

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

POSGRADO EN PSIQUIATRÍA

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

TESIS DE GRADUACIÓN

**CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS PACIENTES CON
TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EGRESADOS DEL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO EN EL AÑO 2011:
PROPUESTA DE TERAPIA GRUPAL DE 4 SESIONES EN EL
MANEJO DE CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES QUE
ADEMÁS PADECEN ESQUIZOFRENIA O TRASTORNOS
AFECTIVOS QUE ESTÉN HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL PSIQUIÁTRICO**

DR. ELMER VALVERDE ALFARO

DRA. ALEXANDRA ARCE VON HEROLD

TUTOR: DR. RANDALL QUIRÓS MARCHENA

ENERO 2013

Carta de aprobación de la investigación

Tribunal examinador

Carta de Filología

Tabla de contenidos

Carta de aprobación de la investigación.....	ii
Tribunal examinador	iii
Carta de Filología.....	iv
Tabla de contenidos.....	v
Lista de cuadros y tablas	viii
Lista de figuras e ilustraciones	x
Lista de abreviaturas	xii
Introducción	13
1.1 Justificación.....	15
1.2 Antecedentes	18
1.2.1 Antecedentes generales	18
1.2.2 Antecedentes internacionales	22
1.2.3 Antecedentes nacionales	24
1.2.4 Antecedentes locales	28
1.3 Viabilidad del estudio.....	29
1.4 Delimitación y formulación del problema de investigación.....	30
1.4.1 Planeamiento del problema	30
1.4.2 Formulación del problema	31
1.5 Objetivos	32
1.5.1 Objetivos generales	32
1.5.2 Objetivos específicos.....	32
1.5.3 Hipótesis.....	33
Hipótesis nula:.....	33
Hipótesis alterna:.....	33
Capítulo 2.....	34
Marco teórico	34
Patología dual.....	37
Intervención grupal:	45
Capítulo 3.....	50
Marco metodológico	50
3.1 Tipo de estudio.....	51

3.2	Área de estudio.....	53
3.3	Sujetos de estudio.....	54
3.3.1	Criterios de inclusión	56
3.3.2	Criterios de exclusión.....	57
3.4	Fuentes de información	58
3.5	Variables.....	59
3.6	Operacionalización de las variables	60
3.7	Técnicas e instrumentos	61
3.7.1	Aspectos bioéticos.....	61
	Principio de autonomía.....	61
	Principio de justicia.....	61
	Principio de beneficencia	62
	Principio de no maleficencia.....	62
3.8	Análisis de la información.....	63
3.8.2	Procesamiento y análisis de los datos.....	64
3.9	Resultados esperados y limitaciones	65
3.9.1	Proyecciones.....	65
3.9.2	Limitaciones del estudio.....	65
3.10	Cronograma.....	67
Capítulo 4	68
Resultados y discusión	68
	Caracterización de pacientes, según grupos de edad:.....	69
	Caracterización de pacientes, según el sexo:.....	71
	Caracterización de pacientes, según el lugar de procedencia.....	73
	Caracterización de pacientes, según la escolaridad:.....	77
	Caracterización de pacientes, según la ocupación.....	83
	Caracterización de pacientes, según el estado civil.....	86
	Caracterización de pacientes, según la edad de inicio de consumo de drogas	88
	Caracterización de pacientes, según las sustancias que consumen	91
	Caracterización de pacientes, según la comorbilidad psiquiátrica	97
	Caracterización de pacientes, según el tiempo de consumo de sustancias.....	104
	Caracterización de pacientes, según enfermedades médicas concomitantes.....	107

Propuesta de una terapia de grupo para TUS en cuatro sesiones	110
Capítulo 5:.....	120
Conclusiones y recomendaciones.....	120
5.1 Conclusiones	121
5.2 Recomendaciones.....	122
Referencias bibliográficas.....	123
Anexos.....	130
Anexo 1: Datos sobre diagnósticos de consumo de sustancias en pacientes egresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí del año 2007 al 2011.....	131
Anexo 2: definición de términos:	136
Anexo 3: Ejemplo de plantilla de Microsoft Excel® que se va a utilizar para recolección de los datos de los expedientes de salud.....	137

Lista de cuadros y tablas

Cuadro 1:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según sexo, Hospital Nacional Psiquiátrico , 2011.....	70
Cuadro 2:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) durante el 2011, por trastorno por uso de sustancias, según la provincia de procedencia.....	72
Cuadro 3:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP durante el año 2011, por trastorno por uso de sustancias, según la provincia de procedencia Y el sexo.....	74
Cuadro 4.	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias en el HNP (CR) durante el 2011, según el grado escolaridad.....	76
Cuadro 5:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) durante el 2011, por trastorno por uso de sustancias según grado escolaridad y el sexo.....	80
Cuadro 6:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según ocupación.....	82

Cuadro 7:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según el estado civil.....	85
Cuadro 8:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante 2011, según la edad de inicio de consumo de droga	87
Cuadro 9:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según el tipo de sustancias consumidas.....	90
Cuadro 10:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según los diferentes tipos de sustancias consumidas.....	92
Cuadro 11:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según la comorbilidad psiquiátrica por persona.....	96
Cuadro 12:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según la comorbilidad psiquiátrica.....	99

Cuadro 13: Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según el tiempo de consumo de la droga..... 103

Cuadro 14: Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el año 2011, según enfermedades médicas concomitantes..... 106

Lista de figuras e ilustraciones

Figura 1:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según grupos de edad, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	68
Figura 2:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según provincia de procedencia, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	73
Figura 3:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias en el HNP (CR) durante el 2011, según provincia de procedencia y sexo.....	75
Figura 4:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según grado de escolaridad	78
Figura 5:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según grado de escolaridad por sexo, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	81
Figura 6:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según ocupación, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	84
Figura 7:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según el estado civil.....	86

Figura 8:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según edad de inicio en el consumo de drogas, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	89
Figura 9:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según sustancias consumidas por cada persona, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	91
Figura 10:	Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según los diferentes tipos de sustancias consumidas	94
Figura 11:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según comorbilidad psiquiátrica por personas, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	98
Figura 12:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según comorbilidad psiquiátrica Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011.....	101
Figura 13:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según tiempo de consumo de la droga, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011	105
Figura 14:	Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias según enfermedades médicas concomitantes, Hospital Nacional Psiquiátrico 2011.....	107

Lista de abreviaturas

CIE 10: Décima clasificación internacional de las enfermedades, Organización Mundial de la Salud.

DSM-IV: Por sus siglas en inglés: “Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 4° edition” (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición).

CLOBI: Comité Local de Bioética.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, San José, Costa Rica.

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José, Costa Rica.

TUS: Trastorno por uso de sustancias

Introducción

1.1 Justificación

Según estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico, entre los años 2007 y 2011, existe una tendencia al aumento de egresos hospitalarios de personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (ver Anexo 1).

En este hospital no se cuenta con una caracterización demográfica que permita conocer de dónde vienen estas personas, el sexo, la edad, cuándo iniciaron el consumo y el tiempo que llevan con esta práctica. Asimismo, no se tienen registros sobre el nivel de escolaridad, profesión, estado civil, posible comorbilidad psiquiátrica o médica, y qué tipo de sustancias consumen.

Como es el caso de un estudio de caracterización demográfica de consumidores de heroína en Colombia, en el cual, Isaza y colaboradores (2010) encontraron que la edad promedio fue de 31 ± 10 años (rango: 16-59 años), además, el 89% tenía nivel de educación entre primaria y bachillerato, solo el 20% estaba casado o en unión libre y el 30% carecía de seguridad social. La edad de inicio en el consumo fue de 16.5 ± 6 años, el 81% de ellos reportó la existencia de al menos un familiar drogadicto. Asimismo, prevalece el consumo de derivados de la coca (115/120) sobre la heroína (31/120) y 119, de los 120 pacientes, eran poli consumidores.

Entre enero del 2003 y junio del 2008, Álvarez y colaboradores (2009) realizaron un estudio descriptivo en una empresa en Medellín, Colombia, para identificar características sociales, de salud y de consumo de heroínómanos. La información se obtuvo de las historias clínicas, así, la edad promedio fue de 22.6, el 74% eran hombres, el 39.7% pertenecían a familias monoparentales, el 47.9% eran de estrato bajo, el 50.7% cursaban educación superior. Asimismo, con 32.9%, las comorbilidades fueron depresión y trastornos de personalidad, la vía de consumo más frecuente fue la venosa con 74 %, el promedio de consumo fue 4 veces al día. Finalmente, se registró el consumo de otras sustancias como marihuana 80.8% y benzodiacepinas 4.8%.

De igual manera, otro estudio realizado en una población de Alicante, España, Pascual y colaboradores (2001) trabajaron con consumidores de alcohol y cocaína. Es esa ocasión,

encontraron que la edad promedio de los consumidores era de 26 y 35 años, además, la mayoría eran trabajadores asalariados con primaria completa. Así, utilizaban ambas sustancias, en casi la mitad de los casos, “para animarse”, según mencionan los investigadores.

En países como Colombia y Brasil, según lo refieren Gálvez y Rincón (2009), esta situación se convierte en un problema de salud pública, debido a los múltiples efectos que se relacionan con esta patología, tales como la baja productividad laboral, conductas de riesgo, afectación de la salud mental y desestabilidad familiar.

Ahora bien, según estos mismos autores, existe mayor dificultad en el manejo de pacientes con enfermedad mental que a su vez presentan un trastorno por uso de sustancias comórbidamente. Esta comorbilidad conlleva al aumento de recaídas, imposibilidad para permanecer en los programas de rehabilitación, así como a un mayor número de hospitalizaciones e incremento de los costos a largo plazo.

Otros autores como Pilar Calvo Estopiñán y colaboradores (2009) mencionan que estudios realizados, para evaluar la terapia de grupo, han expuesto que pacientes en psicoterapia grupal mejoran su grado de compromiso, tienen porcentajes altos de abstinencia, mejoran la transición de tratamiento interno a tratamiento ambulatorio y tienen a cumplir con las citas de seguimiento. Sin embargo, no se especifican las características de las terapias de grupo utilizadas.

Esta misma autora y sus colaboradores, además, mencionan que el grupo permite aceptar y entender la enfermedad, brinda herramientas para la autonomía del paciente y prepara al individuo ante situaciones de riesgo. Asimismo, aumenta la motivación en casos de abstinencia, disminuye la tendencia a la negación y da respuesta a la necesidad de adaptación social. Por lo tanto, se refuerza la autoeficacia del paciente, ayudándole a reconocer las situaciones de riesgo y a utilizar actitudes alternativas para evitar nuevos consumos.

El desarrollo de estrategias de intervención efectivas, para adictos con mayor morbilidad psiquiátrica, según lo plantean Colli y Zaldívar (2002), requiere de amplio interés por parte de las instituciones, los especialistas, las empresas prestadoras de los servicios médicos, así

como de todos los organismos encargados de regular la atención y cobertura de salud mental en nuestro país.

Con la información anterior, los investigadores creemos pertinente plantear un modelo de terapia de grupo que permita un mejor desarrollo social y de habilidades en las personas que padecen esquizofrenia o trastornos afectivos y que tienen la comorbilidad del trastorno por uso de sustancias. En ese sentido, resulta adecuado que este proceso se realice de forma breve, puesto que favorecerá la salud en estas personas por medio de un proceso terapéutico orientado a prevenir el consumo de sustancias, disminuyendo las complicaciones que generan el consumo de drogas y a la vez, buscando una mejoría en la clínica de la esquizofrenia o el trastorno afectivo que estas personas padecen y se utilizarán menos recursos, pues con esta mejoría, tenderán a reducirse los internamientos de estas personas, y se favorece su proceso de rehabilitación para incorporarse a labores económicamente productivas.

Esto, en nuestro contexto nacional, como un país pequeño, con una cantidad de recursos limitada en salud y, consecuentemente, con limitaciones para la atención de la salud mental, obliga a la búsqueda de estrategias para maximizar los resultados con los recursos disponibles, buscando una mayor justicia distributiva de los recursos.

Un proceso que conlleve beneficios, como los que hemos mencionado, derivará en una disminución de costos relacionada con la atención al paciente a corto, mediano y largo plazo, lo cual favorecerá al sistema de seguridad social de nuestro país.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes generales

El consumo de drogas se presenta, a nivel mundial, con diferentes manifestaciones en su comportamiento; los patrones de consumo son dinámicos, ya que muestran diferentes características en relación con el tipo de sustancias que se ingieren.

Parafraseando a Fonseca (2012), la afectación, por el aumento de personas con dependencia, que sufren los países de paso de drogas es más evidente con el transcurso de los años, sobre todo en los países de desarrollo medio. En estos, se ha constatado que existen muchas limitaciones en la atención de las drogodependencias. Dichos países cuentan con menos centros especializados para la atención en drogas, como sí lo tienen los países más ricos, donde la población sí puede pagar los tratamientos o tienen mayor facilidad.

A continuación se expondrán aspectos relevantes de algunas de las sustancias que, durante el presente estudio, se encontraron dentro de las que eran consumidas por la población ingresada al HNP con algún diagnóstico por consumo de sustancias.

Tabaco

Según lo menciona Fonseca (2012), el tabaco es una de las mayores preocupaciones que afronta el mundo y su trascendencia es cada vez más notoria. Así, de acuerdo con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud, el consumo de este provoca la muerte a más de cinco millones de personas al año, es decir, su consumo provoca que 1, de cada 10 adultos, fallezca. Asimismo, más de 600000 personas mueren por estar expuestas al humo ambiental.

La dependencia al tabaco es reconocida como un trastorno mental y del comportamiento, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la

Salud (CIE-10), como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV).

Alcohol

Respecto al consumo de alcohol, tal como lo plantea Bejarano (2012), existen percepciones, a nivel social, que destacan algunos aspectos positivos; consideraciones sobre su poder de cohesionar socialmente y facilitar la interacción. De esa manera, cuenta con arraigo cultural, familiaridad y un marco general, en el cual la población costarricense convive con las bebidas alcohólicas, y esto a su vez está relacionado con intereses económicos de la industria del alcohol para mantener el consumo del mismo.

Ritter y Chalmers (2011) plantean que existe evidencia sólida sobre la relación positiva que existe entre el consumo de alcohol y la economía de un país: un crecimiento económico robusto se asocia a un alto consumo de alcohol.

Por este motivo Bejarano (2012) considera la posibilidad de desarrollar, a mayor escala, las denominadas *intervenciones breves*, estrategia patrocinada por la OMS. Así, mediante estas promover la detección temprana de problemas asociados al abuso de alcohol, a partir de un tamizaje efectivo y de bajo costo.

Cannabis

El cannabis, y su uso como sustancia psicoactiva, ha sido documentado desde hace miles de años, según lo describen Schultes y Hoffman (2000) y Escohotado (1989). Sin embargo, este se hizo realmente popular en década de 1960, cuando formó parte central de un movimiento contracultural juvenil en Estados Unidos. De esa manera, de acuerdo con Global Cannabis Commission (2008) se extendió, las siguientes dos décadas, por todo el continente americano y gran parte de Europa. Posteriormente, en la década de noventas, ocupó el mundo entero .

El correcto balance de los compuestos cannabinoides es la base para la utilización medicinal del cannabis. De hecho, como lo plantea The American College of Physicians (2008), sus beneficios en el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, VIH/SIDA, glaucoma, esclerosis múltiple y la artritis, han sido demostrados. No obstante,

el fumado puede afectar negativamente el sistema respiratorio, por lo que se recomienda administrar la sustancia mediante alimentos, vaporizadores, tinturas o aceites

Al igual que otras sustancias psicoactivas, según The Global Cannabis Commission (2008) el consumo de cannabis puede tener efectos adversos en la salud, aunque su impacto es relativamente modesto en comparación con el de otras drogas lícitas e ilícitas. Por un lado, se pueden observar los efectos agudos o a corto plazo, como el riesgo de accidentabilidad de tránsito o las sensaciones de ansiedad y pánico, especialmente en usuarios experimentales.

Por otro lado, en el impacto a largo plazo, por el consumo crónico, esta misma comisión plantea que existe el riesgo de desarrollar dependencia a la sustancia y, en menor grado, la manifestación de problemas en el sistema respiratorio y ciertos trastornos de salud mental. Asimismo, el riesgo de que aparezcan estos problemas aumenta en personas que inician su consumo en edades tempranas, además, quienes tienen deficiencias inmunológicas o predisposición genética a estos padecimientos.

Cocaína

La cocaína es una droga estimulante, de acuerdo con Lizasoain, Moro y Lorenzo (2001) se identifican diferentes formas de uso de esta sustancia; estas van a determinar el grado de adicción que puede generar esta sustancia. En ese sentido, las más conocidas son la esnifada y la inyectada. La forma esnifada es más común, ya que su absorción es rápida, genera un efecto de energía y locuacidad en la persona. La inyectada es menos frecuente, en este caso los efectos farmacológicos y psíquicos son inmediatos.

Al ser una droga que tiene mayor costo en el mercado, está asociada a un mayor estatus social y económico, asimismo, a consumidores con un mayor nivel educativo. Sin embargo, no se trata de una regla general, sino que, como ha mencionado la Organización Mundial de la Salud (1995), los consumidores se ubican en todas las clases socioeconómicas, en todos los grupos etarios y estados civiles.

Autores como Herrera, Wagner, Velasco y Borges (2004) afirman que, específicamente en población joven, existe un mayor riesgo de consumir cocaína u otras drogas después de tener antecedentes con el alcohol y tabaco

Psicofármacos

“Los psicofármacos son sustancias psicoactivas que afectan diversas áreas de la actividad mental, modifican de manera importante la afectividad, la capacidad motriz, los estados de consciencia, la capacidad sensorial y perceptiva y el comportamiento en general, tanto normal como patológico”. (Zoch, 2004)

Heineck (1998) refiere que, al igual que con los medicamentos en general, estas sustancias logran afectar otros órganos y sistemas del cuerpo. Lo anterior, según el tipo de sustancia, la dosis utilizada y el tiempo de consumo; razones por las cuales, la mayoría de estos medicamentos se utilizan bajo prescripción médica y su uso es controlado. No obstante, aunque algunos de estos y otros preparados similares, no se encuentran disponibles para la población como productos de venta libre, existe la auto-medicación, en la cual los beneficios son inexistentes.

Los medicamentos psicotrópicos depresores del sistema nervioso central, entre los que se encuentran los tranquilizantes o sedantes, se dividen en tres grandes grupos, según The National Institute on Drug Abuse; National Institute of Health & U.S. Department of Health & Human Services (NIDA) (2010): los barbitúricos, las benzodiazepinas y algunos medicamentos nuevos para el tratamiento del insomnio

Los barbitúricos, tal como lo describe este mismo instituto (2010), tienen propiedades pre anestésicas e inducen el sueño, mientras que las benzodiazepinas, aunque ayudan en el tratamiento de los trastornos del sueño, son utilizadas principalmente para tratar crisis convulsivas agudas, problemas de ansiedad, reacciones agudas al estrés, ataques de pánico y convulsiones

Pese a su consumo sin prescripción médica, por parte de la población, las investigaciones, según lo menciona NIDA (2010), son concluyentes respecto a que, por su potencial adictivo, ninguno de estos medicamentos debe ser consumido sin la orden de un profesional facultativo, que no solo señale la dosis y el tiempo de prescripción requerida, sino que también acompañe al paciente a lo largo del periodo de tratamiento.

Los medicamentos estimulantes, según lo refiere el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2007), ayudan a aumentar la agudeza mental, la atención y la energía, abren las vías respiratorias, incrementan la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la glucosa sanguínea. Asimismo, algunos de ellos se utilizan para el tratamiento del trastorno del déficit de atención con hiperactividad y algunos casos de narcolepsia y depresión que no responden a otros tratamientos. Antes bien, debido a su potencial adictivo, la prescripción debe ser estrictamente controlada por un profesional médico, siendo algunos ejemplos de este tipo de medicamentos: metanfetaminas, anfetaminas y un derivado de estas, metilfenidato, más conocido como Ritalina por su marca comercial.

En el caso del metilfenidato, las investigaciones mencionadas por Hernández y Nelson (2010), advierten que su consumo puede presentar efectos adversos muy parecidos a los que se observan con el consumo de cocaína. Por su parte, la metanfetamina, conocida en español como “*anfeta*”, “*meta*” o “*tiza*”, es disuelta en agua o licor. Lo anterior, como lo menciona el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2007) se realiza con fines no médicos, de esa manera, aumenta la actividad y el habla, disminuye el apetito y produce una sensación de bienestar más duradera en el cerebro que el resto de su grupo.

Opiáceos

Los opiáceos son medicamentos analgésicos. La morfina y el fentanilo se utilizan para calmar el dolor agudo, mientras que la codeína ayuda a calmar los dolores menos intensos y la tos fuerte.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Estadísticas en diversos países mencionadas por la OPS (2002) y United Nations, (2004), revelan que el consumo de tabaco aumentó sostenidamente a inicios del siglo XX y se intensificó en la Primera Guerra Mundial. En muchas regiones, a nivel mundial, el tabaco y el alcohol son drogas que se utilizan por primera vez, además, se estima que el fumado de cigarrillos es la primera conducta de elección por parte de los jóvenes, así, uno de cada cinco individuos comienza a fumar a los 10 años de edad o antes

Al investigar sobre el consumo de alcohol, en países de Latinoamérica, el informe de CICAD/OEA (2011) refiere que se han encontrado prevalencias de consumo variables. Por ejemplo, El Salvador tiene una prevalencia del 10,1%, Guatemala mantiene un 11,4%, Nicaragua 18,1%, México presenta un 22,9%. Mientras que, niveles de prevalencia de consumo activo superiores a 50% solo se han detectado en los EEUU, Canadá y Uruguay.

En relación con el consumo de cannabis, el informe Mundial de Drogas UNODC (2011) dice que es la sustancia ilícita más producida y consumida en todo el mundo, de esa forma, cerca de 170 millones de personas, entre los 15 a 64 años, la usaron en el 2009

Al referirnos al consumo de cocaína, según el Informe UNODC (2011), el mercado está en constante cambio desde el 2004. En ese sentido, esta droga se desplazó a mercados, principalmente europeos, como España y Reino Unido. Además, el informe enuncia que las ventas hacia Estados Unidos descendieron a partir de 1990, no obstante, sigue siendo un mercado importante para drogas como esta. Se ha dicho, también, que esta disminución puede ser resultado de las intervenciones, incautaciones y las medidas de represión en México que afectan directamente la oferta en el país norteamericano.

En el año 2007, el 8% de la población española, que se ubica entre los 15 y los 64 años, asumió haber consumido cocaína alguna vez según lo muestra el informe PNSD/OED (2009). Además, la prevalencia de consumo durante los últimos 12 meses fue más elevada en hombres (4,7%) que en mujeres (1,6%). Así mismo, en el grupo de 15-34 años se encontraron proporciones más elevadas de consumidores entre los hombres.

En el caso de Estados Unidos, Chacón y Madrigal (2012) mencionan que para 1994, se determinó que 11% de la población había probado la cocaína, llegando a ser esta la segunda droga más usada, después de la marihuana, entre hombres de 18 a 25 años. Además, se considera que existe mayor riesgo de consumir otras drogas cuando se ha tenido experiencia precoz con el alcohol, el tabaco y la marihuana. Lo anterior, muestra que se trata de una droga muy consumida por la población.

En relación con países de América Latina, un estudio comparativo, realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas en población de 15 a 64 años CICAD/OEA (2008), mostró que existen variaciones respecto a la edad promedio en

que inicia el consumo de cocaína. Los datos muestran que la edad promedio en Argentina es de 18,8 años, Bolivia 20,8 años, Chile 22,9 años, Ecuador 20,4 años, Perú 19,2 años y Uruguay 20,0 años. Estos valores indican que el comportamiento en esos países es bastante similar al de Costa Rica, particularmente Perú.

En el ámbito mundial, los consumidores de cocaína tienden a fumar tabaco, beber alcohol y utilizar cannabis con frecuencia. Esto refuerza la teoría de que la cocaína se asocia al consumo de otras drogas tal como lo plantea la OMS (1995). Sin embargo, no se da por comprobado, puesto que, existen otros factores por determinar, como la predisposición genética y factores sociales que podrían aumentar el riesgo de consumir la sustancia.

Según esta investigación de la Organización Mundial de la Salud (1995), respecto al consumo de *crack* en diferentes países del mundo, la ingesta de esta sustancia se presentó en forma sostenida como un problema de menor importancia en la mayoría de los países donde se realizó el estudio, pero como un potencial problema a futuro.

1.2.3 Antecedentes nacionales

En Costa Rica, diversas investigaciones ponen en relieve la magnitud que implica el problema del tabaquismo. En los últimos quince años, aproximadamente la tercera parte de la población reportó el consumo de tabaco, según se desprende de investigaciones efectuadas en la población nacional, de acuerdo con lo mencionado por Bejarano, Fonseca y Sánchez (2006).

En una investigación realizada por Fonseca (2006) en estudiantes de Medicina y Enfermería de universidades estatales, se encontró una prevalencia de consumo activo de tabaco de un 30%. Asimismo, en un estudio multinacional denominado Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) citado por Sánchez y Mata (2008), la prevalencia de fumado, alguna vez en la vida, se ubicó alrededor de un 26% y el consumo activo en un 10%.

Según datos de la Encuesta de Hogares del 2010 citados por Fonseca (2012), en Costa Rica la prevalencia de vida del consumo de tabaco en la población, entre los 12 y 70 años, fue

del 24.8%, además, la mayor proporción de fumadores masculinos indicó que iniciaron a 16,5 años, mientras que las mujeres dieron cuenta de una edad promedio de 17,4 años.

En relación con el alcohol, desde los años setenta, diversas publicaciones realizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (I.A.F.A) citadas por Bejarano (2012) establecieron la existencia de una ingestión per cápita de alcohol relativamente baja. No obstante, en una quinta parte de la población, los problemas por el consumo de alcohol se relacionan con un patrón caracterizado por una ingesta episódica de grandes cantidades.

La edad promedio de inicio del consumo, según datos de la Encuesta de Hogares del 2010, citado por Bejarano (2012), es de 17,4 años. Así, la edad de comienzo es significativamente mayor en las mujeres (18,5) respecto a la de los hombres (16,6); el consumo perjudicial agrupó alrededor de un 8,0%, lo que habla de una tasa de ingestión riesgosa y perjudicial de un 22% de los bebedores del último año.

En Costa Rica según lo manifiesta Cortés (2012), el cannabis es una droga ilícita de gran consumo, principalmente entre personas jóvenes (12 a los 35 años). Cabe mencionar que, en general, los hombres triplican las tasas de consumo en relación con las mujeres.

El mismo autor señala que: “El aumento en el consumo activo es de un 2%, esto podría indicar que en el país existe un grupo de personas que presenta una ingesta más frecuente o habitual de cannabis, ya que cerca de la mitad de estos usuarios activos utilizan la sustancia de 1 a 3 veces al mes, mientras que la otra mitad lo hace semanal o diariamente. Se puede apreciar que este grupo se compone principalmente por hombres jóvenes, entre los 12 y los 39 años, y su punto más alto se encuentra entre los 20 y 30 años (5,4%). En las mujeres, el mayor consumo se presenta en aquellas menores de 20 años (2,5%)”.

Los indicadores de consumo de cannabis en adolescentes activos académicamente, presentaron un aumento entre los años 2006 y 2009, de esa forma, se pasó de un 2,3% a un 3,6% de acuerdo con lo planteado por Bejarano, Cortés, Chacón, et al. (2011). Según la Encuesta Nacional de Hogares 2010 citada por Cortés (2012), este último porcentaje es similar al del grupo de consumidores activos que se ubica entre los 12 a 19 años (2,8%), se reafirma así, el gran consumo de esta sustancia en la población juvenil.

Con respecto a la edad de consumo de cannabis, por primera vez en la vida, Cortés (2012) refiere que se puede observar una constante disminución del promedio en los últimos 20 años. Esta disminución de la edad de inicio, que alcanzó un promedio total de 16,7 años en el 2010, se puede observar tanto en hombres como en mujeres. De esa forma, se muestra que el primer contacto se da durante la adolescencia; implica, también, un mayor riesgo para la generación de problemas asociados a este consumo, los cuales podrían aparecer, a mediano o largo plazo, en los indicadores de salud pública de las personas adolescentes.

Respecto a la incidencia del consumo de cocaína, y otras sustancias derivadas de la hoja de coca, Chacón y Madrigal (2012) reportan que para el año 2010 fue de 2,5 por mil habitantes, en los hombres la incidencia fue de 3,5 por cada mil habitantes, mientras que en las mujeres de 1,5; la edad promedio de inicio del consumo de cocaína y *crack* fue de 19,1 años. En el caso de los hombres la edad de inicio fue 19,2 años y para las mujeres 18,6 años. Además, los iniciados en este grupo de drogas las utilizan después de haber consumido otro tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o marihuana, cuyas edades de inicio son más tempranas. Lo anterior, según algunos estudios citados por estos mismos autores, se presenta porque se trata de sustancias lícitas, a excepción de la marihuana. Por ejemplo, en Costa Rica las personas están más expuestas al consumo, especialmente al alcohol y el tabaco, y la obtención de estas resulta fácil dada la disponibilidad en el mercado.

Las intervenciones que se llevan a cabo en los centros de tratamiento, urgencias hospitalarias, incluso, las muertes asociadas directamente al consumo de drogas ilícitas, se presentan más en hombres que en las féminas según datos de PNSD/OED (2009).

En relación con lo anterior, de acuerdo con Chacón y Madrigal (2012), en Costa Rica existen más centros de internamiento para hombres que para mujeres. Según las atenciones reportadas durante el 2010, ya que 14 250 casos corresponden a hombres y solo 877 a mujeres, lo cual pone en evidencia la diferencia que existe respecto al sexo. Este aspecto refuerza la teoría de que el consumo es más común en hombres que en mujeres; es claro, entonces, que según lo expresan estos autores, en ciertos sectores del país no se brinda la atención necesaria a la población femenina, lo que genera un oscuro panorama sobre las necesidades de tratamiento para las mujeres.

Otros datos aportados por Chacón y Madrigal (2012) fueron:

1. La prevalencia de vida del consumo de cocaína ha incrementado desde 1990, así, se pasó de 0,5% a 3%, en el 2010, sugiere este dato que la mayor cantidad de personas que han consumido esta sustancia lo han hecho de forma experimental; muy posiblemente la utilizaron unas cuantas veces y dejaron de hacerlo. Esto se confirma por la diferencia que existe entre la prevalencia de vida en comparación con la del último año y del último mes siendo los valores de estas de 0,8% y 0,6% respectivamente.
2. La tasa de incidencia de consumo de cocaína para el 2010 es de 2,8 por cada mil habitantes, Asimismo, existe una diferencia importante en los hombres (4,2 habitantes por mil), con respecto al de las mujeres (1,5 habitantes por mil).
3. La edad promedio de inicio del consumo de cocaína en la población nacional es de 19,2 años. En los hombres, la edad promedio de inicio del consumo es de 19,3 años y en las mujeres es de 18,8 años.
4. El consumo de *crack* en la población nacional es bajo, sin embargo, se observa un aumento. De esa forma, desde 1995 la prevalencia de vida del consumo de esta droga ha pasado de 0,4% a 1,2%, en el 2010 y su prevalencia en los últimos 12 meses es de 0,3% y su incidencia de consumo es de 0,4 por cada mil habitantes, la edad promedio de inicio de consumo fue de 19,5 años, en las mujeres fue de 20,9 años y en los varones 19,2 años.

Autores como Sáenz, Bejarano y Fonseca (2006) señalan, para el caso de Costa Rica, que los estudios en población en riesgo marcan una diferencia en cuanto al consumo de drogas ilícitas. De esa forma, determinaron que durante el 2006 un alto porcentaje de menores de edad eran consumidores y estaban privados de libertad, además, se estableció una suerte de relación entre los actos delictivos y el consumo de esta sustancia.

Según el estudio mencionado anteriormente, realizado con menores privados de libertad, se pudo observar que dos terceras partes de los jóvenes, que fueron entrevistados, manifestaron consumir *crack*, además, mucha de esta población joven estaba relacionada con consumo y actos delictivos.

Según Chacón y Madrigal (2012), el *crack* generalmente se asocia a bajos ingresos y su costo es menos en relación con la cocaína. En ese sentido, se podría decir que la demandan personas de bajos ingresos.

Respecto al uso de medicamentos sin prescripción médica, López (2012) refiere que algunos estudios señalan, durante el año 2010, que 28 695 personas (0.82%), entre los 12 y los 70 años, estaban consumiendo de forma activa al menos un medicamento tranquilizante. Esta tendencia venía comportándose de manera sostenida desde el año 1995 (0.7%) y, para el año 2010, muestra un sutil aumento.

Este mismo autor señala que los hombres presentan un consumo de tranquilizantes relativamente importante entre los 20 y los 39 años, luego disminuyen considerablemente las tasas de consumo pasando de 6.0% a 0.8%, posteriormente entre los 50 y los 69 años de edad las tasas de prevalencia, nuevamente, muestran una elevación que decae a los 70 años. Aunque menos marcado, este comportamiento también se encuentra entre las tasas de prevalencia de consumo reciente y activo.

Respecto a medicamentos estimulantes, aunque la Encuesta Nacional de Hogares del 2010, citada por López (2012), no especifica a qué tipo de sustancia se refiere el consumo, las estimaciones realizadas señalan que la tasa de prevalencia de consumo activo de sustancias estimulantes sin prescripción médica llegó a 0.62% (0.88% en hombres y 0.35% en mujeres). La tasa de consumo activo en los hombres creció, así, pasó de un 0.4%, en el año 1995, a un 0.88%, en el 2010. Asimismo, en las mujeres va de un 0.2%, en 1995, a 0.6%, en el año 2006, y culmina en un 0.35%, durante el año 2010.

Al hablar de medicamentos opiáceos, López (2012) refiere que el porcentaje de consumo de estos sin prescripción médica aumentó desde el año 1995. Pese a este descenso, es importante maximizar esfuerzos por conocer el tipo de sustancia, la dosis y los motivos que llevan a las personas a consumir medicamentos opiáceos sin prescripción médica.

1.2.4 Antecedentes locales

En el Hospital Nacional Psiquiátrico de San José, Costa Rica, no se han encontrado estudios que expongan una caracterización demográfica de los pacientes ingresados que consumen drogas.

1.3 Viabilidad del estudio

La revisión de expedientes de salud, como parte de este estudio, es viable pues cuenta con el aval de Comité de Bioética en Investigación del Hospital Nacional Psiquiátrico, además, no viola ninguno de los principios bioéticos y va orientada a la búsqueda de un beneficio para la población.

De la misma manera la propuesta de la terapia de grupo que presentamos es viable pues está acorde con los principios bioéticos, va orientada beneficiar a un sector de la población que consume sustancias y a su vez padece esquizofrenia o trastornos afectivos, y es de una duración breve, lo que está acorde con la realidad nacional, donde hay múltiples necesidades de atención y los recursos son limitados para las mismas.

1.4 Delimitación y formulación del problema de investigación

1.4.1 Planeamiento del problema

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el desarrollo de este trabajo de investigación nace de la importancia que representa conocer las características demográficas de la población que ingresa al Hospital Nacional Psiquiátrico con algún diagnóstico por trastorno consumo de sustancias, ya sea para manejo de manejo de dicha patología (como en el caso del Programa Nuevos Horizontes), para el manejo de trastornos mentales secundarios al consumo de sustancias, de tipo psicótico, afectivo u otros, o para el manejo de una condición de salud solicitada por una Autoridad Judicial. De esa forma, proponer un programa de educación que permita ayudar a las personas ingresadas en este centro, que además sufren esquizofrenia y trastornos afectivos, a que no recaigan en el consumo de sustancias.

Existen investigaciones mencionadas por autores como Álvarez et al (2009), Pascual et al (2001), e Isaza et al (2010) que identifican características propias de las personas que consumen sustancias y que padecen enfermedades mentales. No obstante, estas pueden no ajustarse a la realidad de los pacientes que ingresan al Hospital Nacional Psiquiátrico. Lo anterior, debido a condiciones como el grado de complejidad de las patologías psiquiátricas, el grado de descompensación que un paciente puede presentar, la influencia de las medidas judiciales que, hasta el año 2011 en pacientes varones adultos, justificaban el ingreso a este centro (aun contra el criterio médico), entre otras.

Estas situaciones motivan la necesidad de realizar un perfil conforme a las necesidades de nuestro hospital. De esa manera, estar en capacidad de tomar decisiones que favorezcan la salud mental de nuestros usuarios.

1.4.2 Formulación del problema

¿Cuál es la caracterización demográfica de los pacientes con trastorno por uso de sustancias internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011?

¿Cómo se justificaría la propuesta de una terapia grupal de 4 sesiones en el manejo del consumo de drogas en pacientes que además padecen esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivos generales

1. Determinar las características demográficas de los pacientes con trastorno por uso de sustancias que se internan en el Hospital Nacional Psiquiátrico.
2. Contribuir por medio de una propuesta de terapia de grupo en el manejo de los pacientes que se ingresan en el Hospital Nacional Psiquiátrico que presentan trastorno por uso de sustancias y que a su vez padecen esquizofrenia o trastornos afectivos.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Revisar los expedientes de salud de los pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011 para conocer sus características demográficas.
2. Definir una estructura de terapia de grupo de cuatro sesiones orientada a la prevención de recaídas a partir de los datos demográficos obtenidos y la revisión de la literatura sobre terapias de grupos y trastornos por uso de sustancias.

1.5.3 Hipótesis

Hipótesis nula:

No existe concordancia entre los resultados obtenidos en la revisión de expedientes de salud y la bibliografía encontrada.

Hipótesis alterna:

Existe concordancia entre los resultados obtenidos en la revisión de expedientes de salud y la bibliografía encontrada.

Capítulo 2

Marco teórico

Para comprender y tener un marco de referencia que guio el trabajo realizado, hacemos referencia a diferentes conceptos relacionados con el consumo de sustancias

Consumo de sustancias

En primer lugar, se hablará del concepto de trastorno relacionado con el consumo de sustancias (TUS), el cual es definido por Sadock B y Sadock V (2009), como un conjunto de fenómenos clínicos relacionados con el consumo de 11 clases de agentes farmacológicos: anfetaminas o agentes de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina, sedantes hipnóticos y ansiolíticos.

Pascual et al (2001), refieren que algunas vías que conducen al consumo de sustancias están:

La sociocultural: definido por la costumbre, de la *onda*, del dime con quién andas, de la presión de los grupos; en drogas ilegales, a veces representa el pago para ser aceptado en un grupo de consumidores. En ese sentido, representa el camino más frecuente y más dúctil a la promoción de salud y la prevención.

La del hedonismo: vinculado a educación deficiente donde se les da *todo* a los hijos, inclusive, excesivo aporte económico que no saben manejar. Hace referencia a un canje de afecto por bienes materiales.

La vía evasiva: donde la persona pretende huir de vivencias o situaciones, hogares rotos, fallecimientos tempranos, abandono, desamor paterno, rechazo, fracasos sentimentales, estudiantiles, laborales o artísticos.

La vía asertiva: hace alusión a la seguridad personal y búsqueda de apoyo, pero aparecen efectos opuestos. Se acerca a la vía evasiva y a veces tiene iguales causas.

La vía constitucional: se refiere a los factores hereditarios, factores de concepción, factores durante la etapa prenatal.

La vía sintomática: representan un síntoma más de alguna afección subyacente que debe ser tratada, también son llamadas secundarias.

En todos los casos, la parte biológica debe ser considerada. Así, esta juega un papel importante, además, es objeto de investigación para el desarrollo de tratamiento.

En este sentido, Sadock B y Sadock V (2009) hablan de un conjunto de estructuras cerebrales que se conocen como sistema de recompensa. Este sistema está formado por un grupo de neuronas dopaminérgicas (en especial las del área tegmental ventral), también, por el sistema de los opiáceos y por el ácido γ aminobutírico (GABA). Estas neuronas se proyectan a las regiones cortical y límbica, especialmente en el *núcleo acumbens*. Asociado a estas se encuentra el *locus coeruleus*, que es el mayor grupo de neuronas adrenérgicas, además, media los efectos de los opioides y opiáceos.

Según Rodríguez, del Arco, Ferrer y Navarro (2003), este sistema fue descubierto por Olds y Milner en 1954, quienes empezaron a plantear a partir de la teoría de la auto estimulación eléctrica, y el efecto de las drogas en alterar los umbrales de excitación para mantener dicha auto estimulación.

Este sistema, tal como lo describen Méndez, Ruiz, Prieto, Romano, Caynas y Próspero (2010) presenta una comunicación neuronal por neurotransmisores y neuromoduladores tales como la dopamina, la acetilcolina el glutamato, el ácido γ -amino butírico (GABA), y también cuenta con moduladores como los endocannabinoides y las endorfinas.

Según Méndez et al (2010), sentimos placer porque la dopamina aumenta en el Núcleo acumbens, liberada por el Área tegmental ventral. Las neuronas del Área tegmental ventral aumentan su actividad a consecuencia de la activación inducida por el reforzador. También porque los sistemas que la modulan, como el serotoninérgico, el colinérgico, el gabaérgico y el glutamatérgico lo permiten. Una vez que el sistema está activo, puede permanecer así y prolongar el placer por la liberación de los endocannabinoides y las endorfinas. La interacción de todos estos neurotransmisores y neuromoduladores, terminan generando en el sujeto la sensación subjetiva de recompensa, de placer, de felicidad. Cuando esta sensación de placer invade al individuo, se forma un trazo de recuerdo en la memoria de este que indica el estímulo reforzador produce placer, por lo que el cerebro las interpreta como benéfico para él y busca repetirlo.

En el caso del consumo de sustancias, tal como lo explica Méndez et al (2010), se da la acción directa de la sustancia ajena al organismo con más potencia que los reforzadores naturales. Así por ejemplo, la nicotina actúa sobre los receptores nicotínicos de la acetilcolina; el alcohol, sobre los receptores A de GABA y los receptores (NMDA); la marihuana, sobre los receptores de endocannabinoides A, la morfina y la heroína, sobre los receptores de endorfinas (MOR, DOR, KOR); las anfetaminas, el metilfenidato y la cocaína, sobre el transportador de dopamina (DAT); la «tacha», «éxtasis» o MDMA, sobre el transportador de serotonina (SERT).

Dado que el efecto dura relativamente poco y el efecto no es beneficioso para el organismo, según lo describen Rodríguez et al (2003) se da una comunicación entre el sistema de recompensa con el hipotálamo y el sistema de recompensa reduce la disponibilidad de receptores, lo que lleva a que se presente la tolerancia.

También se hace en este trabajo mención al concepto de patología dual, o sea, la comorbilidad en una misma persona de una enfermedad mental mayor y un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

Patología dual

La OMS, De acuerdo con lo citado por Torres (2006), define la patología dual como la comorbilidad o la coexistencia, en un mismo individuo, de un trastorno, inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva, y un trastorno psiquiátrico.

Torres (2006) refiere que los estudios actuales sobre las relaciones que existen entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias no son concluyentes. Los síntomas, de los trastornos mentales y de los problemas de adicción, interactúan y se condicionan mutuamente. Las pruebas obtenidas indican que los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias. No obstante, los trastornos psiquiátricos pueden agravarse por el consumo de drogas.

Existe una base estructural común, tanto para el consumo de sustancias como para la afectación mental en forma de trastornos depresivos, o disruptivos. Clark, Chung, Thatcher, Pajtek y Long (2011) estudiaron 55 adolescentes con TUS, de edades comprendidas entre

14 y 19 años. Los controles fueron 20 adolescentes sin TUS. De esa forma, los resultados obtenidos en el estudio fueron, fundamentalmente, que los adolescentes con TUS mostraron un nivel más elevado de desregulación psicológica medida por la BRIEF score (Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self-Report Version) y síntomas psicopatológicos.

Dichos autores encontraron que los síntomas relacionados con el consumo de cannabis pueden predecir la desorganización de la Sustancia Blanca y esta, a su vez, la afectación mental. La corteza prefrontal presenta una gran densidad de receptores cannabinoides y puede ser especialmente susceptible a los efectos del cannabis. Así mismo, que existe una vulnerabilidad individual que hace especialmente sensible el consumo de sustancias para el desarrollo de una patología dual, que tiene relación fundamentalmente con una base estructural cerebral común.

Swendsen y Le Moal (2011) conceptualizan la vulnerabilidad a ser consumidores de sustancias, en tres niveles:

a- El nivel más amplio de vulnerabilidad individual es el que involucra factores sociodemográficos. En ese sentido, incluye variables que caracterizan a la población en su conjunto, por ejemplo, localización geográfica y cultura. Asimismo, encierra variables que caracterizan a los individuos dentro de una población dada, por ejemplo, edad, sexo, etnia, educación, entre otros.

En el primer caso, se han estudiado poblaciones que migran, por ejemplo, de Latinoamérica a EEUU. Estas personas tienen poco riesgo en sus países de origen, pero este aumenta en el país destino, sobre todo de segunda generación. Sin embargo, no se puede elucidar si se trata de un factor de "aculturación" o si intervienen elementos familiares.

Es evidente que la cultura juega un papel importante en la vulnerabilidad y la resiliencia, sobre todo al consumo, uso y abuso; aunque no está tan claro si intervienen en la adicción. Así pues, la edad compone otro factor relevante, ya que los trastornos por uso de sustancias (TUS) incrementan a partir de los 13 años de edad (3,7% prevalencia), en ese sentido, el comienzo precoz es un predictor de TUS a lo largo del ciclo vital.

En la adolescencia, características conductuales como la inestabilidad afectiva y las funciones ejecutivas en proceso de maduración, convierten a este periodo vital en un factor de riesgo por sí mismo.

El sexo presenta diferencias bien establecidas, principalmente, en el uso de sustancias (mayor para varones). Las mujeres presentan gran vulnerabilidad al abuso o adicción, esto, posiblemente, responde a razones biológicas (mayor sensibilidad al estrés y trauma; los estrógenos son fundamentales y de su nivel del ciclo menstrual depende la dopamina de la corteza cerebral).

b- estos mismos autores señalan el segundo factor de vulnerabilidad basado en la patología dual, donde los estudios epidemiológicos de estas últimas décadas señalan la elevada comorbilidad de un TUS con trastornos afectivos, de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos. Las explicaciones van desde el modelo causal al modelo de factores etiológicos compartidos.

El modelo causal incluye la teoría de la automedicación, que sigue teniendo vigencia. Los modelos etiológicos compartidos, no contrapuestos al anterior, hacen referencia a la vulnerabilidad genética compartida.

Sin embargo, el examen de estas explicaciones ha sido ocultada por diferentes obstáculos metodológicos, como los estudios epidemiológicos retrospectivos, mientras que, los estudios prospectivos apoyan que la mayoría de trastornos psiquiátricos son previos al TUS.

Otra barrera que estos autores subrayan es la incapacidad de los estudios estándar, incluso los longitudinales, en comprobar los mecanismos causales subyacentes. Lo anterior, debido a que muchas formas de TUS se caracterizan por un "ciclo vital corto", en relación con el periodo de tiempo; en el cual un factor de vulnerabilidad, o de riesgo psicopatológico, puede influir en la gravedad de los síntomas de la adicción.

La automedicación es un ejemplo de este obstáculo, ya que en ocasiones solo se puede valorar en cortos periodos de tiempo. Otro elemento, en el que los autores inciden, es el papel de los factores específicos de personalidad, de rasgos y aspectos temperamentales que constituyen un factor de vulnerabilidad a la adicción, a sustancias o comportamentales.

Los autores refieren que estudios humanos y animales muestran que experiencias traumáticas prenatales y, sobre todo, experiencias infantiles adversas como el abuso físico/sexual, constituyen factores importantes de vulnerabilidad en adicciones y otros trastornos mentales. Cabe mencionar que las experiencias sociales adversas contribuyen, también, a esta vulnerabilidad.

c- Vulnerabilidad genética y biológica. En este tercer nivel, las influencias genéticas a sufrir una adicción y otros trastornos mentales constituyen un factor de vulnerabilidad; sin embargo, estos elementos no pueden ser reducidos a la simple relación gen-efecto. En ese sentido, se ha demostrado ampliamente que la compleja variabilidad genética puede afectar la predisposición a adicciones y otros trastornos psicopatológicos (no solo para adicciones), además, subyacer alteraciones fisiológicas y rasgos de personalidad como emocionalidad negativa, impulsividad, reactividad al estrés, entre otros.

En teoría, las adicciones pueden prevenirse mediante factores legales (prohibiciones), creencias religiosas y elecciones individuales. Asimismo, los diferentes trastornos psicopatológicos pueden ser decisivos para el inicio de la conducta adictiva.

En los últimos años, el advenimiento de la epigenética, que incorpora los cambios medioambientales (experiencias infantiles adversas, uso de sustancias, entre otros) como modificadores genéticos y como factores que van generando predisposición a presentar diferentes fenotipos psicopatológicos, en este caso una patología dual que puede ser heredable entre ellos mismos.

Estos insultos medioambientales pueden ser ampliados a maltrato social, pobreza, niveles socioeconómicos muy bajos durante la infancia que podrían producir alteraciones biológicas en el sistema del estrés (la transcripción de la respuesta de los glucocorticoides, etc.) y también positivizar marcadores de inflamación.

Si hablamos de estadísticas, tenemos que en relación con el diagnóstico dual en el territorio español, según lo cita Martín (2002) el 33,8% de los adictos presentaban esta condición, codificable por las clasificaciones del CIE-10 y el DSMIV. La depresión mayor fue la más prevalente, con un 21,6%, seguido por los trastornos de ansiedad, en el 11,7% de los casos.

Los pacientes que abusaban de más de una sustancia tenían dos veces más prevalencia de comorbilidades psiquiátricas.

Los equipos interdisciplinarios, incluidos en el tratamiento de estos pacientes, según lo refiere Martín (2002), insisten en la necesidad de abordar ambas patologías. De esa manera, integrar las problemáticas en una línea de trabajo que incluya grupos empeñados en modificar el curso de ambas comorbilidades, con el fin de lograr un impacto positivo.

Este mismo autor menciona que la investigación clínica, en patología dual, sostiene que existe una relación inversamente proporcional entre el estrés mental, generado por la presencia de una comorbilidad psiquiátrica, y un pobre pronóstico para la patología adictiva. Otros han demostrado disminuciones en el consumo en las primeras fases del seguimiento, y recuperan la estabilidad del patrón de consumo en el largo plazo.

“La asociación entre severidad de la adicción y el desarrollo de alguna patología psiquiátrica tampoco es clara. Los factores sociodemográficos, psicosociales, el grado de expresión psicopatológica y la influencia de las características de consumo han sido evaluados como posibles predictores de mayor severidad clínica y mal pronóstico a largo plazo. En ese sentido, una serie de estudios han encontrado una relación directa entre el número de comorbilidades, en el eje I del DSM-IV, y la presencia de complicaciones psiquiátricas en el seguimiento. Así, los pacientes con compromiso del eje II parecen tener cursos más tórpidos y peor pronóstico de las entidades psiquiátricas comórbidas” (Martín, 2002).

Categorías para el diagnóstico comórbido según Krausz, citado por Torres (2006):

- Un diagnóstico primario de trastorno mental, con un diagnóstico posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.
- Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
- Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastorno psiquiátrico.

- Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo, un Trastorno por estrés posttraumático (TEPT).

Conceptualización de la comorbilidad en drogas, según Torres (2006):

a) Enfermedades paralelas: La drogadicción y la enfermedad asociada no tienen relación alguna; coexisten de manera paralela. Ocurren simultáneamente, pero no comparten relación etiológica alguna. Por ejemplo, una persona con fobia a las alturas desde pequeña que desarrolla alcoholismo luego de una crisis conyugal severa.

b) Relación causal: Es el modelo de los trastornos primarios y secundarios. Por ejemplo, un paciente con alcoholismo crónico puede desarrollar, como consecuencia directa de su alcoholismo, una depresión mayor secundaria o rasgos de personalidad antisociales (psicopatización). De acuerdo con este modelo, el trastorno secundario no hubiese ocurrido si la condición primaria no hubiese existido.

c) Relación de riesgo: En este modelo se enfatiza el concepto de riesgo, es decir, la presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias. Por ejemplo, ciertos trastornos de ansiedad, en los cuales, se consume alcohol y otras drogas para controlar el pánico, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, entre otros. Otro ejemplo surge en personas dependientes al alcohol o a la cocaína, cuyas adicciones los predisponen, bioquímicamente y clínicamente, a un mayor riesgo de enfermedad depresiva.

d) Relación de modificador: Este modelo resalta como un trastorno preexistente; puede modificar una condición de comorbilidad. Así, postula que un trastorno psiquiátrico primario va a modificar el curso de un trastorno por abuso de sustancias o, en su defecto, que un trastorno por abuso de sustancias puede modificar el curso de la condición psiquiátrica asociada. Por ejemplo, un alcohólico que sufre también un trastorno afectivo, esta situación hace que consuma más alcohol cuando se encuentra en estado depresivo que cuando se halla en un estado de abstinencia.

e) Ley de Berkson: De acuerdo con esta ley, dos trastornos no relacionados pueden aparecer juntos. Lo anterior, debido a una mayor probabilidad de que la persona, que sufre más de un trastorno, sea más proclive a la búsqueda de ayuda profesional.

Para Torres (2006), la importancia de la comorbilidad en la dependencia de sustancias se justifica por los siguientes motivos:

- claridad diagnóstica;
- curso y pronóstico variado;
- permite determinar las necesidades terapéuticas;
- se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad;
- se asocia con un incremento de la conducta suicida;
- se asocia con un incremento de la conducta homicida;
- se vincula a una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia;
- se asocia a un mayor costo.

De acuerdo con lo descrito por Torres (2006) los trastornos psiquiátricos más frecuentes de comorbilidad en el abuso de drogas y alcohol son los trastornos del humor; Entre un 20% y 60% de población se ve afectada, los trastornos bipolares con una prevalencia que ronda el 1.3% y 5%; el 15% de los pacientes se suicida. Entre los enfermos farmacodependientes, esta cifra probablemente se duplica, pero muchos suicidios se diagnostican como “sobredosis accidentales”.

Según este autor, la depresión incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un trastorno por uso de sustancias, debido a las siguientes condiciones:

- estrategias limitadas de afrontamiento de problemas;
- serios problemas de autoestima que impiden una actuación adecuada;
- distorsiones cognitivas, debido al estado depresivo; suelen ver muy difícil la salida a sus problemas;
- bajo nivel de energía;

- pobre motivación;
- deterioro en el funcionamiento social y laboral;
- intento de uso de la sustancia psicoactiva como automedicación ante su depresión.

Otra de las comorbilidades se da con la esquizofrenia; Torres (2006) menciona que un 47% de los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Así, aproximadamente 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y el 5%, de los pacientes alcohólicos hospitalizados, sufren esquizofrenia. La combinación de esquizofrenia y abuso de sustancias contribuye al aumento en el riesgo de hospitalización, estancias hospitalarias más frecuentes (y de mayor duración), mal cumplimiento de la terapia farmacológica, estar en contra de los consejos médicos, recaída y costos adicionales. Los pacientes con este doble diagnóstico tienen más probabilidad de ser vagabundos (sin techo), además, corren los riesgos que se presentan con las interacciones entre las medicaciones antipsicóticas y la sustancia a la que son adictos. También, aumenta el riesgo de suicidio y de cometer crímenes violentos.

En un estudio elaborado por Schmidt, Hesse y Lykke, (2011), donde se dio seguimiento a los pacientes durante quince años, se comparó a personas, con esquizofrenia y trastorno de consumo de sustancias coexistente, con pacientes con esquizofrenia, pero sin trastorno de consumo de sustancias, en este estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

En primer lugar, la mediana de duración de la hospitalización psiquiátrica fue de 12 días, para un paciente con doble diagnóstico, y de 21 días, para los pacientes solamente con esquizofrenia.

En segundo lugar, pacientes con doble diagnóstico presentaron un uso significativamente elevado de contactos hospitalarios, excepto el tratamiento en régimen de hospitalización por trastornos no psiquiátricos.

En tercer lugar, personas con un diagnóstico doble presentaron un alto riesgo de muerte durante el seguimiento, en comparación con la baja posibilidad que mostraron pacientes únicamente con esquizofrenia.

Finalmente, los resultados obtenidos en el estudio sugieren que el curso de la esquizofrenia a largo plazo es considerablemente más grave en pacientes que tienen un diagnóstico doble. De esa forma, los trastornos de consumo de sustancias tienen repercusiones importantes en las tasas de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia, así como en la esperanza de vida.

De acuerdo con Torres (2006), quienes tienen manejo ambulatorio cuentan con mayores oportunidades de consumir drogas, en comparación con las personas hospitalizados. Además, los pacientes esquizofrénicos, que abusan del alcohol y las drogas, presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), tuberculosis, septicemia y cirrosis hepática.

En relación con el manejo, el autor manifiesta la importancia de considerar algunos aspectos:

1. La evaluación diagnóstica debe ser profunda y exhaustiva, se deben utilizar técnicas multimodales, basadas principalmente en el diagnóstico de tipo longitudinal.
2. El tratamiento farmacológico debe ser sustitutivo o antagonista, en relación con la droga que se usa; o psicofarmacológico, vinculado con el diagnóstico de la patología psiquiátrica concomitante. En cuanto al proceso psicoterapéutico, es relevante destacar el poder de la terapia de grupo, GAM.
3. Rehabilitación psicosocial.

Intervención grupal:

Se expondrán algunos conceptos sobre terapia de grupo, que facilitan la comprensión de la propuesta de terapia que se hace en el presente trabajo.

La intervención en terapia de grupo, según Kaplan y Sadock (1998), puede clasificarse de manera general en tres tipos:

1. centrado en el paciente;
2. centrado en el líder;

3. centrado en el grupo.

En los dos primeros se considera al individuo la unidad básica del grupo y el cambio terapéutico se produce cuando el paciente hace *Insight* sobre su dinámica intra e interpersonal.

En el abordaje, centrado en el grupo, la unidad básica es el rol que la persona juega en relación consigo mismo y con el grupo. El cambio ocurre cuando la persona comprende que los roles sociales están gobernados por fuerzas inconscientes primitivas que determinan la conducta individual y grupal.

A continuación, se comentará la importancia de la motivación al cambio, que es lo que idealmente se busca en el paciente. Luego, se hablará sobre las diferentes terapias de grupo que se han utilizado. Por último, se mencionará la importancia de la prevención de recaídas.

La motivación al tratamiento, tal como lo expresa Torres (2006), es uno de los puntos más importantes y cruciales, ya que la persona debe aceptar el tratamiento de la patología psiquiátrica y, posteriormente, el del problema adictivo. Con los pacientes psicóticos se debe ser más flexible, debido a su alta vulnerabilidad. En ese sentido, no puede haber hiper estimulación, tampoco la misma intensidad y severidad de los programas habituales.

La motivación, además, es un factor crucial para emprender el camino al cambio conductual según lo expresan Calvo et al (2009). Si un individuo no quiere cambiar su estilo de vida, no se puede forzar a hacerlo. Tiempo atrás, los profesionales “esperaban” a que la motivación del individuo “apareciese” y este decidiera abandonar la bebida abusiva. Lo anterior, ya que se consideraba inútil intentar cualquier tratamiento si el paciente no estaba suficientemente motivado. No obstante, durante los últimos años, los clínicos e investigadores han mostrado un renovado interés por la motivación al cambio y, especialmente, por el proceso de cambio de conducta.

Calvo et al (2009) refieren que en estudios realizados con pacientes adictos han demostrado la importancia de la motivación en el tratamiento, de esa manera, este recurso permite predecir la participación en el tratamiento y favorece la recuperación. Por otro lado, Las fuentes de motivación al cambio (intrínseca o extrínseca) han sido comparadas, por diversos autores, a fin de constatar cuáles son las que aseguran un mayor éxito. Para lograr

éxito a largo plazo, la motivación interna parece ser más efectiva, mientras que, la motivación externa y los incentivos parecen promover la abstinencia a corto plazo

Respecto a las terapias, Gálvez y Rincón (2009) refieren que en Australia, se realizó una investigación en relación con estas. De esa manera, realizaron la terapia en seis sesiones semanales, de 90 minutos cada una, y se comparó con una intervención psicoeducacional única. El 92% de los pacientes incluidos en el estudio concluyeron las doce semanas de seguimiento para evaluar niveles de psicopatología, adherencia a los tratamientos y consumo de sustancias. Se reportan disminuciones, en todas las medidas mencionadas, en pacientes psicóticos con diagnóstico dual en la muestra.

Los grupos de apoyo, basados en la terapia de los doce pasos, han sido evaluados en 230 pacientes que habían recibido tratamiento agudo para diagnóstico dual, según lo describen Gálvez y Rincón (2009). El 98% de los pacientes recibieron evaluaciones al ser dados de alta, mientras que un 80%, al final de los doce meses de seguimiento, con la aplicación del Addiction Severity Index (ASI), como medida de desenlace primario. Un adecuado y pertinente tratamiento, combinado en las fases agudas, es el factor determinante en las respuestas terapéuticas a los grupos de apoyo. Las tasas de asistencia al grupo, por parte de pacientes y familiares, arrojan resultados positivos, solo en el contexto de un tratamiento psiquiátrico especializado, como base fundamental de la terapéutica.

Estos mismos autores refieren que las terapias de grupo integrales han sido comparadas con terapias grupales de consejería psicofarmacológica. Lo anterior, durante 20 semanas consecutivas y en 62 pacientes bipolares con diagnóstico dual. Después de la intervención, el grupo con terapia integral presentó menos días de consumo durante el seguimiento.

Bradley, Baker y Lewin, citados por Gálvez y Rincón (2009), a partir de un diseño abierto, realizaron el seguimiento de un grupo de 39 pacientes con diagnóstico dual que habían recibido intervenciones grupales por tres años consecutivos. La terapia grupal mostró mejorías en dominios que incluían el consumo de sustancias, sintomatología psiquiátrica, adherencia a los tratamientos convencionales y funcionamiento global. Además, aquellos pacientes que asistieron con mayor regularidad al grupo terapéutico reportan disminución en la utilización de los servicios de atención médica.

Se ha estudiado por Torrents, Mora, Massana, et.al, (2012), la efectividad de la aplicación de un grupo de terapia de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias psicoactivas en el contexto de un hospital de día, a fin de facilitar el mantenimiento de la abstinencia, con las siguientes características:

1. La muestra del estudio se compone de 38 pacientes que asisten a un programa de 12 sesiones. Para evaluar la eficacia del tratamiento, se administró un Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, adaptado del Coping Behaviours Inventory, así como una subescala de mejoría global, de la Escala de Impresión Clínica Global.
2. Por último, se ha dispuesto, también, de un autoinforme para completar al final de cada sesión, esto, con el fin de evaluar el progreso clínico de cada paciente a lo largo del tratamiento. Los datos muestran que los pacientes, al final del tratamiento, aprendieron nuevas estrategias de afrontamiento ($X = 84,17$), asimismo, se logró concientizar sobre la utilidad de dichas estrategias ($X = 89,82$), las cuales serán ventajosas al momento de afrontar situaciones de riesgo.
3. Los pacientes disminuyeron el deseo consumir y mostraron mayor control en relación con este al final del tratamiento. Se observa que, cuanto más utilicen de estrategias de afrontamiento, hay una mayor efectividad de las mismas ($p < 0,751$).

Gálvez y Rincón (2009) refieren que a pesar de la contundente evidencia epidemiológica que asocia frecuentemente el consumo de sustancias con las patologías psiquiátricas mayores, las pautas de tratamiento están basadas, primordialmente, en combinaciones que carecen de evidencia para recomendarlas como terapias de primera línea en el diagnóstico dual. La tendencia ha sido agrupar intervenciones en forma integral. Los resultados, para los psicofármacos empleados hasta el momento, son considerados limitados y desalentadores, sin poder contar, hasta la fecha, con intervenciones específicas para esta población especial de pacientes. La mayoría de estudios disponibles extrapolan resultados, en ausencia de coherencia científica y terapéutica.

Queda claro, sin embargo, que la prevención de recaídas (PR) es un punto central en la terapéutica de las adicciones. En 1983, Martín (2002), realizó un seguimiento a 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol. Así, se observó, que a los 2 años de

tratamiento, el 63% regresó a su conducta adictiva, y al final del seguimiento, 8 años después, el 95% de la muestra reanudó, ocasionalmente, el consumo de alcohol.

La prevención de recaídas se define por Martín (2002) como “el proceso de iniciar y mantener la abstinencia de alcohol o de otra sustancia, acompañado de modificaciones intra e interpersonales”. Así pues, la prevención de estas ayuda a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída durante el cambio de conductas adictivas.

Se puede concluir, de esta manera, que realmente hay pocos estudios sobre intervenciones grupales en pacientes con TUS y los estudios que se han hecho pertenecen a diferentes disciplinas. No obstante, notamos que, ya sea psicoeducacional, motivacional, cognitivo-conductual, integral, de estrategias de afrontamiento o de los doce pasos, en todas estas, hay un impacto positivo dentro de esta población, lo que resulta una estrategia importante a considerar.

Es importante, además, recordar los aportes de Valdés, et al (2005), quienes hacen notar la capacidad de dos factores comunes para predecir el resultado de la terapia grupal: la alianza terapéutica y la implicación emocional del cliente.

Ellos plantean que un cambio total es el resultado de cambios sucesivos y progresivos. En ese sentido, fue posible, además, confirmar que ciertos indicadores se dan a lo largo de todo el proceso terapéutico, específicamente aquellos relacionados con: la aceptación del contexto de significado psicológico como marco de trabajo, el reconocimiento de la propia participación en el proceso terapéutico y el fortalecimiento del vínculo terapéutico. Cuando los pacientes son capaces de comprender el contexto histórico que los condujo al desarrollo de ciertas creencias y actitudes, pueden empezar a adquirir la sensación de que tienen cierto dominio sobre su realidad.

Capítulo 3

Marco metodológico

3.1 Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo en el cual se revisaron, por medio del programa Microsoft Excel ®, los expedientes de salud de una muestra aleatoria de pacientes.

Se realizó una búsqueda con ayuda del buscador Google, a su vez, se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline, Redalyc y Cochrane, así como en libros de la colección personal de los investigadores. Las palabras clave de la búsqueda fueron: consumo de drogas, esquizofrenia, trastornos afectivos, comorbilidad, patología dual, terapia de grupo. Los límites aplicados a la búsqueda fueron: últimos 25 años, tesis nacionales e internacionales, revistas científicas, idioma: sin restricción, énfasis en información latinoamericana y española.

Mediante la revisión de la literatura obtenida (libros, artículos de revistas, entre otros) examinada en más de un 75%, y la experiencia en la práctica clínica, y posterior al análisis de los resultados obtenidos en la revisión de expedientes de salud, se procedió a plantear una propuesta de terapia de grupo para pacientes, hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, que padezcan esquizofrenia y trastornos afectivos y, que a su vez, tengan el diagnóstico de trastornos por uso de sustancias. Esta será presentada para que la dirija un terapeuta principal y un coterapeuta.

Dentro de las sesiones de terapia de grupo, se consideró abordar generalidades como: conceptos básicos acerca del consumo de sustancias, efectos del consumo de sustancias en el organismo, mitos y realidades sobre el consumo de sustancias, estrategias para dejar de consumir sustancias y prevención de recaídas.

En la elaboración de esta propuesta, se consideraron los resultados del proceso de revisión de expedientes de salud, ya que la temática de las sesiones se enfocará en los tipos de sustancias que consumen los usuarios, la comorbilidad con esquizofrenia y trastornos afectivos, y otras enfermedades concomitantes.

Se adecuó, según la edad y escolaridad de los usuarios, el lenguaje y la cantidad de contenidos por sesión, además, se considerarán en los temas aspectos relacionados con la profesión u oficio de los pacientes, estado civil y el sexo. Por ejemplo, ¿de qué manera

afecta el consumo de cannabis el desempeño diario de un varón adulto que trabaja en mecánica?

Esta propuesta de terapia estará orientada a pacientes ingresados en pabellones de agudos del Hospital Nacional Psiquiátrico, además, serán grupos cerrados; con una cantidad de pacientes definida (no más de 8 usuarios por grupo) y su participación será voluntaria.

Para la recolección de datos, se propone la firma de una lista de asistencia a las sesiones, cada vez que el usuario acuda a una de ellas. Asimismo, en el expediente de salud, se anotará la asistencia a cada una de las sesiones, así como su interacción con el grupo, su disposición a participar y otros aspectos clínicos que los terapeutas consideren conveniente anotar.

3.2 Área de estudio

El área de estudio de la presente investigación es la caracterización de los pacientes que se ingresan en el Hospital Nacional Psiquiátrico con algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico de Pavas, San José, Costa Rica. Se revisó una muestra de los 371 expedientes de salud de los pacientes egresados y que tenían un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias en el año 2011.

Posteriormente, se planteó una propuesta de terapia de grupo de 4 sesiones para los pacientes internados con estos diagnósticos y que a su vez presenten una comorbilidad psiquiátrica, de tipo esquizofrenia y trastornos afectivos.

3.3 Sujetos de estudio

La población de este estudio estuvo conformada por los 371 expedientes de salud de los pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el año 2011, y que tenían un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

La muestra de este estudio estuvo conformada por 73 expedientes de salud de pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el año 2011, y que tenían un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

Para la selección de la muestra se utilizó el siguiente procedimiento:

En una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010®, se introdujo la siguiente fórmula:

FÓRMULA PARA UNIVERSOS PEQUEÑOS

$$n = N K^2 P (1- P) / ((N - 1) e^2 + K^2 P (1- P))$$

Donde

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población, que corresponde a los 371 expedientes de salud

P = Proporción de una variable

$P (1 - P)$ = Varianza= 0.25, la cual es la máxima varianza según la literatura

K = Nivel de Confianza (en términos de desviaciones típicas. $2 = 0.9544$) o sea dos desviaciones estándar típicas.

e = error de muestreo. En términos de proporción (tanto por uno)= 0.05, el cual es el más utilizado según la literatura

Al ejecutar dicha fórmula, el resultado que se obtuvo es de 73.29, o sea, para un tamaño de población de 371 expedientes de salud, con una nivel de confianza de 0.9544, una varianza de 0.25 y un error de muestreo de 0.05, la muestra que se debía revisar es de 73 expedientes.

Posteriormente, para realizar el muestreo de los datos, se procedió de la siguiente manera:

- 1) en una hoja de Microsoft Excel® 2010, se introdujeron los números de identificación de los 371 expedientes de salud en la columna “B” y una identificación alfanumérica para cada número de expediente en la columna “C”, dejando la columna “A” libre.
- 2) En esta columna “A” se introdujo la función ALEATORIO para asignarle un número aleatorio entre 0 y 1 a cada expediente de salud.
- 3) Seguidamente en otra casilla de la misma hija de cálculo se ingresó la siguiente fórmula: =BUSCARV(K.ESIMO.MAYOR(\$A\$74:\$A\$372;FILA(A1));\$A\$2:\$C\$372;3;FALSO)
- 4) Aquí dio el resultado de uno de los números de expediente de salud, luego se arrastró hasta completar en la misma columna los 73 valores alfanuméricos que aparezcan, que corresponden a los 73 expedientes de salud que se revisaron.

3.3.1 Criterios de inclusión

- 1) Pacientes portadores de trastorno por uso de sustancias.
- 2) Pacientes que hayan sido egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011.

3.3.2 Criterios de exclusión

- 1) Pacientes que no sean portadores de trastorno por uso de sustancias.
- 2) Pacientes que solo hayan sido atendidos en el servicio de urgencias y que no hayan sido egresados del hospital, dado que en estos casos la intervención es de tipo breve.
- 3) Pacientes que hayan quedado en el servicio de observación y que no hayan sido admitidos al hospital.

3.4 Fuentes de información

Para realizar este trabajo se procedió a la recolección de datos de los expedientes de salud de los pacientes que previamente se habían seleccionado como muestra para este fin, esto, en coordinación con el personal de registros médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Esta muestra fue previamente seleccionada, en forma aleatoria, de los expedientes de salud de la lista brindada por el personal de Registros médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico en el programa Microsoft Excel ®.

Posteriormente, se procedió, de acuerdo con los datos obtenidos en el análisis de la muestra y la información recolectada en la revisión bibliográfica, a elaborar una propuesta de terapia de grupo para los pacientes, internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, que consumen drogas y que tienen el diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afectivos.

3.5 Variables

Las variables que fueron analizadas, como parte de este estudio, obtenidas de la muestra de los expedientes de salud del Hospital Nacional Psiquiátrico fueron:

1. edad del paciente;
2. sexo del paciente;
3. lugar de procedencia;
4. escolaridad;
5. profesión;
6. estado civil;
7. edad a la que inició el consumo de drogas;
8. tipo o tipos de sustancia que consume;
9. comorbilidad con esquizofrenia y trastornos afectivos;
10. tiempo que lleva consumiendo drogas;
11. enfermedades concomitantes.

3.6 Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variables de estudio	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
<p>Revisar los expedientes de salud de los pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011 para conocer sus características demográficas</p>	<p>Edad del paciente</p> <p>Sexo del paciente</p> <p>Lugar de procedencia</p> <p>Escolaridad</p> <p>Profesión</p> <p>Estado civil</p> <p>Edad a la que inicio el consumo de drogas</p> <p>Tipo o tipos de sustancia que consume</p> <p>Comorbilidad con esquizofrenia y trastornos afectivos</p> <p>Tiempo que lleva consumiendo drogas</p> <p>Enfermedades concomitantes</p>	<p>Características sociodemográficas de la población que ha sido egresada al Hospital Nacional Psiquiátrico con algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias</p>	<p>Análisis de las características sociodemográficas</p>	<p>Determinar las características de los pacientes que han sido egresados en el hospital nacional psiquiátrico en el año 2011</p>	<p>Recopilar los datos sociodemográficos de los expedientes de salud de los pacientes egresados del hospital nacional psiquiátrico en el año 2011</p>
<p>Definir una estructura de terapia de grupo de cuatro sesiones orientada a la prevención de recaídas a partir de los datos demográficos obtenidos y la revisión de la literatura sobre terapias de grupos y trastornos por uso de sustancias</p>	<p>Población meta</p> <p>Temáticas a tratar</p>	<p>Proceso terapéutico grupal que va orientado a la prevención de recaídas en el consumo de sustancias en pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y que padecen esquizofrenia y trastornos afectivos</p>	<p>Presentación de la propuesta de terapia grupal</p>	<p>Proponer una terapia de 4 sesiones que va orientada a la prevención de recaídas en el consumo de sustancias en pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y que padecen esquizofrenia y trastornos afectivos</p>	<p>Estructurar una temática acorde con las características demográficas de la población obtenidas de la revisión de expedientes de salud en forma de terapia de grupo para evitar la prevención de recaídas.</p>

3.7 Técnicas e instrumentos

Las unidades de análisis serán los expedientes de salud de los pacientes que han sido egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico entre los años 2007 y 2011.

Se utilizará el programa Microsoft Excel ® para escoger, en forma aleatoria, los expedientes de salud que serán revisados.

3.7.1 Aspectos bioéticos

El protocolo de investigación del presente trabajo fue aprobado por el comité de Bioética en investigación (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico. Así, para el planeamiento de la investigación y para la realización de la misma los investigadores respetaron los principios de la bioética.

Principio de autonomía

La autonomía se entiende, en bioética, como la capacidad que poseen los pacientes de tomar sus propias decisiones sobre los asuntos que les competen en cuanto a salud y bienestar.

En este caso, en la revisión de expedientes no aplicaría este principio, pues no se hace ninguna intervención directa con los pacientes.

Principio de justicia

Justicia se refiere a “dar a cada quien lo que le corresponde; en términos de salud, se refiere al derecho que todas las personas tienen a la salud y a la atención sanitaria”

Este estudio favorece la justicia, ya que se tomó en cuenta a todas las personas que egresaron del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el año 2011, con trastorno por uso de sustancias. Lo anterior, forma una muestra variada y representativa que se puede utilizar como referencia para la toma de decisiones que vayan en beneficio de toda la población.

Principio de beneficencia

Se define como la búsqueda de un beneficio con la práctica de la medicina, donde el mismo paciente decide que es lo que considera beneficioso para él, después de haber sido informado sobre los riesgos y beneficios de la atención.

Para la revisión de expedientes, dado que no hay un contacto directo con los pacientes, no aplica este principio, pero sí se busca un beneficio para la población por medio de la terapia de grupo.

Principio de no maleficencia

Se define como el no provocar ningún tipo de daño al paciente.

Este principio se respetará, así, se protegerá la confidencialidad de los datos recolectados en el estudio. Lo anterior, mediante el uso de claves alfanuméricas, para identificar cada expediente de salud, y la no revelación de los datos personales obtenidos.

3.8 Análisis de la información

3.8.1 Captura de la información

Se revisaron los expedientes de salud de una muestra de pacientes elegidos, aleatoriamente, por medio del programa Microsoft Excel ®. Así, se tomaron en cuenta 73 expedientes de salud obtenidos como muestra de una población de 371 expedientes de salud, correspondientes al número de pacientes egresado con algún diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011.

Luego de analizar los resultados obtenidos de la revisión de expedientes, se estableció, posterior a una revisión de la literatura disponible, una propuesta de terapia de grupo de cuatro sesiones para el manejo de las personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afectivos que se encuentren ingresadas en el HNP.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Estadística descriptiva

Para las variables cualitativas se calcularán proporciones y frecuencias, con sus respectivos intervalos de confianza. Mientras que, para las variables cuantitativas, se usarán medidas de tendencia central y de dispersión, además, para los promedios, se calcularán sus intervalos de confianza.

Estadística inferencial

Se utilizarán pruebas de *t-student* y *chi cuadrado* para valorar la significancia estadística de los valores obtenidos, además, se utilizarán los intervalos de confianza. Para las pruebas y los intervalos de confianza se usará un alfa de 0.05.

3.9 Resultados esperados y limitaciones

3.9.1 Proyecciones

Por una parte, se espera obtener una caracterización demográfica de los pacientes que tienen un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias. De esa manera, facilitar a las autoridades del Hospital, el establecimiento de políticas para la atención de estos pacientes, asimismo, que sirva de base a otros entes para el diseño de programas y estrategias en la atención de estas personas.

Por otra parte, se busca proponer una estrategia de terapia de grupo, de 4 sesiones. Así, los pacientes que se ingresan en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con una enfermedad mental como la esquizofrenia y los trastornos afectivos y que, además, presenten trastorno por uso de sustancias, puedan ser tratados con el fin de prevenir recaídas en el consumo de sustancias. De igual forma, se pretende que esta herramienta sea aplicada en otros centros de atención.

Al ser una terapia de grupo, de solamente cuatro sesiones, la propuesta es un mecanismo de bajo costo que sería replicable y que puede ser muy útil en el manejo de estos pacientes.

3.9.2 Limitaciones del estudio

Que un mismo paciente, en el periodo de tiempo a estudiar, haya sido internado en dos o más ocasiones. En ese sentido, pudo salir seleccionado en varias ocasiones, y de haber sido así, se contó en una única ocasión.

Uno de los mayores obstáculos hallados es la cantidad de subregistros que se encontraron en los expedientes de salud, en apartados como los diagnósticos de egreso en cuanto a comorbilidades psiquiátricas y médicas, y la caracterización del patrón de consumo en muchos casos, lo que dificulta el adecuado análisis de los datos obtenidos.

Otro impedimento, al realizar este proyecto, es la poca cantidad de estudios que aborden la patología mental y el consumo de sustancias. Lo anterior, limita la oportunidad de comparar nuestros resultados con otros proyectos, con el fin de buscar mejoras.

3.10 Cronograma

El cronograma de trabajo fue el siguiente:

Actividad	Octubre 2012	Noviembre 2012	Noviembre y diciembre 2012	Diciembre 2012 a enero 2013
Elaboración del protocolo	XX			
Aprobación del protocolo por el CLOBI	XX			
Recolección de los datos de los pacientes		XX		
Análisis de los datos de los pacientes			XX	
Elaboración de informe final				XX
Entrega del informe final al CLOBI				XX

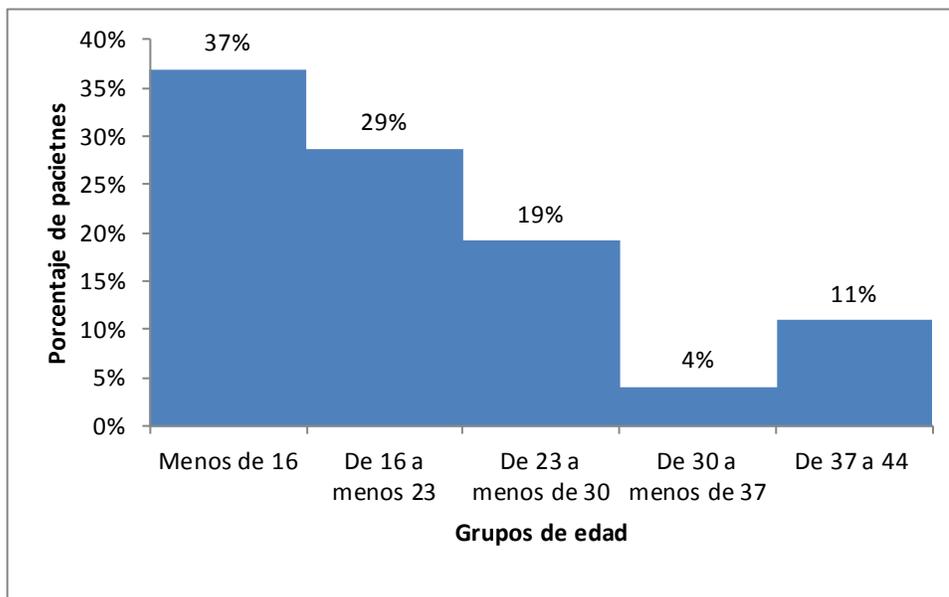
Capítulo 4

Resultados y discusión

Caracterización de pacientes, según grupos de edad:

Figura 1.

Porcentaje de pacientes ingresados con trastorno por uso de sustancias, según grupos de edad
Hospital Nacional Psiquiátrico
2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Como se aprecia en la figura 1, el mayor porcentaje de pacientes ingresados, por consumo de sustancias, corresponde al grupo de edad de menos de 16 años, con un 37%. A continuación, sigue el grupo entre 16-23 años, con un 29%, posteriormente, se da un descenso en los porcentajes: edades entre 23-30 años, 19%; y edades entre 30-37 años, 4%; dándose un repunte en el grupo de mayores de 37 años, con un 11%.

Este porcentaje, mayor en las personas menores de edad, está acorde con lo descrito por Sadock B y Sadock V (2009), donde se menciona que los pacientes inician a edades tempranas, específicamente, en las etapas iniciales y media. Asimismo, el texto hace referencia a una mayor vulnerabilidad en los adolescentes, no solo ante la tentación de consumir sustancias (por razones sociodemográficas), sino también al daño que esto les produce en un cerebro aun en desarrollo.

Se observa, además, un decremento conforme aumenta la edad. Lo anterior, relacionado con diferentes causas, una de estas, la normativa que obliga a ingresar, en el programa Nuevos Horizontes, a los adolescentes que vengan con una orden judicial de internamiento. Esta medida puede acrecentar la cantidad de menores de edad en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

El programa Nuevos Horizontes es una unidad de internamiento para adolescentes que presentan problemas de trastorno por consumo de sustancias, los cuales, hasta el año 2012, se ingresaban en algunos casos por orden de un Juez, en otros, por orden del Patronato Nacional de la Infancia y en otros por criterio médico.

Otra razón, la posibilidad de que las personas mayores hayan recibido un proceso de terapia que les permitiera mantenerse en un estado de abstinencia y sin condiciones de salud que ameriten el ingreso en un hospital psiquiátrico.

Esto se aplica, sobre todo, en casos donde los pacientes consumen, principalmente, alcohol y tabaco. Las complicaciones que estas producen en el organismo se dan con el paso de los años y en otras esferas de la salud, como lo son el cáncer, la cirrosis, entre otros.

Llama la atención, además, el repunte que se da en las personas ingresadas por consumo de sustancias en el grupo de edad sobre los 37 años. Este repunte se debe a que el rango de edad, que comprende dicho grupo, es mayor al de 5 años que se observa en el resto de los grupos.

Otro aspecto hipotético que genera este repunte es que se engloba, en este rango, a un grupo de edad que está atravesando por crisis vitales del tipo abandono de los hijos del hogar, jubilación y otros que pueden favorecer que las personas recurran al consumo de sustancias para enfrentar dichas crisis, tal como lo menciona en su estudio López (2012).

Caracterización de pacientes, según el sexo:

Cuadro 1.

Porcentaje de pacientes ingresados
por trastorno por uso de sustancias,
según sexo

Hospital Nacional Psiquiátrico

2011

Sexo	Pacientes ingresados		Edad		
			Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de variación
	Cantidad	Porcentaje			
Femenino	14	19%	16,71	2,81	17%
Masculino	59	81%	24,83	11,00	44%
Total	73	100%	23,27	10,45	45%

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

En el cuadro 1, se puede observar que el mayor porcentaje de los pacientes que fueron ingresados, durante el 2011, por consumo de sustancias en el Hospital Nacional Psiquiátrico corresponde a varones, con un 81%, mientras que las mujeres representan un 19%.

Este hallazgo corresponde a lo descrito por Sadock B y Sadock V (2009), donde se apunta que los hombres tienen un mayor riesgo de consumo de sustancias.

Respecto al sexo, además, Álvarez y colaboradores (2009) encontraron que el 74% de las personas que participaron en su estudio eran hombres. Este hecho se relaciona con dos factores: en primer lugar, en nuestro país existe una presión cultural para los hombres inicien el consumo de alcohol y tabaco, puerta, en muchos casos, hacia el consumo de otro tipo de sustancias.

En segundo lugar, los hombres tienen una mayor tendencia a la impulsividad, también, a la no expresión verbal de los conflictos. Esta situación puede hacerlos recurrir al consumo de sustancias, como una forma de expresión de estos rasgos, tal como lo expresan Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008).

La edad promedio de las mujeres, al momento de iniciar el consumo, es de 16 años (con un porcentaje de variación del 17%); Este dato hace pensar que en la actualidad se presenta, en forma paulatina, un incremento en el consumo de drogas, por parte de las mujeres.

La edad promedio de los hombres, al iniciar el consumo de drogas, es de 24 años (con un coeficiente de variación del 44%). Al compararlo con las mujeres, podemos considerar varias condiciones que generan estas diferencias entre las mujeres y los hombres.

Por una parte, el consumo de sustancias, entre los hombres, ha sido históricamente más generalizado, en relación con las mujeres. Esto hace que varones de mayor edad consuman sustancias, lo que sin duda, aumenta la edad promedio de este grupo, esto de acuerdo con los datos que en sus estudios citan Bejarano (2012), López (2012), Fonseca (2012) y Chacón y Madrigal (2012).

Isaza et al (2010) encontraron que la edad promedio de inicio de consumo de drogas fue de 31 ± 10 años (rango: 16-59 años); Álvarez et al (2009) encontraron que la edad promedio fue de 22.6 años; y Pascual et al (2001) notaron que la edad promedio de los consumidores era entre los 26 y los 35 años.

Estos datos, aunque no están separados por sexo, parecen no ser tan similares a lo que se ha encontrado en esta revisión de expedientes. No obstante, en uno de los estudios se reportan edades de inicio de 16 años, y en otro, el promedio es de 22,6 años, similar al que podría obtenerse al combinar nuestros datos.

Caracterización de pacientes, según el lugar de procedencia

Cuadro 2.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP

(CR) durante el 2011

por trastorno por uso de sustancias,

según la provincia de procedencia

Provincia	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
San José	34	47%
Alajuela	10	14%
Cartago	8	11%
Heredia	7	10%
Puntarenas	7	10%
Limón	5	7%
Guanacaste	2	3%
Total	73	100%

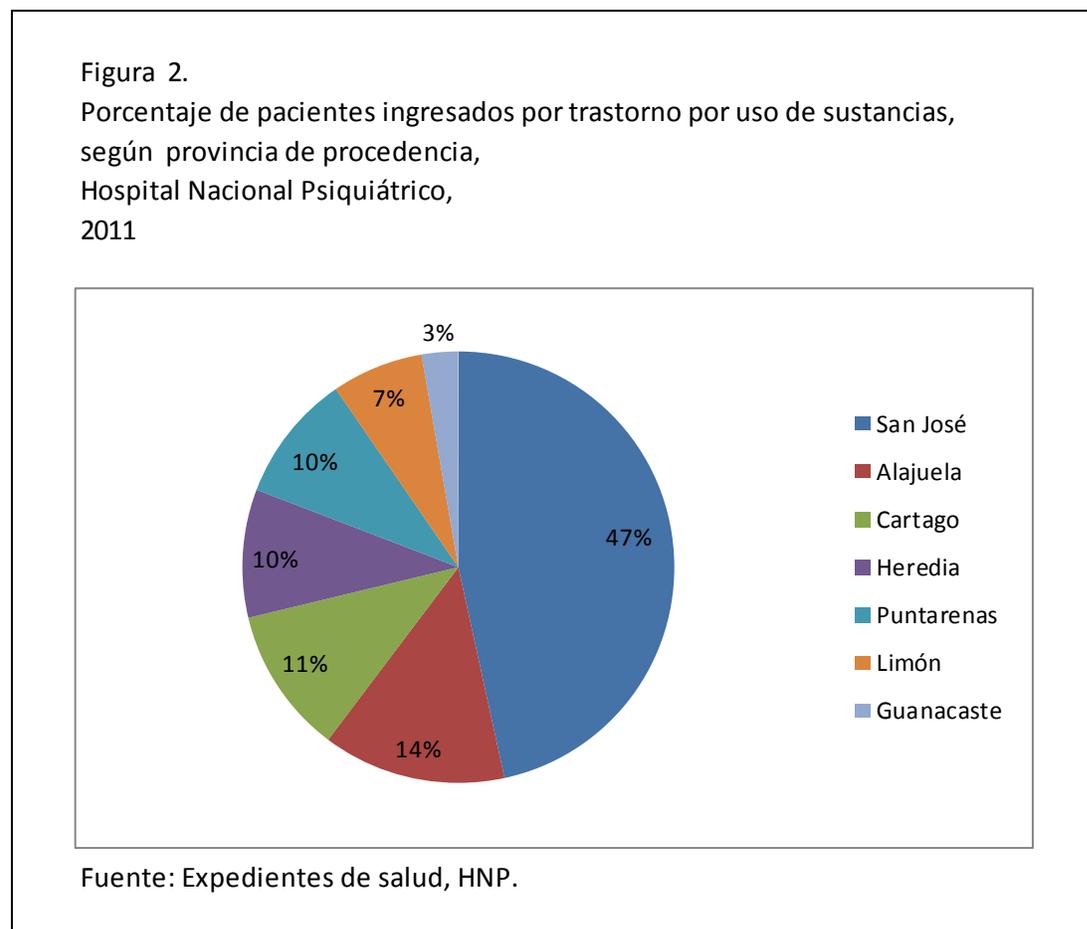
Fuente: Expedientes de salud, HNP.

En relación con el lugar de procedencia de los pacientes, en el cuadro 2 se muestra que de los 73 pacientes, 34 provienen de San José. De esa manera, esta es la provincia que mayor cantidad de usuarios aporta; sigue Alajuela, con 10 personas; Cartago, con 8 pacientes; Heredia y Puntarenas, con 7 usuarios cada uno; Limón, con 5 pacientes; y Guanacaste, con 2 usuarios.

La mayoría de los usuarios ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el 2011, provienen de San José. Resulta importante mencionar que un porcentaje de los pacientes con trastornos por uso de sustancias puede estar siendo manejado en los

hospitales regionales y solo se refieren a este centro en caso de que presenten algún riesgo a sí mismos o a terceros.

Estos datos se pueden apreciar con detalle en la figura 2.



Otro factor a considerar es la cercanía geográfica y la accesibilidad al servicio, pues, aunque un usuario se complique, a muchas familias se les imposibilita la ayuda necesaria o prefieren manejarlo en la casa, asociado esto con diferentes factores propios del sistema de salud, como un modelo centralizado en el cual no se mide el gasto en salud mental, tal como lo refleja el Ministerio de Salud (2012).

Cuadro 3.
 Porcentaje de pacientes
 ingresados en el HNP (CR)
 durante el 2011 por trastorno por
 uso de sustancias,
 según la provincia de
 procedencia y el sexo

Provincia	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
San José	6	18%	28	82%	34	100%
Alajuela	4	40%	6	60%	10	100%
Cartago	1	13%	7	88%	8	100%
Heredia	1	14%	6	86%	7	100%
Guanacaste	0	0%	2	100%	2	100%
Puntarenas	2	29%	5	71%	7	100%
Limón	0	0%	5	100%	5	100%
Total	14	19%	59	81%	73	100%

Fuente: Expedientes de salud,
 HNP.

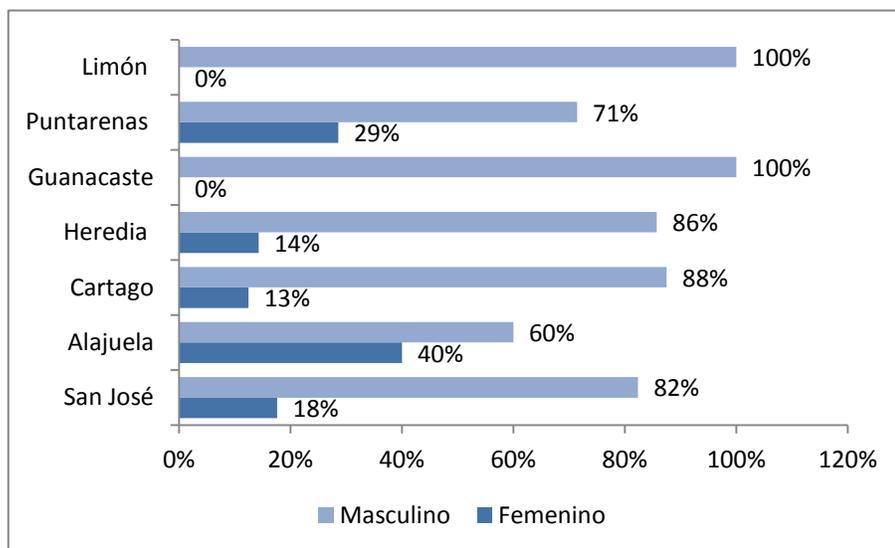
En el cuadro 3, podemos observar que, de Limón y Guanacaste, el 100% de los usuarios ingresados son varones; en Puntarenas, el 71% son varones y un 29% de mujeres; en Heredia, el 86% son hombres y el 14% son mujeres; en Cartago, el 88% son varones y el 12% son mujeres; en Alajuela, 60% hombres y 40% mujeres; y en San José, un 82% varones y 18% mujeres.

No sorprende que, aun dividiendo las proporciones por sexo en cada provincia, mayoritariamente el hombre es quien presenta este tipo de problemas, lo que posiblemente responde a los elementos antes descritos.

Además se hace nuevamente presente la importancia de una mayor accesibilidad a los servicios de salud, pues estos datos son eventualmente un reflejo de una situación económica y social que no favorece un modelo de salud equitativa para las personas, como lo plantea el Ministerio de Salud (2012).

En Alajuela, sin embargo, las proporciones no son tan diferentes. Este hecho puede deberse a una mayor afluencia de pacientes femeninas al programa Nuevos Horizontes. La mayoría proviene del Albergue del Patronato Nacional de la Infancia ubicado en la Garita de Alajuela, todos estos datos están detallados en la figura 3

Figura 3.
Porcentaje de pacientes ingresados
por trastorno por uso de sustancias
en el HNP (CR) durante el 2011
según provincia de procedencia y sexo



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Caracterización de pacientes, según la escolaridad:

Cuadro 4.

Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias en el HNP (CR) durante el 2011, según el grado escolaridad

Escolaridad	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Analfabeta	2	3%
Primaria incompleta	14	19%
Primaria completa	22	30%
Secundaria incompleta	29	40%
Secundaria completa	3	4%
Universitaria incompleta	3	4%
Total	73	100%

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

En el cuadro 4 observamos que la mayoría de los usuarios, ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2011, cuentan con secundaria incompleta, 40%; primaria completa, un 30%; la primaria incompleta, en un 19%; secundaria completa y universitaria incompleta 4%, respectivamente; y analfabetos, un 3%.

Isaza et al (2010) encontraron que en consumidores de heroína, el 89% tenía nivel de educación entre primaria y bachillerato). En otro estudio sobre heroína, Álvarez et al (2009) observaron que el 50.7% cursaban educación superior. Asimismo, Pascual et al (2001), que

estudiaron alcohol y cocaína, encontraron que sus pacientes tenían nivel educativo de primaria completa.

En nuestros resultados, observamos que la mayoría de los usuarios investigados tienen un nivel educativo entre primaria completa y secundaria incompleta. Esta situación, coincide con el estudio de Pascual y colaboradores, además, con uno realizado en pacientes que consumen heroína. Sin embargo, difiere mucho del estudio con pacientes consumidores de heroína realizado por Álvarez y colaboradores.

En esta investigación no contamos con pacientes que consuman la heroína, por lo que, la diferencia de resultados puede deberse a un perfil diferente dentro de los usuarios que consumen heroína. Esta, al ser una sustancia muy cara, es consumida, principalmente, por quienes tienen mayores recursos económicos, aspecto que brinda mayores oportunidades dentro de los sistemas educativos.

Por su parte, el consumo de alcohol y de cocaína es más factible, económicamente hablando. De esa forma, aunque el consumo se observa en cualquier clase económica y con cualquier nivel educativo, es más fácil de conseguir para personas con un menor nivel educativo.

Otro de los aspectos a considerar, en relación con la escolaridad, es que un porcentaje importante de los usuarios que se ingresaron en el 2011 en el Hospital Nacional Psiquiátrico es menor de 16 años. En ese sentido, ellos no pueden terminar la secundaria, por las regulaciones etarias que el Ministerio de Educación establece, lo que sin duda afecta el resultado.

Se puede considerar, además, que en muchos casos los pacientes no terminaron su secundaria, apenas terminaron la primaria o no la terminaron, debido al efecto del consumo de drogas sobre el sistema nervioso, el cual, pudo generar dificultades en el ámbito educativo, como se menciona en Sadock B y Sadock V, (2009)

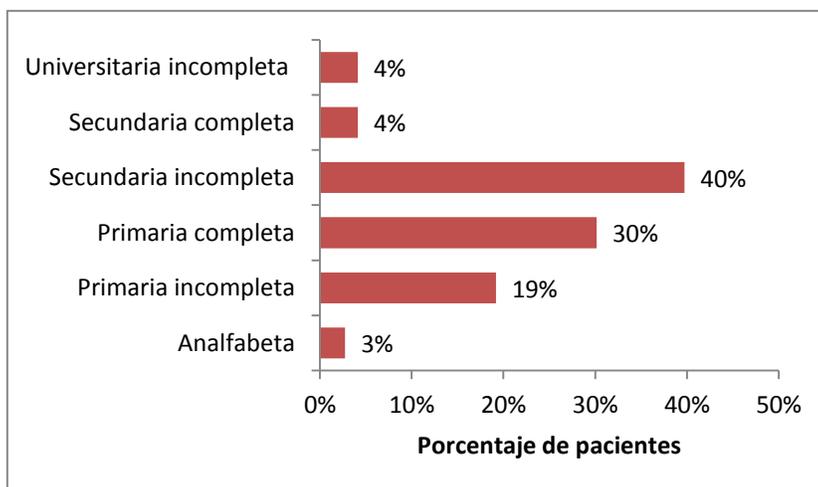
La baja incidencia de personas analfabetas puede estar relacionada a la accesibilidad educativa que desde hace muchos años existe en el país, al menos la educación primaria. Estos casos de analfabetismo pueden ser casos aislados de personas callejizadas desde hace

varios años, cuya condición les impidió estudiar, incluso, personas que vengan de otros países donde la escolaridad no sea tan accesible.

Se nota, también, que pequeños grupos de pacientes alcanzaron a terminar la secundaria, incluso, llegaron a la de universidad. Estos pacientes pueden responder a grupos que consumieron sustancias y no tuvieron una afectación previa en su salud o personas que iniciaron su consumo en edades tardías, esto se aprecia claramente en la figura 4.

Figura 4.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según grado de escolaridad



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Sadock B y Sadock V (2009) plantean que las personas con niveles educativos más altos tienen mayores tasas de consumo de alcohol, en relación con las personas que tienen menos nivel educativo.

Si se compara con los datos derivados de esta investigación, debería aparecer un mayor porcentaje en el consumo de otras drogas asociadas, como el tabaco y el cannabis. Con estas sustancias, debería presentarse una mayor incidencia de trastornos que ameriten el ingreso al hospital psiquiátrico.

La diferencia que se encuentra, entre los datos de esta revisión de expedientes y la descripción de la literatura, está relacionado con un consumo más “social”, por parte de los universitarios y colegiales avanzados, el cual, aparentemente, no genera tales trastornos.

Por el contrario, el patrón de consumo también es del tipo intoxicación aguda, que por lo general no son manejadas en el hospital psiquiátrico, dado que la gente no lo ve como una opción para tal patología, asimismo, este patrón de consumo genera lesiones a largo plazo, a edades más avanzadas.

Esto está acorde con los estigmas sociales de los hospitales psiquiátricos, de los que nos habla Guimón (2001), este grupo de población, aunque tenga alguna condición mental que ameritara abordaje en un hospital psiquiátrico, trate de darle un manejo ambulatorio o en centros privados, según las posibilidades, para evitar el ingreso.

Cuadro 5.
 Porcentaje de pacientes
 ingresados en el HNP (CR)
 durante el 2011 por
 trastorno por uso de
 sustancias ,
 según el grado escolaridad y
 el sexo

Escolaridad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Analfabeta		0%	2	100%	2	100%
Primaria incompleta	4	29%	10	71%	14	100%
Primaria completa	4	18%	18	82%	22	100%
Secundaria incompleta	6	21%	23	79%	29	100%
Secundaria completa		0%	3	100%	3	100%
Universitaria incompleta		0%	3	100%	3	100%
Total	14	19%	59	81%	73	100%

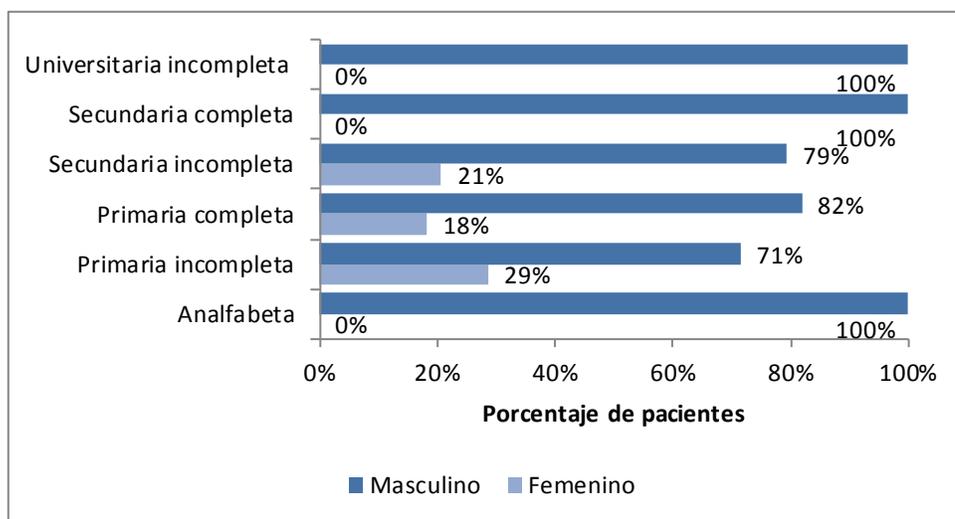
Fuente: Expedientes de
 salud, HNP.

Según el sexo, en el cuadro 5 notamos que el 100% son varones dentro del grupo de escolaridad de universidad incompleta, secundaria completa y analfabetas; el 79% son varones, con un 21% de mujeres en la categoría de secundaria incompleta; un 82% son hombres y el 18% son mujeres en el grupo de primaria completa; y el 71% son varones con un 29% de mujeres en el grupo de primaria incompleta.

Los datos de este cuadro están en relación con la edad promedio que mostraban las mujeres ingresadas en el 2011 en el Hospital Nacional Psiquiátrico, la cual estaba en los 16 años, por lo cual, muchas de ellas no tienen la edad para haber completado la secundaria ni haber acudido a las aulas universitarias. Esto se aprecia con detalle en la figura 5.

Figura 5.

Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias, según grado de escolaridad por sexo, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Caracterización de pacientes, según la ocupación

Cuadro 6.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP
(CR) por trastorno por uso de sustancias
durante el 2011,
según ocupación

Escolaridad	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Desocupado	56	77%
Ocupados	17	23%
Estudiante	6	8%
Construcción	3	4%
Pensionado	2	3%
Otro	6	8%
Total	73	100%

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

En el cuadro 6 se aprecia que el 77% de los usuarios se encontraban desocupados; un 8%, eran estudiantes; un 4%, trabajaban en construcción; un 3%, son pensionados; y un 8%, tenía ocupaciones varias.

Este dato no concuerda con lo expuesto en la literatura consultada, ya que, Gómez et al (2008), mencionan que un 30% de personas que consumen sustancias presentan complicaciones de tipo laboral, entre otras. Sin embargo, es común ver en la práctica cotidiana, tal como lo muestran estos datos, que las personas que consumen sustancias, por lo general, son desempleadas y participan en el llamado Sector Informal de trabajo.

Este sector, según lo ha caracterizado Donato (2003), presenta dificultades en el acceso a los servicios de salud, malas condiciones de vivienda e incluso presentan dificultades hasta

para obtener un espacio para la recreación y el descanso, de ahí que el uso de sustancias resulta ser un medio para escapar de esta condición de vida.

En el caso de los adolescentes, este desempleo se debe a que ellos abandonan el sistema educativo. De esa manera, producto del consumo de drogas y otras condiciones sociales, se callejizan. Este grupo, corresponde, en gran medida, al conjunto de adolescentes que ingresa al programa Nuevos Horizontes.

Para el caso de los adultos, el desempleo está relacionado con el abandono de su trabajo; por causa del consumo de sustancias.

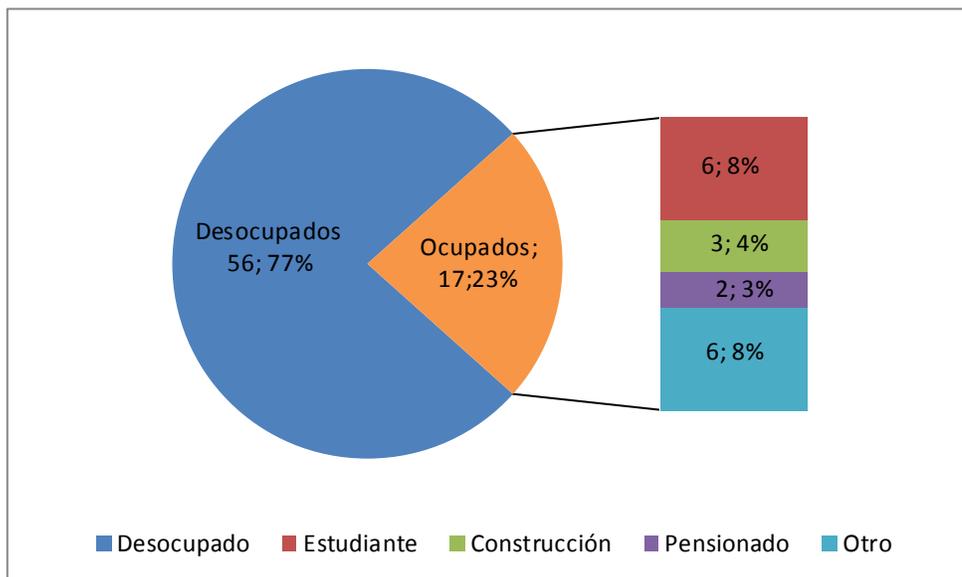
Otra razón es la dificultad de conseguir empleo; los empleadores no los contratan producto de su enfermedad. Esta situación agrava la condición de estas personas, sobre todo si existe la comorbilidad con alguna enfermedad mental como la esquizofrenia o los trastornos afectivos.

Dentro del grupo que labora, existe un porcentaje que corresponde a estudiantes, adolescentes o adultos jóvenes, quienes a pesar del consumo de sustancias no han abandonado el sistema educativo.

Existe, además, un porcentaje de personas que corresponde a pensionados. Estas personas presentan en muchos casos crisis existenciales relacionadas con la jubilación u otros aspectos vitales, para los cuales, el consumo de sustancias viene a ser una especie de “medicación”.

El porcentaje restante corresponde a diferentes labores, en su gran mayoría, de corte técnico u obrero. Ambientes en los que, según mencionan los mismos usuarios, se favorece el consumo de sustancias, esto se observa en la figura 6.

Figura 6.
 Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias,
 según ocupación ,
 Hospital Nacional Psiquiátrico,
 2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

De este último dato surge otra duda: ¿por qué el porcentaje de pacientes que trabajan no es mayor?

Esta respuesta se encuentra en las susceptibilidades individuales que hacen que aunque dos personas consuman una sustancia, solo una presente un trastorno que amerite ingreso en un hospital psiquiátrico, según lo plantean autores como David, Fleminger, Kopelman, Lovestone, Mellers (2009).

Por otra parte, estas personas pueden iniciar su consumo en el ambiente de trabajo, posteriormente, son despedidos o abandonan el trabajo, por lo que pasan a engrosar la lista de desempleados.

Caracterización de pacientes, según el estado civil

Cuadro 7.

Porcentaje de pacientes
ingresados en el HNP (CR) por
trastorno por uso de sustancias
durante el 2011,
según el estado civil

Estado civil	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Soltero	65	89%
Casado	5	7%
Unión Libre	3	4%
Total	73	100%

Fuente: Expedientes de salud,
HNP.

En el cuadro 7 se muestra que el 88% de los usuarios, en ese momento, eran solteros; mientras que un 7%, eran casados; y un 4% se encontraba en unión libre.

Estos datos tienen relación con lo expuesto la literatura consultada, así, algunos autores mencionan que hasta un 70 % de los pacientes consumidores tienen problemas de índole familiar. Lo anterior, se asocia con una ruptura de pareja o a la imposibilidad de conseguir una, como lo plantean Gómez et al (2008).

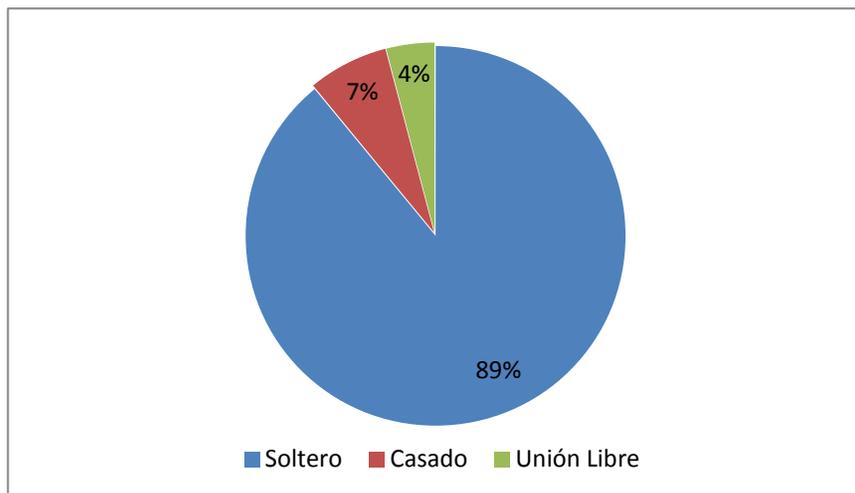
Se ha descrito por Gómez et al (2008), además, que en un grupo de personas que consumen sustancias se pueden encontrar de relaciones simbióticas entre madre e hijo. Situación que puede favorecer, en estas personas, que no haya un deseo real de establecer una relación de pareja.

No menos importante es que en las familias se da un efecto de permisividad, por medio del cual, los familiares niegan y racionalizan las conductas de consumo de drogas de los miembros, lo cual también es descrito por Gómez et al (2008). De esa forma, se crea un ambiente que protege al consumidor de sustancias, además, le crea un nivel de confianza que le impide abandonar el núcleo familiar.

Otro grupo de pacientes son los menores de edad, que por ley no pueden casarse, y, si conviven con alguna persona, se visualizan como “solteros” y no en “unión libre”.

En el caso de los casados y en unión libre, el consumo de sustancias está relacionado con la dificultad para manejar conflictos, por lo que, la ingesta de drogas puede ser usado como “coadyuvante”. Estos datos se observan con detalle en la figura 7.

Figura 7.
Porcentaje de pacientes ingresados
en el HNP (CR) por trastorno por uso
de sustancias durante el 2011,
según el estado civil



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Caracterización de pacientes, según la edad de inicio de consumo de drogas

Cuadro 8.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante 2011 , según la edad de inicio de consumo de droga

Edad (años)	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
6	2	3%
7	1	2%
8	3	5%
9	3	5%
10	4	7%
11	5	8%
12	9	15%
13	6	10%
14	9	15%
15	5	8%
16	4	7%
17	4	7%
18	1	2%
19	1	2%
20	2	3%
29	1	2%
37	1	2%
Total	61 1/	100%

Nota: 12 Pacientes no reportan la edad de inicio de consumo de drogas.

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

En el cuadro 8, a pesar de que, en 12 personas no se reporta la edad de inicio de consumo de sustancias, se observa que la mayoría de los pacientes iniciaron el consumo de sustancias entre los 10 y los 17 años, con dos picos a los 12 y 14 años. Se muestran, también, personas que iniciaron su consumo a los 6 y 9 años (casos extremos), así como a los 17 años y, a los 37 años, inclusive.

Este dato está acorde con lo descrito por autores como Gómez et al (2008), Bejarano (2012), Fonseca (2012), de esa forma, se dice que la edad de inicio de consumo de sustancias ronda entre los 10 y los 17 años de edad.

Todo lo anterior, se encuentra relacionado con el desarrollo del sistema de recompensa, el cual se encuentra en pleno desarrollo. Esta situación hace que el adolescente sea susceptible a mantener un patrón de consumo de alguna sustancia una vez que la prueba.

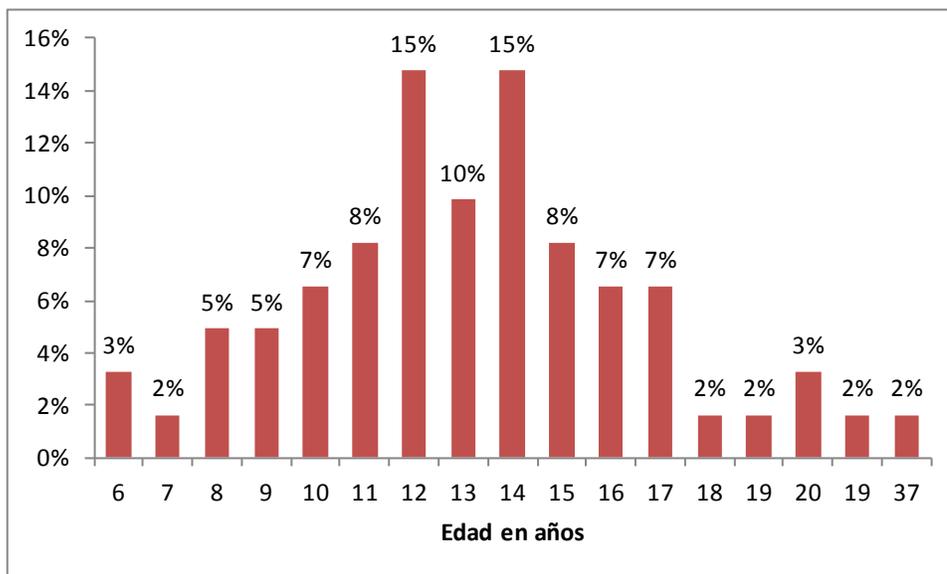
Probar una sustancia, además, está respaldado por una estructura social donde los adolescentes están expuestos a experimentar diferentes drogas que pueden causar dependencia. Por ejemplo, el alcohol, el tabaco y la marihuana; si bien su venta no es permitida a menores, ellos logran desarrollar mecanismos para adquirirlos. Lo anterior es una forma de ganar espacio entre el grupo de pares, además, de alejarse de los problemas que enfrentan en el ámbito familiar e interpersonal, entre otras condiciones.

En relación con el extremo de menor edad de inicio de consumo, corresponde a un grupo de personas que se encontraban en condición de callejización, de esa forma, empezaron a consumir tabaco.

En el extremo superior tenemos personas que iniciaron a consumir sustancias entre los 29 y 37 años. Esta situación está relacionada con la aparición de trastornos afectivos, en los cuales, la sustancia, en especial la marihuana, sirve como una forma de “medicarse”. Pueden observarse estos datos en la figura 8:

Figura 8.

Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias, según edad de inicio en el consumo de drogas, Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Caracterización de pacientes, según las sustancias que consumen

Cuadro 9.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según el tipo de sustancias consumidas

Sustancia	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Benzodiazepinas	1	1%
Cannabis y solventes	1	1%
Sustancias inhalantes	1	1%
Alcohol y cocaína	2	3%
Alcohol	3	4%
Cannabis y alcohol	5	7%
Cocaína	5	7%
Cannabis	7	10%
Cannabis y cocaína	16	21%
Múltiples drogas	32	45%
Total	73	100%

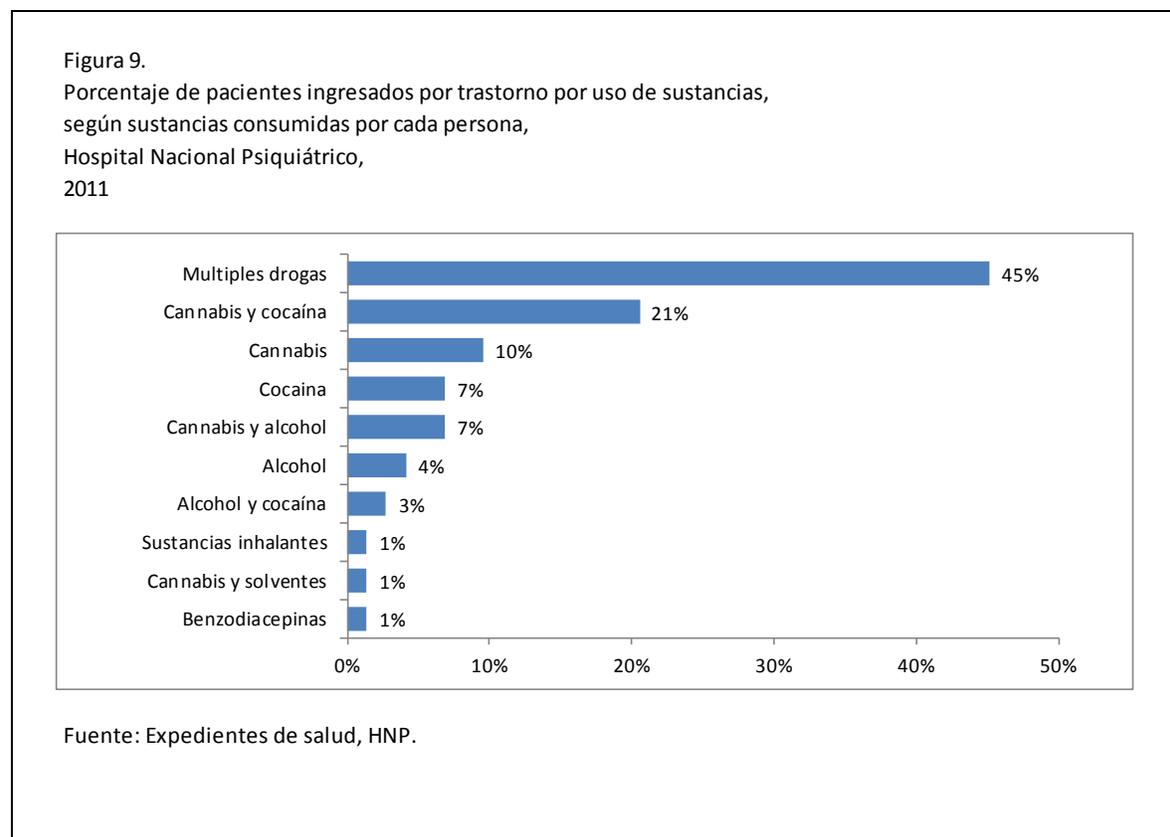
Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Con respecto a las sustancias consumidas por cada persona, se muestra en el cuadro 9 que un 45% consume múltiples drogas; un 21%, consume tanto cannabis como cocaína; un 10%, usa solamente cannabis; un 7%, utiliza solo cocaína; otro 7%, consume cannabis y alcohol; un 4%, exclusivamente toma alcohol; un 3%, consume alcohol y cocaína; y un 1%, consume sustancias inhalantes, cannabis y solventes, y benzodiazepinas, respectivamente.

En este caso, las personas que iniciaron consumo a edades tempranas, incluso los de 6 años, son personas que presentan como patrón de consumo el de múltiples drogas (más de tres).

Todo lo anterior está acorde con el proceso de desarrollo del sistema de recompensa, el cual se encuentra en pleno desarrollo entre los menores de edad. En esta situación, cuando persona prueba una droga, con capacidad de producir dependencia, tiene una mayor tendencia a consumir otro tipo de sustancias similares.

Otro tipo de patrones, descritos en estos resultados, como la unión de cannabis con alcohol o cocaína, son también habituales. La situación puede deberse a que las personas desean combinar los efectos de ambas sustancias, de esa manera, logran estados de euforia, la intensificación de los sentidos, entre otros. Esto se aprecia en la figura 9.



Cerca de una cuarta parte de las personas consumen solo una sustancia, lo cual, está francamente en relación con lo descrito en el Sistema de Recompensa.

Cuadro 10.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias, durante el 2011, según los diferentes tipos de sustancias consumidas

Sustancia	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Cannabis	39	33%
Cocaína	30	25%
Múltiples drogas	22	18%
Alcohol	14	12%
Tabaco	5	4%
Sustancias inhalantes	4	3%
Drogas sintéticas	3	3%
Benzodiacepinas	1	1%
Solventes	1	1%
Total	119	100%

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Respecto a los porcentajes, según los diferentes tipos de sustancias consumidas, como se ve en el cuadro 10, el 33%, usa cannabis; el 25%, usa cocaína; el 18%, está dentro de la categoría de múltiples drogas; el 12%, alcohol; un 4%, tabaco; un 3%, sustancias inhalantes, así como drogas sintéticas; y un 1%, benzodiacepinas, así como solventes.

Dentro de las sustancias caracterizadas no se encuentran los opioides. Si bien las tasas de consumo de opioides en Costa Rica son bajas, según lo reporta López (2012), sí hay un porcentaje de personas que consumen morfina, sin embargo, estas personas caen en grupos

variados, por ejemplo, pacientes sufren dolores crónicos, incluso, personal de salud con acceso a este medicamento.

En el primer caso, el uso de la morfina se considera una necesidad, por lo que no se visualiza como un problema, el segundo grupo, se maneja con mayor discreción, se asiste a centros de atención privados o de manejo ambulatorio.

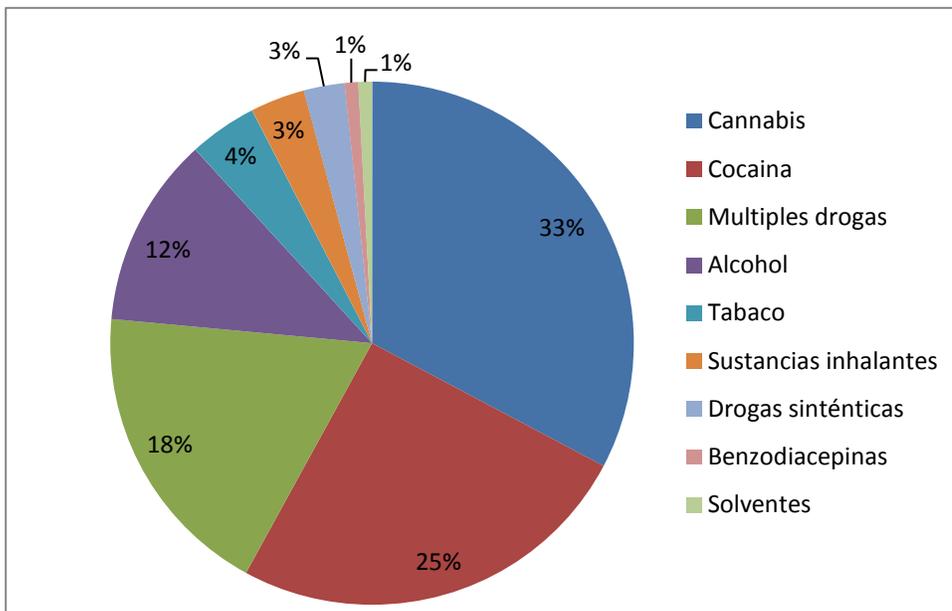
Llama la atención, además, que las sustancias que más se consumen en el país (tabaco y alcohol) tal como han mostrado Fonseca (2012) y Bejarano (2012) no son relevantes en este centro, así, son más los casos de personas que consumen cannabis y cocaína. Lo anterior, se presenta porque el tabaco, por lo general, produce efectos degenerativos a largo plazo en quienes lo consumen, a diferencia otras drogas de abuso, asimismo, dentro de los perfiles de pacientes que ingresan a este Hospital, no se contempla un programa específico para manejo del consumo de tabaco.

Por la práctica cotidiana, sabemos que nuestros usuarios consumen cantidades de tabaco durante el ingreso, lo que hace pensar que existe un problema de subregistro en los diagnósticos relacionados con el consumo de este.

Respecto al consumo de alcohol, llama la atención que la cantidad de pacientes con diagnósticos por ingesta de esta sustancia sea tan baja. Esta situación está en relación con el manejo ambulatorio que se les da a los pacientes, en ese caso, solo asisten al centro cuando presentan complicaciones asociadas a una enfermedad mental.

Hay que agregar que en este apartado casi una quinta parte de los registros aparece como “múltiples drogas”, sin que quede claro cuáles son estas, lo que podría englobar consumo de alcohol, tabaco e incluso de opiáceos. Esto se aprecia en la figura 10.

Figura 10.
Porcentaje de pacientes ingresados
en el HNP (CR) por trastorno por uso
de sustancias durante el 2011,
según los diferentes tipos de sustancias
consumidas



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Al observar los datos sobre consumo de cannabis y cocaína en este centro, no sorprende que estas sean las sustancias de mayor consumo. Lo anterior, debido, posiblemente, a la alta frecuencia de complicaciones mentales asociadas al consumo de ambas, por ejemplo, los trastornos de conducta, los trastornos psicóticos y afectivos, tal como lo ha manifestado Torres (2006)

Esta situación nos permite considerar que el cannabis y la cocaína son las drogas ilegales de elección, al compararlas con otras como los alucinógenos, las benzodiazepinas, algunas drogas de tipo anfetamínico y los solventes volátiles.

Caracterización de pacientes, según la comorbilidad psiquiátrica

Cuadro 11.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR)

por trastorno por uso de sustancias durante el 2011,

según la comorbilidad psiquiátrica por persona

Comorbilidad psiquiátrica	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Rasgos mixtos de personalidad	1	1,37%
Simulación	1	1,37%
Trastorno afectivo bipolar	1	1,37%
Trastorno afectivo bipolar, trastorno disocial	1	1,37%
trastorno de conducta, trastorno disocial	1	1,37%
Trastorno de déficit atencional y de hiperactividad	1	1,37%
Trastorno Depresivo Mayor, Intoxicación Aguda por Alcohol	1	1,37%
Trastorno esquizoafectivo	1	1,37%
Trastorno esquizofreniforme, retardo mental leve	1	1,37%
Trastorno oposicionista desafiante	1	1,37%
Trastorno psicótico, episodio depresivo moderado	1	1,37%
Trastorno afectivo	1	1,37%
Rasgos límites de personalidad	2	2,74%
Trastorno depresivo mayor	2	2,74%
Psicosis por drogas	4	5,48%
Trastorno disocial	9	10,96%
Trastorno psicótico	11	15,07%
Total general	73	100,00%

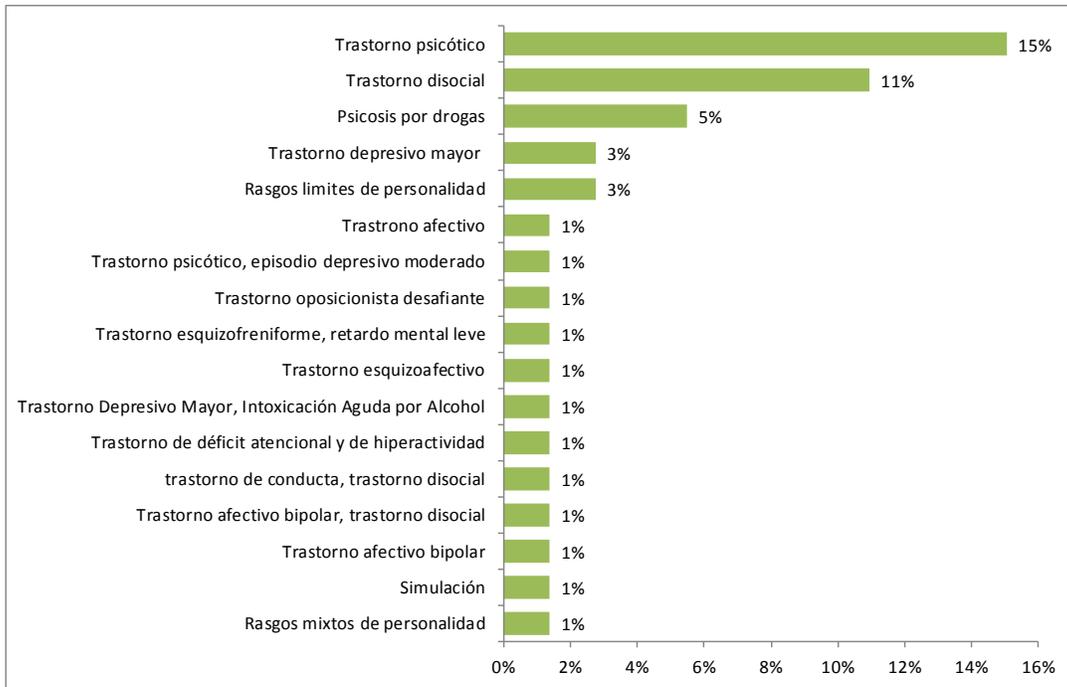
Nota : 33 pacientes no se documenta

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

En el cuadro 11 se muestra que los pacientes que egresaron en el 2011, del Hospital Nacional Psiquiátrico con la comorbilidad de un trastorno psicótico, representan un 15%; con trastorno disocial, un 11%; psicosis por drogas, 5%; trastorno depresivo mayor, un 3%; rasgos límites de la personalidad, un 3%; y, por último, se encuentran diferentes comorbilidades con un 1% cada uno: trastorno afectivo, trastorno psicótico con episodio depresivo moderado, trastorno oposicionista desafiante, trastorno esquizofreniforme con retardo mental leve, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con intoxicación aguda por alcohol, trastorno de déficit atencional y de la hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno disocial, trastorno afectivo bipolar con trastorno disocial, trastorno afectivo bipolar, simulación y rasgos mixtos de la personalidad.

En este cuadro existe una importante cantidad de personas que egresaron sin una comorbilidad psiquiátrica, es decir, solamente con un diagnóstico relacionado a consumo de sustancias. Esto podría corresponder a un subregistro de diferentes rasgos de personalidad o de trastornos conductuales. Esto se aprecia en la figura 11.

Gráfico 11.
 Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias,
 según comorbilidad psiquiátrica por personas,
 Hospital Nacional Psiquiátrico,
 2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Dentro de los diagnósticos de egreso, la mayor parte corresponde a trastornos psicóticos, los cuales, tuvieron que ser ingresados en este centro por su alto nivel de complejidad, además, tal como lo menciona Torres (2006), la comorbilidad entre esquizofrenia y consumo de sustancias es frecuente. Les sigue los trastornos disociales que normalmente ingresan por un severo trastorno conductual en el momento del consumo. El resto de los pacientes se egresaron con más de un diagnóstico psiquiátrico, entre los cuales aparecen los trastornos afectivos.

Cuadro 12.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP
(CR) por trastorno por uso de sustancias durante
el 2011,
según la comorbilidad psiquiátrica

Comorbilidad psiquiátrica	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Rasgos mixtos de personalidad	1	2,22%
Simulación	1	2,22%
trastorno de conducta	1	2,22%
Trastorno de déficit atencional y de hiperactividad	1	2,22%
Intoxicación Aguda por Alcohol	1	2,22%
Trastorno esquizoafectivo	1	2,22%
Trastorno esquizofreniforme	1	2,22%
Retardo mental leve	1	2,22%
Trastorno oposicionista desafiante	1	2,22%
Trastorno afectivo no especificado	1	2,22%
Trastorno afectivo bipolar	2	4,44%
Rasgos límites de personalidad	2	4,44%
Trastorno depresivo mayor	4	8,89%
Psicosis por drogas	4	8,89%
Trastorno disocial	11	24,44%
Trastorno psicótico no especificado	12	26,67%
Total general	45	100,00%

Nota : No se documentan 33 pacientes

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Como se observa en el cuadro 12, a un 27% de los pacientes ingresados se les diagnosticó trastorno psicótico no especificado; a un 24%, trastorno disocial; a un 9%, psicosis por drogas; a un 9%, episodio depresivo mayor; a un 4%, rasgos límites de la personalidad; a otro 4%, trastorno afectivo bipolar, y un 2% al resto de los padecimientos: trastorno afectivo no especificado, trastorno oposicionista desafiante, retardo mental leve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, intoxicación aguda por alcohol, trastorno de déficit atencional y de la hiperactividad, trastorno de conducta, simulación y rasgos mixtos de la personalidad.

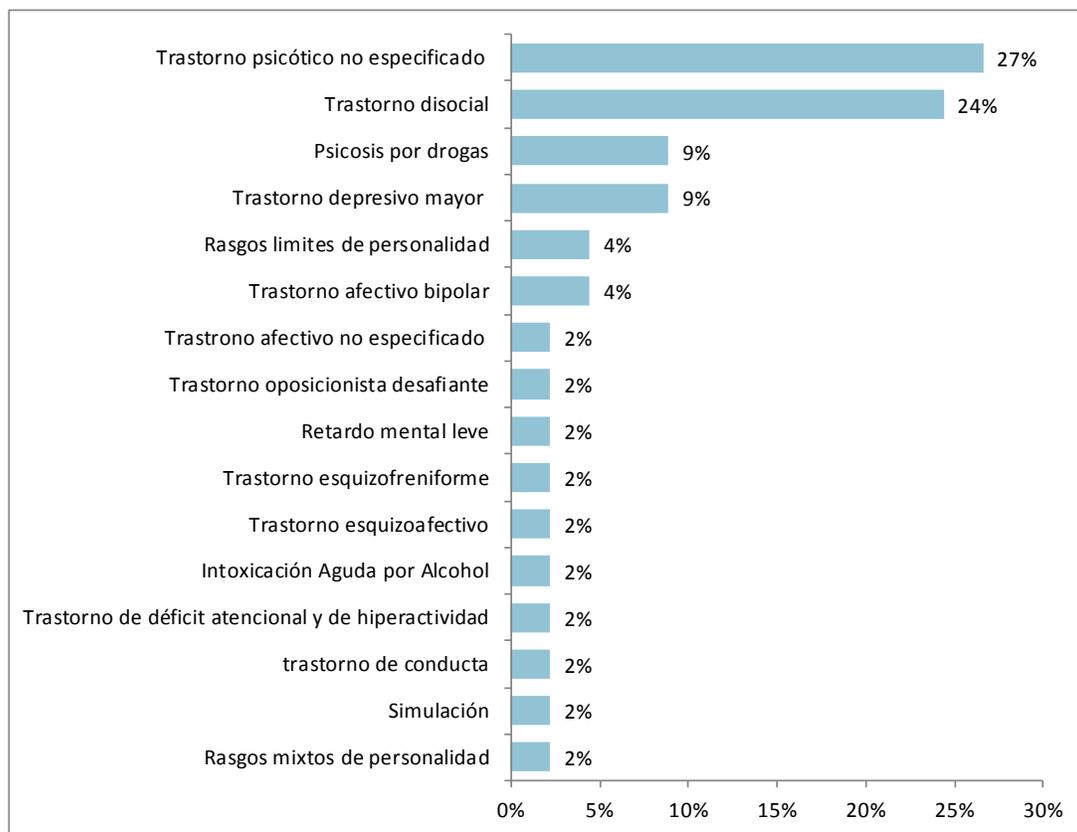
Estos datos muestran la complejidad de los casos que se manejan en el Hospital, dado que, los pacientes psicóticos representan mayor dificultad de manejo a nivel regional.

Estas cifras concuerdan con los datos recabados en otros países, por ejemplo, lo mencionado por Martín (2002) respecto al territorio español.

Torres (2006) menciona que los trastornos psiquiátricos más frecuentes de comorbilidad, en el abuso de drogas y alcohol, son los trastornos afectivos.

En nuestra revisión, sin embargo, no se encuentra en los expedientes un alto porcentaje de pacientes con trastornos depresivos o afectivos en general. Una de las causas de este cuadro puede ser el alto porcentaje de adolescentes ingresados; los cuadros depresivos pueden enmascarse con síntomas de corte agresivo o desafiante, lo que puede generar que pasen desapercibidos en la evaluación. Esto como se puede apreciar en la figura 12.

Figura 12.
 Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias,
 según comorbilidad psiquiátricas,
 Hospital Nacional Psiquiátrico,
 2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

También se ve la presencia de los trastornos psicóticos, lo cual está acorde con lo dicho por Torres (2006) sobre la combinación de esquizofrenia y abuso de sustancias, la cual contribuye al aumento en el riesgo de hospitalización, estancias hospitalarias más frecuentes y de mayor duración, mal cumplimiento de la terapia farmacológica, estar en contra de los consejos médicos, recaída y costos adicionales.

Esta situación se explica por los efectos placenteros, que en muchos casos, le genera a la persona consumir sustancias, lo que es diferente a los efectos adversos que en muchas ocasiones producen los medicamentos, sobre todo cuando se usan los antipsicóticos de

primera generación. El abandono de la medicación, asociada al deterioro que producen las drogas, van a generar una complicación mayor en los cuadros que prolongan las estancias, y los efectos adversos de los medicamentos, sopesados con los efectos placenteros de las drogas y la presión social de diferentes sectores contra la psiquiatría, hacen que la persona no acate las indicaciones del médico.

Por todo lo anterior, como se ha mencionado en otros apartados, se dice que los pacientes con este doble diagnóstico tienen más probabilidad de ser vagabundos (sin techo), además, corren los riesgos de las interacciones entre las medicaciones antipsicóticas y la sustancia a la que son adictos. Tienen, además, mayor riesgo de suicidio y de cometer crímenes violentos.

Otras frecuentes comorbilidades del consumo de sustancias son el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y el trastorno límite de la personalidad. Estos no se ven tan representados en esta muestra; una de las causas puede ser que, para los adolescentes, el trastorno de la personalidad no puede ser diagnosticado, pero sí se notan rasgos como los de tipo disocial, mixto, y algunos de tipo límite, que con el paso de los años se pueden diagnosticar como trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, según el CIE 10.

Para el caso de déficit atencional con hiperactividad, se puede pensar que este diagnóstico no ha sido investigado y diagnosticado en los pacientes de forma consistente.

Caracterización de pacientes, según el tiempo de consumo de sustancias

Cuadro 13.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR)
por trastorno por uso de sustancias durante el 2011,
según el tiempo de consumo de la droga

Tiempo de consumo	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
5 días	1	1,64%
6 meses	1	1,64%
1 año	3	4,92%
2 años	11	18,03%
3 años	5	8,20%
4 años	5	8,20%
5 años	4	6,56%
6 años	6	9,84%
7 años	2	3,28%
8 años	1	1,64%
9 años	2	3,28%
10 años	5	8,20%
11 años	3	4,92%
12 años	1	1,64%
15 años	1	1,64%
16 años	3	4,92%
17 años	1	1,64%
20 años	2	3,28%
24 años	1	1,64%
26 años	1	1,64%
34 años	2	3,28%
Total general	61	100%

Nota : 12 pacientes no se documenta

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

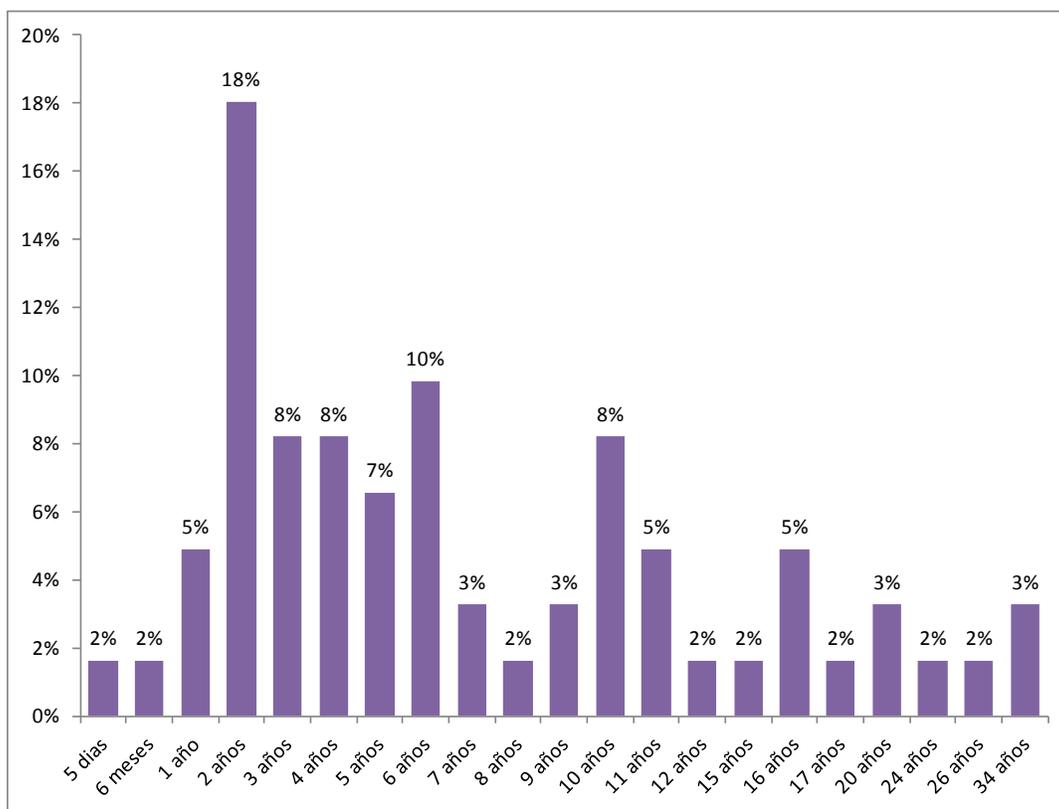
Respecto al tiempo de consumo, en el cuadro 13 podemos observar que hay una mayoría de pacientes que ha consumido de 1 a 6 años, con un pico de 2 años de consumo. Seguidamente, encontramos otro pico menor con personas que han consumido hasta 10 años. Y se encuentra una variabilidad de consumo desde únicamente 5 días hasta 34 años. En 12 pacientes no se documenta el tiempo de consumo.

Para el caso de la persona que luego de 5 días de consumo fue ingresada al Hospital Nacional Psiquiátrico, puede deberse a un registro inadecuado; motivado por una información incorrecta que el paciente proporcionara al ingreso. También, por la susceptibilidad de esta persona a la droga, la cual es propia en cada persona y puede generar una condición de salud que ameritara ingreso a este centro como lo han dicho David et al (2009).

Para las personas que han venido consumiendo por más años, este efecto puede ser algo más retardado, incluso, puede ser que anteriormente presentara alteraciones de tipo mental, pero para efectos de este estudio solo se consideró los ingresos durante el año 2011.

Esto está en relación con los datos que han sido citados por diferentes autores: Bejarano (2012), Fonseca (2012), López (2012), Cortés (2012) y Chacón y Madrigal (2012), en los cuales se habla de incremento en las prevalencias de consumo en Costa Rica con el paso del tiempo, esto orienta a pensar que con el paso de los años habrá mayores casos de pacientes con trastornos mentales y consumo de sustancias. Estos datos se ven representados en la figura 13.

Figura 13.
Porcentaje de pacientes ingresados por trastorno por uso de sustancias,
según tiempo de consumo de la droga,
Hospital Nacional Psiquiátrico,
2011



Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Caracterización de pacientes, según enfermedades médicas concomitantes

Cuadro 14.

Porcentaje de pacientes ingresados en el HNP (CR) por trastorno por uso de sustancias durante el 2011, según enfermedades medicas concomitantes

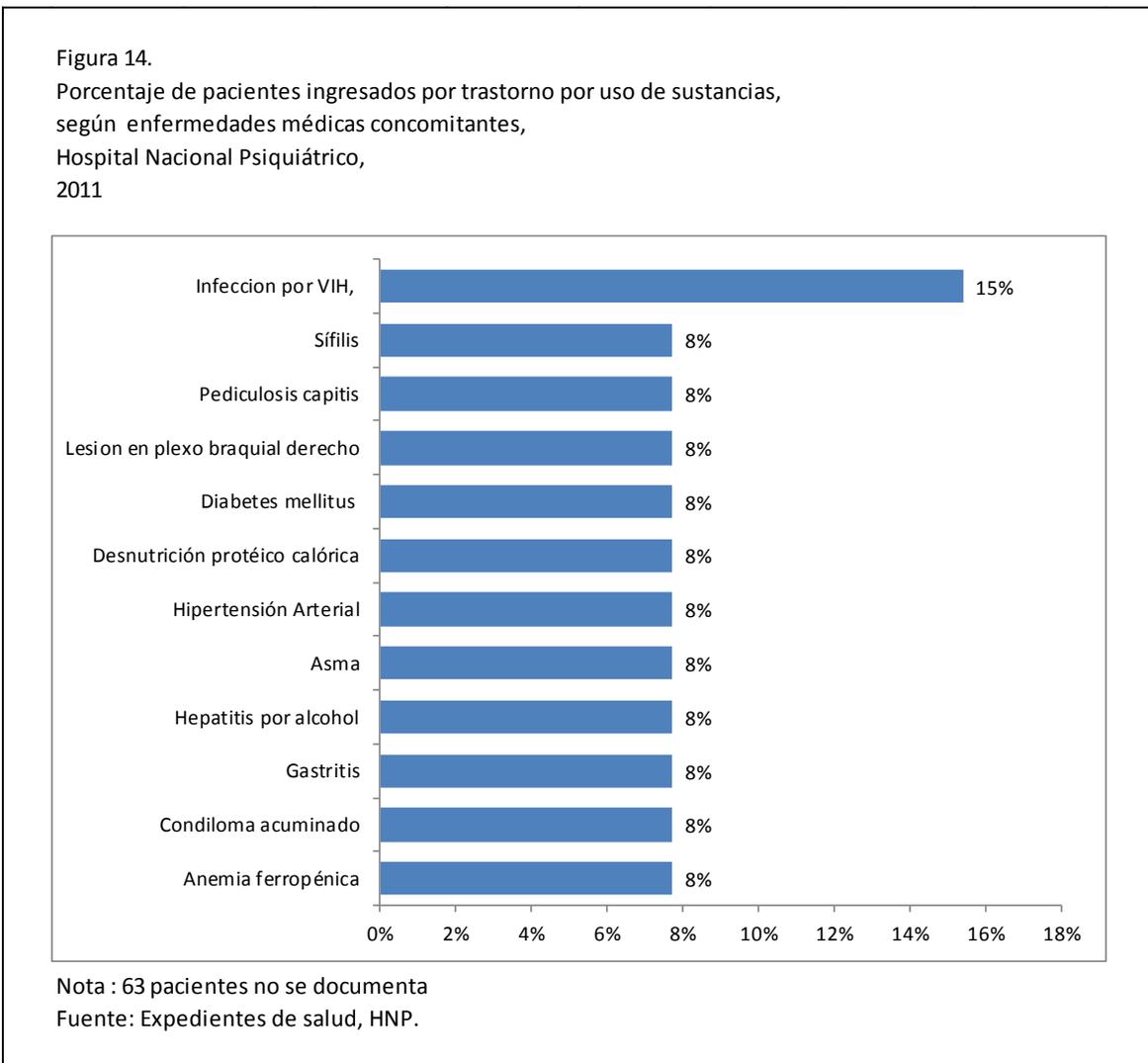
Enfermedades medicas concomitantes	Pacientes ingresados	
	Cantidad	Porcentaje
Anemia ferropénica	1	7,7%
Condiloma acuminado	1	7,7%
Gastritis	1	7,7%
Hepatitis por alcohol	1	7,7%
Asma	1	7,7%
Hipertensión Arterial	1	7,7%
Desnutrición proteico calórica	1	7,7%
Diabetes mellitus	1	7,7%
Lesión en plexo braquial derecho	1	7,7%
Pediculosis capitis	1	7,7%
Sífilis	1	7,7%
Infección por VIH	2	15,4%
Total	13	100%

Nota: No se documentan 63 pacientes.

Fuente: Expedientes de salud, HNP.

Respecto a las enfermedades médicas concomitantes, no se documenta ninguna en 63 pacientes y, en los que sí se documenta, como puede verse en el cuadro 14, un 15% presenta VIH; un 8% cada uno de los siguientes: sífilis, pediculosis capitis, lesión en plexo braquial derecho, diabetes mellitus, desnutrición proteico calórica, hipertensión arterial, asma, hepatitis por alcohol, gastritis, condiloma acuminado y anemia ferropénica.

Llama la atención que en estos pacientes no se documentara mayor cantidad de comorbilidades médicas, dado que las personas que ingresaron en esta muestra, por los datos que se han analizado anteriormente en el marco teórico y la discusión, pueden tener poco acceso a los servicios de salud. Además, el consumo de drogas, propiamente, predispone a padecer algunas enfermedades, e intervienen condiciones asociadas como la callejización y no comer saludablemente, por citar algunos ejemplos. Esto se aprecia también en la figura 14:



Estos datos podrían presentar la existencia de un subregistro de condiciones médicas, aunque estas se hayan detectado.

En este sentido Torres (2006) ha descrito que, en pacientes esquizofrénicos que tienen manejo ambulatorio y que abusan del alcohol o las drogas, presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tuberculosis, septicemia y cirrosis hepática.

Todo lo anterior, corresponde con lo encontrado en las comorbilidades registradas, en las cuales, se presenta el VIH, enfermedades de transmisión sexual, gastritis, hepatitis alcohólica, y otras condiciones que pueden asociarse a la callejización.

Propuesta de una terapia de grupo para TUS en cuatro sesiones

Pacientes que padecen esquizofrenia o trastornos afectivos y, a la vez, consumen sustancias, tienen mayores recaídas y menor adherencia al tratamiento, es decir, su manejo resulta sumamente complicado. Por esto, se propone que mientras estén internados, recibiendo tratamiento y manejo psiquiátrico, participen en una terapia de grupo enfocada al consumo de sustancias. Lo anterior, pues se ha demostrado que este tipo de terapia tiene un impacto positivo en ellos, según la literatura previamente mencionada. Al lograr que los pacientes tengan una mayor adherencia a su tratamiento disminuye la cantidad de atenciones brindadas en los diferentes servicios de atención, disminuye sus recaídas que requieren hospitalización y mejora la calidad de vida del paciente.

Según Kaplan y Sadock (1998) La terapia de grupo con esquizofrénicos ha sido utilizada desde 1921 por Edward Lazell, basadas en los principios psicoanalíticos, sin embargo, a partir de la década de los 70 se han descrito otra gran variedad de terapias para este tipo de pacientes, basadas en diferentes enfoques; uno de ellos es el educativo, en el cual se busca que el paciente maneje sus problemas y síntomas más inmediatos.

La terapia de grupo, para García (2008), aporta una serie de beneficios en el abordaje del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen el insight y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. El grupo ejerce una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos: facilita a los pacientes un contexto realista y específico de referencia, favorece las relaciones del paciente con el equipo terapéutico, mejora el conocimiento y autoconocimiento y por último permite y acelera el proceso terapéutico, además, otra de las particularidades de la psicoterapia de grupo es su flexibilidad, siendo posible la aplicación de distintas aproximaciones teóricas (educativas, cognitivas, interpersonales, analíticas, etc.) dentro del marco grupal.

Para el manejo de pacientes con trastornos afectivos, Kaplan y Sadock (1998), también remarcan la importancia de tener objetivos claros a la hora de iniciar con ellos un proceso de terapia, además, remarcan la contraindicación de referir a un proceso de terapia de grupo

a un paciente en un episodio maniaco descompensado, así como un paciente que se encuentre con ideas suicidas u homicidas, de igual forma, se debe considerar la prudencia de incorporar pacientes con episodios depresivos severos que no tengan ideas suicidas u homicidas, pues con sus síntomas pueden retardar el proceso de cohesión de grupo.

En relación con la integración del grupo, Martín y Martínez (2009) refieren que deben plantearse una serie de preguntas antes de iniciar un proceso de terapia de grupo, como una parte importante de la atención al paciente:

¿Cuál será la forma de conectar las actividades clínicas propias de la psicoterapia de grupo con los objetivos que el equipo terapéutico diseña para resolver la crisis del paciente?

¿Cómo puede cada terapeuta individual o el profesional de referencia del paciente beneficiarse de la psicoterapia de grupo para que su paciente mejore más y más pronto?

¿Cómo informará el terapeuta de grupo al equipo terapéutico de los progresos de los pacientes o de las incidencias en la dinámica grupal?

¿Cómo va a tener en cuenta el profesional de referencia los vínculos que establece el paciente en el grupo a la hora de entender su evolución en la unidad o a la hora de prepararle para el alta?

¿Cómo se van a tener en cuenta estos vínculos a la hora de diseñar el seguimiento del paciente?

¿Se va a tener o no una post sesión, con qué fines y quiénes participarán?

También estos autores hacen alusión a la importancia que tiene para la terapia de grupo el encuadre: cuándo, durante cuánto tiempo, con qué frecuencia, dónde. ¿Qué profesionales entrarán en las sesiones y quién va a conducir el grupo? ¿Cuál será la función de cada profesional en el grupo? ¿Qué espacios habrá para la coordinación entre los distintos profesionales de los servicios? ¿Cuáles serán los criterios de inclusión/exclusión y quién los decide para un paciente determinado? ¿Será un grupo voluntario u obligatorio para los pacientes? ¿Tendrá el paciente algún tipo de preparación antes de entrar en el grupo?

Kaplan y Sadock (1998), plantean que es importante que los terapeutas desarrollen un entorno de cohesión y seguridad, en el cual los pacientes se encuentren cómodos y puedan discutir el material de las sesiones, además, que las reuniones pueden darse varias veces por semana, en sesiones de 45 a 60 minutos, dada la dificultad de lograr mayor atención en periodos más largos de tiempo.

Además, estos mismos autores refieren que es importante la coterapia en este tipo de pacientes, pues se favorecen las interacciones no psicóticas, también, se reparten funciones entre ambos para disminuir la carga de trabajo de cada uno y en caso de la ausencia de uno de ellos, el otro puede seguir con el proceso.

Con base en estas características, basadas en la literatura tratada anteriormente y en la realidad intrahospitalaria, así como nuestra experiencia clínica, proponemos el siguiente modelo de terapia de grupo, el cual es original nuestro en lo que respecta a la temática tratada:

Al inicio de la primera sesión, los pacientes firman un contrato terapéutico sobre la terapia y las normas de funcionamiento del grupo. Con este documento, el paciente se puede asegurar de que la información que por él será brindada, será confidencial, así protegiendo al paciente bajo los principios de bioética.

Es importante, y se recalca antes de que firmen, que éste es un proceso voluntario y que de ninguna manera influirá en la prolongación o acortamiento de su internamiento. Se les explica, además, que el egreso solo dependerá de la mejoría de su patología psiquiátrica y que la terapia ofrecida es solamente una ayuda ante el consumo de sustancias.

Lo anterior es muy importante, ya que, se ha notado que los procesos terapéuticos forzados son menos efectivos, además, se desea evitar la participación de usuarios que no van a ayudar al grupo, si no sienten motivación, y solo se presentan pensando que por así hacerlo se les dará un egreso con mayor rapidez. Deben de presentarse únicamente los pacientes que realmente están interesados en buscar maneras de rehabilitarse y que piensan que el consumo de sustancias sólo sirve para el detrimento de su salud, o que por lo menos así lo sospechen.

Para poder firmar el contrato, y para un buen aprovechamiento de la terapia, según recomiendan Kaplan y Sadock (1998), se necesita que el paciente se encuentre capaz de estar sentado en la sala e interactuar con los otros usuarios al punto de que no perturben el progreso de la sesión, esto con el fin de que cada participante pueda elaborar lo que se diga en las sesiones, sin interrumpir a los demás, aunque no esté completamente compensado de su patología mental. Esto se decidirá a juicio del psiquiatra tratante, el cual lo refiere a la terapia, por lo cual un psicótico agitado o con desorganización de pensamiento o de conducta no puede participar en el proceso terapéutico, de igual forma, un paciente con un cuadro maniaco desorganizado, con ideación suicida u homicida, o con síntomas depresivos severos que no tenga ideas suicidas u homicidas no debe participar en este proceso de terapia.

Es un grupo cerrado, los participantes se definen al comienzo de la terapia y no se modifican hasta que esta termina, salvo por circunstancias especiales como el abandono, el fallecimiento de ellos o un egreso por medio de la salida exigida o por criterio médico.

Se prefiere un grupo cerrado por el hecho de que, al ser una terapia corta, puede ser menos confuso tener siempre a los mismos participantes, aumentando así la motivación colectiva por tener una identificación grupal. Asimismo mejora la alianza terapéutica, elemento ya mencionado, de gran importancia en el éxito de la terapia.

El grupo está formado de 6 a 8 personas, pues, como se mencionó en la literatura, los usuarios que además padecen de alguna patología psicótica o afectiva, no deben ser sobreestimulados y, al mantener el grupo de un tamaño pequeño, nos aseguramos de la menor sobre estimulación posible. Si fueran grupos grandes de pacientes descompensados en vía de compensación, estos no podrían concentrarse adecuadamente, y, al final, el impacto en el paciente va a ser poco a nulo.

Se encontrarán con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años. No se van a incluir menores de edad, a pesar de que se ha mencionado su especial vulnerabilidad, ya que estos individuos se internan en el Programa de desintoxicación de Nuevos Horizontes, el cual está dedicado exclusivamente a menores de edad con problemas de consumo de sustancias.

Es además un grupo heterogéneo, es decir, entre los miembros hay diferencias tanto clínicas como sociodemográficas. Siempre hay que tomar en cuenta estas diferencias y, así, evitar choques o malentendidos entre los miembros o entre los pacientes y el terapeuta. A su vez, estas diferencias pueden ampliar la gama de opciones para soluciones de diferentes problemas.

El lugar elegido para realizar las reuniones es una sala de grupos ubicada en el mismo centro de salud al que pertenecen los pacientes. Se trata de un espacio amplio, que proporciona intimidad, libre de posibles interrupciones para evitar así posibles distracciones; las sillas son dispuestas en círculo.

Para la realización de esta terapia, cuando se incorpore un paciente a la misma que no es atendido dentro del pabellón de agudos por el mismo equipo que imparte la terapia de grupo, se debe primero establecer una coordinación entre el equipo tratante y el equipo de terapia, con el fin de que se determine si la condición del paciente es adecuada para incorporarse al grupo, los objetivos que va a cumplir el paciente dentro del grupo, y los espacios para las devoluciones acerca de la participación del paciente en el mismo.

Es necesario además que en estos casos, se encuadre al usuario acerca de los roles que juega el equipo que realiza la terapia de grupo, y el papel que tiene su equipo tratante en el pabellón de agudos.

El tipo de grupo terapéutico abarca varias áreas. A través de las cuatro sesiones siempre se trata de crear una identidad de grupo donde todos se presentan y colaboran juntos, se trabaja en alianza terapéutica y se promueve la discusión de cada uno de los temas, aumentando así la motivación al cambio.

En las primeras dos sesiones se utiliza la psicoeducación sobre lo que son las drogas, cómo afectan al cuerpo normalmente, pero también por qué se considera un factor desencadenante de una recaída para pacientes vulnerables por presentar una patología mental agregada, como lo son ellos.

En la tercera sesión se buscan estrategias de afrontamiento dadas por ellos mismos para los demás y se les guía hacia las más útiles para cada quién o se mencionan las que a ellos no se les han ocurrido. Para esto, se le da un espacio a cada paciente para que cuente sobre su

propia experiencia y los métodos que más le han servido. Esto puede abrir los ojos a los demás pacientes o ayudarlos a sentirse identificados si ellos también han usado la misma metodología. Cada una de estas estrategias se puede explicar más a fondo (cómo funciona y por qué) por los terapeutas, si así fuera necesario. Si se notó que hicieron falta algunos diferentes métodos que les podría ayudar, los terapeutas deben hacer mención de ellas y explicarlas de forma abreviada.

En la cuarta sesión, se trabaja sobre la prevención de recaídas. Luego de que en la tercera sesión se habló de cómo afrontar su situación y de que cada paciente se siente cómodo con una o más metodologías, es importante recordarles que la meta no es sólo dejar de consumir, sino también mantener esa sobriedad. Por esto es importante abarcar diferentes métodos para prevenir alguna recaída. Al igual que en la tercera sesión, primero se le pide a los pacientes que cuenten cómo han hecho, en el pasado, para evitar consumir y luego, si hay algún método que falta, se menciona al final.

Se utilizan estas diferentes estrategias, pues se ha comprobado que son los elementos esenciales para la abstinencia, como se mencionó en la literatura. Se sabe que de los factores más relevantes son una buena alianza terapéutica y la motivación al cambio, y esto se trabaja en todas las sesiones. Sin embargo, también es importante que entiendan por qué les afecta este consumo, qué estrategias de afrontamiento pueden usar para detenerlo y cómo evitar recaídas.

Cada sesión o módulo tiene una duración de 1 hora, pues se ha demostrado que es difícil mantener la atención en cualquier actividad por más de este tiempo, más así con pacientes con las patologías para las cuales se diseña esta terapia. Ésta también es la razón por la cual la mayoría de las terapias solamente duran esta cantidad de tiempo. Se distribuye el tiempo de la siguiente manera en cada uno de ellos:

- a. En el primer cuarto de hora uno de los terapeutas hace la introducción del tema a trabajar en esa sesión. Se intentará que esta primera parte tenga función psicoeducativa, pero a la vez, se procurará que sea bastante dinámica, interaccionando con los pacientes en todo momento.

b. El resto del tiempo se dedica al grupo propiamente dicho, donde cada paciente habla de sus experiencias personales, de sus sentimientos, temores y dudas... participando en este un terapeuta principal y un co-terapeutas, sobre todo en la tercera y cuarta sesión.

c. Se realiza siempre un espacio de cierre, que a su vez, sirva de motivación para acudir a la siguiente reunión. Se felicita a los pacientes por su participación y se les recuerda que sus aportes han sido muy valiosos.

Las sesiones están dirigidas por un terapeuta y un co-terapeuta, los terapeutas tienen una función directiva y facilitadora en la comunicación que se da entre sus miembros, evitando en la medida de lo posible, los silencios y el bloqueo emocional de la comunicación entre las sesiones. También tienen la función de moderar a aquellos que estén enojados o exaltados.

La terapia tiene una duración de 4 sesiones, preferiblemente dos sesiones por semana. Según los estudios de los pacientes que presentan patologías mentales y que además consumen sustancias, su hospedaje en los centros hospitalarios no va más allá del mes, en su mayoría solo se internan por unas semanas.

Si se toma en cuenta que, además, para que puedan aprovechar las sesiones, deben poder elaborar y comportarse, el tiempo es todavía más apremiante, pues esto querría decir que el egreso de estos usuarios será pronto.

Si se considerara una terapia grupal intrahospitalaria, de mayor cantidad de sesiones o de cuatro sesiones, pero semanales, simplemente muy pocos pacientes podrían cumplir con toda la terapia y la idea es poder tratar de ayudarlos de la manera más pragmática, tomando en consideración la realidad de los internamientos.

Cada una de las sesiones está dedicada a uno de los módulos, estos se detallan a continuación:

PRIMERA SESIÓN

Información general:

1. Presentación de los terapeutas: se les explica la función de cada uno.

2. Presentación de los objetivos de la terapia. Explicación sobre el contrato terapéutico. Aquí es muy importante recalcar el hecho de que es un proceso voluntario que no influencia el egreso o prolongación del internamiento.

3. Técnica para dar identidad al grupo: para que todos se conozcan y para crear una identidad en conjunto, se les pide que conversen en parejas por 10 minutos máximo, y luego que uno presente al otro.

4. Definición de droga y la forma, en general, que esa actúa en el organismo: esto se explica de una manera muy básica, recordando las características de la población que se han encontrado. Se habla sobre lo que hace una sustancia en el sistema de recompensa y cómo, luego de un consumo prolongado, produce tolerancia o, por la falta de consumo, abstinencia. De igual manera se explica que algunas sustancias no producen tolerancia y abstinencia, pero les afecta de diferentes maneras en los ámbitos de sus vidas por un consumo perjudicial. Por último se explica que, además de todo esto, ellos, por presentar una patología mental, son mucho más vulnerables a descompensarse por el uso de sustancias.

5. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar conceptos que no les haya quedado claros.

6. Cierre de sesión, felicitándolos por haber atendido y promoviendo que este buen trabajo se continuará con la siguiente sesión.

SEGUNDA SESIÓN

1. Preguntas de la sesión anterior: se brinda un espacio para evacuar cualquier duda que se les haya olvidado preguntar en la sesión anterior o que se les ocurrió después de ella.

2. Mitos y realidades del consumo de las drogas dadas y discutidas por el grupo: se les pregunta qué han escuchado o qué creen ellos con respecto al uso de sustancias. Se les permite hablar entre ellos y luego los terapeutas comienzan a explicar cuáles de las cosas que ellos piensan son ciertas, y cuáles no.

3. Diagnóstico del estadio en que se encuentra cada paciente para dejar de consumir. (Nivel de *insight*). Se les pide que expliquen, uno por uno, sobre sus planes a futuro, sus metas y sueños y, de ahí, se puede concluir qué tanto piensa el paciente que su consumo es un problema o no.

4. Consecuencias de consumo, al principio dadas por los pacientes, luego por los terapeutas y se promueve la discusión de los mismos, un poco repasando lo que se había ya abarcado en la primera sesión.

5. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar cualquier concepto que no les haya quedado claro.

6. Cierre de sesión, se felicita a los usuarios por haber asistido y se les motiva a presentarse a la siguiente sesión de terapia, si es la voluntad de ellos asistir.

TERCERA SESIÓN

1. Preguntas de la sesión anterior: se da el espacio para que se aclaren dudas que hallan surgido luego de la misma, o en el transcurso de los días.

2. Dinámica: Métodos que cada paciente ha usado para no consumir drogas. Al igual que en la primera sesión, se le pide a los pacientes que discutan esto en parejas por al menos 10 minutos.

3. Discusión de resultados por escrito: al final de la discusión en pareja deben presentar las conclusiones, a las cuales ellos llegaron. Se les deja explicar bien, promoviendo que cuenten sus experiencias personales para ayudar a crear una mayor identidad de grupo y sensación de apoyo.

4. Teoría sobre métodos de afrontamiento: si los pacientes explicaron todas las metodologías importantes, nada más hay que reafirmar lo que ya se dijo. Si algún método quedó mencionado, pero no explicado, los terapeutas deben aclararlo bien. Si hay algún método importante que no se mencionó, debe hacerse.

4. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar cualquier concepto que no les haya quedado claro.

5. Cierre de sesión, se felicita a los usuarios por haber asistido y se les motiva a presentarse a la siguiente sesión de terapia, si es la voluntad de ellos asistir.

CUARTA SESIÓN

1. Dudas de la sesión anterior: se da el espacio para que se aclaren dudas que hayan surgido luego de la misma, o en el transcurso de los días.
2. Estrategias para prevenir la recaída de consumo, explicadas por los terapeutas de forma puntual y tomando en cuenta las fortalezas que uno ya ha ido conociendo en los pacientes.
3. Discusión de las estrategias en grupo, tomando en cuenta los métodos de afrontamiento ya dados y discutidos por los pacientes en la sesión anterior.
4. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar cualquier concepto que no les haya quedado claro.
5. Despedida motivacional, haciéndoles ver el logro que han tenido con haber estado presentes en la terapia y de haber participado en ella.

Capítulo 5:

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. Dentro del perfil sociodemográfico de los usuarios ingresados al Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011 con algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, encontramos que en su mayoría son hombres, menores de 23 años, solteros, con una escolaridad entre la primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta, desocupados, que viven en San José, que presentan como mayor comorbilidad psiquiátrica los trastornos psicóticos y los trastornos disociales.
2. En algunos de los apartados, como por ejemplo el consumo de tabaco y las comorbilidades médicas, puede apreciarse un posible subregistro de datos.
3. En el caso de las mujeres que consumen drogas, la mayoría ronda los 16 años, responde a un cambio cultural que acarrea consigo modificaciones en los patrones de consumo de drogas entre los adolescentes.
4. Dada la poca presencia de usuarios provenientes de las provincias costeras, se concluye que en el Hospital Nacional Psiquiátrico se manejan casos de mayor complejidad, y que otros casos, de menor complejidad, son tratados en hospitales o centros de atención para consumidores de sustancias o a nivel ambulatorio.
5. La terapia de grupo puede resultar un abordaje eficaz en el manejo psicoeducativo de los pacientes que presentan trastorno por uso de sustancias y una comorbilidad psiquiátrica asociada.
6. Esta terapia debe enfocarse en la realidad de las condiciones de ingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico, así como en las características de la población meta.
7. La terapia debe enfocarse en los pacientes que consumen principalmente marihuana, cocaína y alcohol.

5.2 Recomendaciones

1. Uno de nuestros aportes es considerar la posibilidad de elaborar un estudio que evalúe las causas que generan el consumo de sustancias en la población que ingresa a nuestro hospital.
2. También se debe considerar realizar un estudio que compare características de los pacientes portadores de patologías psiquiátricas mayores como esquizofrenia, esquizoafectivo y bipolares que no consumen drogas, con estas mismas patologías e incluir el consumo de sustancias, en cuanto a cantidad de ingresos, prolongación de los mismos y otros aspectos, como forma de evaluar mejor el impacto del consumo de sustancias en esta población.
3. Debe de considerarse la realización de un estudio que explore, a profundidad, la presencia de patología psiquiátrica en los pacientes adolescentes ingresados en el programa Nuevos Horizontes.
4. Se debe mejorar el registro de las patologías psiquiátricas y médicas que son comórbidas en estos pacientes. Es fundamental la recolección exhaustiva de los datos de la historia clínica y a la hora de egresar, recordar anotar como diagnóstico cualquier tipo de consumo que el paciente haga, detallando el tipo de sustancias que utiliza.
5. Recomendamos, además, que se realice la terapia de grupo que se propone este trabajo, como una forma de abordar a los pacientes internados en nuestro hospital.
6. Como una forma de comprobar los efectos de la terapia propuesta, se recomienda que se realice un estudio con los resultados de la misma en lo que respecta a la cantidad de ingresos, variación en los patrones de consumo y otras características.

Referencias bibliográficas

Álvarez Gómez M, Suárez Bermúdez AM, Giraldo Ferrer LF, Londoño Restrepo J, Hoyos Arboleda TM, Bedoya Marín DC, Cubides Corrales BnL. (2009). *Características de las personas adictas a la heroína en tratamiento en una empresa social del estado de enero de 2003 a junio de 2008*. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas (5), 1-17.

American College of Physicians (2008). *Supporting Research into the therapeutic role of marijuana. Position Paper*. Philadelphia: American College of Physicians.

Bejarano, J. (2012). *Consumo de bebidas alcohólicas, Encuesta Nacional 2010*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Bejarano, J., Cortés, E., Chacón, W., Fonseca, S., López, K y Sánchez, G. (2011). *Juventud escolarizada y drogas. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria*. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Bejarano, J., Fonseca, S. y Sánchez, G. (2006). *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional 2006*. San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Calvo P, Pérez A, Sacristán P; Paricio C. (2009). *Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual*. Adicciones. 21 (1): 15-20

Chacón, W y Madrigal, S (2012). *Consumo de bebidas alcohólicas, Encuesta Nacional 2010*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Clark, B, Chung, T, Thatcher D, Pajtek S y Long, E. (2011). *Psychological dysregulation, white matter disorganization and substance use disorders in adolescence*. Addiction 107, 206-214.

CICAD/OEA. (2011). *Informe del uso de drogas en Las Américas en el último decenio*. Washington, D.C.: CICAD, OEA/Ser .L/XIV6.6

Colli M y Zaldívar D. (2002). *Factores Curativos en psicoterapia de grupo*. Adicciones 14 (3), 381-391

Cortés, (2012). *Consumo de cannabis, Encuesta Nacional 2010*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

David, A, Fleminger, S, Kopelman, M, Lovestone, S, Mellers, J. (2009). *Organic Psychiatry: A textbook of Neuropsychiatry*. Cuarta edición. Londres: Wiley-Blackwell.

Donato, E. (2003). *Sector informal, pobreza y política social : los programas de apoyo a la microempresa en el Área Metropolitana de San José durante la década de los años noventa*. Primera edición. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Escohotado, A. (1989). *Historia sobre las drogas. Tomo 2*. España: Alianza Editorial

Fonseca, S. (2006). *Tabaquismo en estudiantes universitarios de profesiones de la salud, resultados en Costa Rica. Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud*. San José, C.R: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Gálvez J y Rincón D. (2009). *Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual*. Revista Colombiana de Psiquiatría 38 (1).

García, I. (2008). *Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28, Sin mes, 9-25.

Global Cannabis Commission. (2008). *Cannabis Policy: Moving beyond stalemate*. Beckley Park, Oxford: The Beckley Foundation.

Gómez, C, Hernández, G, Rojas, A, Santacruz, H y Uribe, M. (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento e niños, adolescentes y adultos*. Tercera edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Guimón, J. (2001). *Los prejuicios contra la Psiquiatría*. Primera edición. Madrid: CORE Academic.

Heineck, I. (1998). *Medicamentos de venta libre en el Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública 6:1-12.

Hernández, S. y Nelson, I. (2010). *Prescription Drug Abuse: Insight Into the Epidemic*. Clinical Pharmacology and Therapeutics 3: 307-317.

Herrera-Vázquez, M., Wagner, F; Velasco, E; Borges, G. (2004). *Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México*. Salud Pública de México, marzo-abril, 132-140.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2007). *Abuso y Adicción a la Metanfetamina*. Recuperado de Internet el: 15 de noviembre del 2012 en <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-matanfetamina>.

Isaza C, Suárez P, Henao J, González M. (2010). *Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca*. Investigaciones Andina 12: 24-34.

Kaplan, H y Sadock, B. (1998). *Terapia de grupo*. Tercera edición, Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Lizasoain, I. Moro, M. A y Lorenzo, P. (2001). *Cocaína: aspectos farmacológicos*. Adicciones 13 (sup.2), 37-45

López, K, (2012). *Consumo de medicamentos (psicotrópicos sin prescripción médica), Encuesta Nacional 2010*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Martín L. (2002). *Tratamientos psicológicos*. Adicciones 14 (1)

Martín, B. Martínez, J. (2009). *Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 79-96

Méndez, M. Ruiz, A. Prieto, B. Romano, A. Caynas, S. Prospéro, O. (2010). *El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos*. Salud Mental, Septiembre-Octubre, 451-456.

Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José Costa Rica.

National Institute on Drug Abuse; National Institute of Health & U.S. Department of Health & Human Service. (2010). *Los medicamentos con y sin prescripción médica*. Recuperado de Internet el: 15 de noviembre de 2012 en <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes>.

Observatorio español de drogas (PNSD/OED). (2009). *Informe 2009 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Obtenido el 20 de noviembre de 2012. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Tres mediciones fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las Américas*. Washington, D.C.,

Pascual F, Cortell C, Hidalgo M, Sancho A, Aranda E. (2001). *Análisis del perfil de los adictos al alcohol y cocaína versus cocaína y alcohol. Aproximación a las distintas estrategias terapéuticas.* Salud y drogas 1 (2), 183-203.

Real Academia Española de la Lengua. (2005). *Diccionario panhispánico de dudas.* Disponible en la dirección electrónica <http://lema.rae.es/dpd/>

Ritter, A. y Chalmers, J. (2011). *The relationship between economic conditions and substance use and harm.* Drug and Alcohol Review 30: 1-3.

Rodríguez, F. Arco, I. Ferrer, B. Navarro, M. (2003). *Sustrato neuroanatómico de la adicción a drogas: papel del sistema límbico.* Salud y drogas. 57-67

Sadock, B. y Sadock V. (2009). *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*, décima edición, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins

Sáenz, A., Bejarano, J., Fonseca, S. (2006). *Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad: consumo de drogas en menores privados de libertad y transgresión de la ley penal.* Revista de la asociación de ciencias penales de Costa Rica 24 Noviembre.

Sánchez, G. y Mata, D. (2008). *Informe de III encuesta mundial sobre tabaco y jóvenes (GYTS)*, realizada en Costa Rica. MIMEO.

Schmidt, L, Hesse, M, Lykke, J. (2011). *Influencia de los trastornos de consumo de sustancias en el curso de la esquizofrenia: Un estudio de seguimiento de 15 años.* Psiquiatría Biológica. Dic 18(4), 137-144.

Schultes, E. y Hoffman, A. (2000). *Plantas de los dioses. Origen del uso de los alucinógenos.* Segunda Edición. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Swendsen, J y Le Moal, M. (2011). *Vulnerabilidad individual a la adicción*. Annals of the New York Academy of Sciences. 1216, 73-85.

Torrents, O; Mora, A; Massana, L ét al. (2012). *Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día*. Trastornos Adictivos. Dic 13(4), 135-143.

Torres J. (2006). *Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones “Depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociados al consumo de drogas”. 17, 18 y 19 de agosto de 2006 en Durango, México.

United Nations. (2004). *World Youth Report (Youth and drugs)*. Recuperado de:
United Nations Office on Drugs and Crime (2011) *World Drug Report*. Vienna. : UNODC

Valdés, N, Krause, M, Vilches, O, Dagnino, P, Echavarri, O, Ben-Dov, P, Arístegui, R y de la Parra, G. (2005). *Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos*. Pontificia Universidad Católica de Chile, *PSYKHE* 14 (2), 3 -18.

World Health Organization (1995) *(WHO)/UNICRI Cocaine Project*. Obtenido el 15 de noviembre de 2012: www.tni.org/docs/200703081409275046.pdf

Zoch, C. (2004). *Principios generales sobre el uso de psicofármacos*. San José: Hospital Nacional Psiquiátrico.

Anexos

Anexo 1: Datos sobre diagnósticos de consumo de sustancias en pacientes egresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí del año 2007 al 2011.

Anexo 2: definición de términos:

Dependencia: según Sadock B y Sadock V (2009) este término ha tenido muchos significados oficialmente reconocidos. Actualmente se utilizan dos términos para definir aspectos de la dependencia: conductual y física.

Dependencia conductual: se refiere a las actividades donde se busca droga y evidencia relacionada con los patrones patológicos de consumo según Sadock B y Sadock V (2009).

Dependencia física: se refiere a los eventos fisiológicos de múltiples episodios de consumo de la sustancia, según Sadock B y Sadock V (2009).

Abuso: se define como el consumo de cualquier droga, habitualmente por autoadministración, que se desvía de los patrones sociales o médicos aprobados. Así, en el caso de los patrones médicos, se habla de mal uso, según Sadock B y Sadock V (2009).

Intoxicación: se refiere al consumo de una sustancia que afecta funciones mentales como la memoria, la orientación, estado de ánimo, juicio, función social o laboral, según Sadock B y Sadock V (2009).

Abstinencia: se define como un síndrome que aparece por la suspensión del consumo de una droga, además, se manifiesta por medio de síntomas fisiológicos y psicológicos, según Sadock B y Sadock V (2009).

Tolerancia: se define como la necesidad de consumir cada vez mayores dosis de una sustancia para obtener efectos similares. Cuando se trata de dos drogas, que producen efectos similares, se habla de tolerancia cruzada, según Sadock B y Sadock V (2009).

Codependencia: hace alusión a los miembros de la familia del consumidor, quienes se ven afectados por el consumo de la sustancia. En inglés, se habla de *enabler*: persona que favorece la conducta del abusador, según Sadock B y Sadock V (2009).

Adicción: Dependencia del consumo de alguna sustancia o de la práctica de una actividad, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2005).

Anexo 3: Ejemplo de plantilla de Microsoft Excel® que se va a utilizar para recolección de los datos de los expedientes de salud.

