) 511–536.
60. Julián Escobedo Alvarado, et al. Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *En-clav. pen* vol.1 no.2 México nov. 2007.
61. Alexander Anduaga Beramendi, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta méd. peruana* vol.33 no.1 Lima ene./mar. 2016

62. Jenny García Valencia y María Paulina Méndez Villanueva. Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. *rev.colomb.psiquiater.* vol.43 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2014
63. José Eduardo Cruz Díaz, et al. Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 jun;37(2):e57037.
64. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2): 321.
65. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations for Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2016-2018
Selección del tema	Septiembre 2016
Búsqueda de referencias	Octubre 2016
Elaboración del anteproyecto	Noviembre 2016- Agosto 2017
Sometimiento y aprobación	Octubre 2017-
Recolección de la información	Enero 2018
Tabulación y análisis de la información	Enero 2018
Redacción del informe	Febrero 2018
Revisión del informe	Marzo 2018
Encuadernación	Abril 2018
Presentación	

XII.2. Consentimiento informado

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad Ciencias de la Salud

CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPENDENCIAS DE SUSTANCIAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LAS DEPENDENCIAS (CAID). ENERO 2017-2018.

DESCRIPCIÓN

Usted ha sido invitado/a a participar en esta investigación que tiene como objetivo principal determinar las causas de abandono de tratamiento en pacientes con dependencias de sustancias que asisten al Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID).

PROPOSITO

Determinar las causas por la cual el paciente abandona el tratamiento.

ALTERNATIVA

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede interrumpir la evaluación en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la misma. No hay penalidad por rechazar participar. Usted fue seleccionado/a para participar en esta investigación por ser paciente del Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), ya que usted cumple con los criterios de inclusión, para ser parte de la metodología de esta investigación.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad del participante será protegida.

Toda información o datos que puedan identificarlo/a serán manejados confidencialmente.

COSTOS, RIESGOS & BENEFICIOS

Su participación en este estudio no tiene costo alguno.

Su participación en este proyecto no representa riesgo para usted.

Si se siente incómodo/a con algún aspecto incluido en la misma, tiene toda la libertad de no contestarlo/a.

Yo el/la Sr/Sra. _____ acepto estar de acuerdo en aportar mi conocimiento para este estudio, así como su publicación.

Scarlet Jiménez Jiménez

Jader Stiven Damiron Acosta

Dr. Jaime Martínez Yepes

XII.3. Instrumento de recolección de datos

CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPENDENCIAS DE SUSTANCIA QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LAS DEPENDENCIA (CAID). ENERO 2017- ENERO 2018.

No. récord _____

Código Px: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

1. Edad: _____ años Sexo: _____ Procedencia: Rural _____ Urbana _____

2. Ocupación: _____

3. Drogas lícitas que ha consumido:

Tabaco _____

Alcohol _____

4. Drogas ilícitas que ha consumido:

Cocaína _____

Marihuana _____

Inhalantes _____

Alucinógenos _____

Otros _____

5. Tiempo de consumo antes del tratamiento: _____

6. Tiempo consumiendo: _____

7. Tiempo de tratamiento: _____

8. Tipo de tratamiento: _____

9. Causas de abandono del tratamiento:

a) Por mejoría auto decidida.

b) Incompatibilidad con el trabajo.

- c) Cambio de domicilio.
- d) Falta de motivación.
- e) Por problemas económicos.
- f) Recurrencia.
- g) Razones religiosas.
- h) Otros:_____

10. Tiempo de abandono:_____

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
Dos sustentantes			
Dos asesor (metodológico y clínico)			
Estadígrafo			
Digitador			
Secretaria			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	120.00	360.00
Papel Mistique	1 resmas	80.00	80.00
Lápices	1 unidad	10.00	10.00
Borras	1 unidad	5.00	5.00
Bolígrafos	1 Unidad	10.00	10.00
Sacapuntas	1 unidad	5.00	5.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.; CD-ROM 52x			
Impresora Epson stylus 440			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector	1 unidad	2,500.00	2,500.00
Cartuchos Epson stylus 440	2 unidades	1,000.00	2,000.00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos			
Papelería(copias)	300 copias	0.75	225.00
Encuadernación	8 informes	250.00	2,000.00
Inscripciones	1 Inscripción	12,000.00	12,000.00
Alimentación			
Transporte			
Imprevistos			
Total			\$ 19,195.00

* Los costos totales de la investigación serán cubiertos por los sustentantes.

XII.5. Evaluación.

Sustentantes:

Scarlet Jiménez Jiménez

Jader Stiven Damiron Acosta

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez Berroa

Dr. Jaime Martínez Yepes

Jurados:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano de la Facultad de la
Ciencias de la Salud

Calificación: _____

Fecha de entrega: _____