

Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones



Características clínicas e sociodemográficas dos pacientes de um centro de reabilitação para as dependências

Clinical and socio-demographic characteristics of patients at a rehabilitation center for chemical dependency

José Eduardo Cruz Díaz^a
Loraine Vivian Gaino^b
Jacqueline de Souza^b

Como citar este artículo:

Cruz Díaz JE, Gaino LV, Souza J. Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e57037. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57037>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57037>

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de dependientes atendidos en un Centro de Atención Ambulatoria y de Día en Lima-Perú, especializado en tratamiento de personas dependientes y describir sus tasas de abandono.

Método: El estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, basado en datos secundarios. El instrumento utilizado fue la ficha de notificación individual del sistema de información de demanda de tratamiento.

Resultados: Se encontró que la demanda era en su mayoría varones, jóvenes, solteros y sin empleo o subempleados. El diagnóstico más utilizado fue la adicción a las drogas cocaínicas y la edad de inicio del consumo fue entre 15 y 19 años. La tasa de abandonos fue del 85%, 48% permaneció en tratamiento un día.

Conclusión: Los resultados destacan factores importantes para evaluar políticas públicas en materia de prevención, tratamiento y control de oferta. Recomendamos que las políticas públicas sean más inclusivas y participativas.

Palabras-clave: Trastornos relacionados con sustancias. Consumidores de drogas. Centros de tratamiento de abuso de sustancias.

RESUMO

Objetivo: Identificar as características sóciodemográficas e clínicas de uma amostra de dependentes atendidos num Centro de Atenção Ambulatorial Diurno, em Lima (Peru), especializado no tratamento de dependentes, assim como descrever suas taxas de abandono.

Método: Estudo quantitativo, descritivo e exploratório baseado em dados secundários. O instrumento utilizado foi a ficha de notificação individual do sistema de informação da demanda de tratamento.

Resultados: A demanda foi majoritariamente de homens, jovens, solteiros e desempregados ou em situação de subemprego. O diagnóstico mais empregado foi o de dependência de drogas à base de cocaína, e a idade de início de consumo situou-se entre 15 e 19 anos. A taxa de abandono foi de 85%, 48% permaneceram no tratamento apenas um dia.

Conclusão: Os resultados destacam importantes fatores na avaliação das políticas públicas referentes à prevenção, ao tratamento e ao controle da oferta. Recomendam-se políticas públicas que sejam mais inclusivas e participativas.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Usuários de drogas. Centros de tratamento de abuso de substâncias.

ABSTRACT

Objective: Identify the socio-demographic and clinical characteristics of a sample of chemically dependent people undergoing treatment at a daytime ambulatory care center specialized in treating chemical dependency in Lima, Peru, and describe their dropout rates.

Method: Quantitative, descriptive, and exploratory study based on secondary data. The instrument used was the individual notification record from the information system for the treatment demand.

Results: The demand was composed mostly of young, single men who were unemployed or underemployed. The most common diagnosis was dependency on cocaine-based drugs and the age of the onset of use was between 15 and 19 years. The dropout rate was 85%, and 48% remained in treatment for only one day.

Conclusion: The results highlight important factors to be considered in the evaluation of public policies on prevention, treatment, and supply control. We recommend more inclusive and participatory public policies.

Keywords: Substance-related disorders. Drug users. Treatment centers for substance abuse.

^a Observatorio Peruano de Drogas, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA, Lima, Peru.

^b Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 7 de cada 10 personas residentes en Lima capital de Perú entre 12 a 65 años declara haber consumido alguna de las drogas legales en el año 2010⁽¹⁾. En el mismo estudio se señala que el 4.8% de la población nacional ha consumido alguna droga ilegal en su vida y que el número de consumidores en ese año fue 180,700. El efecto adictivo de las drogas ilegales se refleja en este estudio al señalar que 58,556 personas presentan signos de dependencia a la marihuana, 23,852 a la cocaína y 33,280 personas en el caso de la pasta básica de cocaína (PBC), esto fue determinado en base a preguntas diseñadas con criterios tomados de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10).

En otro análisis hecho por La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) se establece que el número de consumidores que requerirían acceder a un tratamiento especializado por drogas ilegales sería de 85,000 personas, mientras que para las drogas legales el análisis señala que el 12.1% ó 1 millón 300 mil personas que consumen alcohol, estarían requiriendo atención sanitaria especializada⁽²⁾.

Los servicios de salud públicos en el Perú presentan una oferta limitada para enfrentar los trastornos de salud mental, en donde se incluye los problemas de adicciones. El déficit incluye una inadecuada descentralización de los servicios, la falta de capacitación especializada de los profesionales y problemas en los procedimientos de referencia y contrarreferencia. La oferta especializada en trastornos adictivos se concentra principalmente en tres hospitales psiquiátricos de Lima que cuentan con unidades de adicciones y que proporciona hospitalización con 163 camas⁽³⁾. Además en menor medida, también existe este tipo de servicio especializado en la red de atención del Seguro Social, Hospitales de la Sanidad de las Fuerzas Militares y Policiales, aunque su cobertura es aún más limitada, considerando que el Ministerio de Salud del Perú (MINSa) llega a cubrir aproximadamente el 85% de la oferta general en salud⁽³⁻⁴⁾.

De otro lado en el sector privado, la oferta se centraliza en Comunidades Terapéuticas, no existen cifras oficiales del número de estos centros que estarían operando a nivel nacional, sin embargo se sabe que gran parte de ellas no están formalizadas, se ha estimado que en total estos centros ofertan alrededor de 2,900 camas a nivel nacional^(2,5).

En base a estos datos se puede establecer que existe un gran déficit en los servicios especializados de tratamiento, lo cual viene en parte explicado por el escaso presupuesto adjudicado al sector salud que llega a cubrir solo el 22% del costo total de este problema, con lo cual se puede inferir que casi el 80% del gasto lo asumen directamente las familias⁽²⁾.

En el ámbito de los tratamientos por abuso o dependencia de Sustancias Psicoactivas (SPA), se tiene como uno de los problemas más serios a la efectividad de los tratamientos y está lo suficientemente documentado que el fracaso y el abandono de tratamiento tiene tasas de entre 60 y 80% las cuales son más altas que en otras intervenciones en salud mental, lo cual se observa en pacientes tanto residenciales como ambulatorios⁽⁶⁻⁷⁾.

La literatura científica también da cuenta de estudios en variados contextos y enfoques metodológicos que han vinculado el abandono de tratamiento con factores relacionados al individuo (psicosociales, culturales, actitudinales, características clínicas de la adicción, comorbilidad), a la sustancia adictiva o la presencia de otras sustancias de consumo y otros relacionados al tipo de terapia o al contexto asistencial⁽⁷⁻⁹⁾.

Un hallazgo importante es que se tiene reportado que mantenerse o terminar un tratamiento tiene un fuerte valor predictivo sobre los resultados de la intervención, en tanto que se observa de modo más claro que la presencia del fenómeno del abandono del tratamiento supone un mal pronóstico, sobre todo si es un abandono temprano o antes de los 3 meses, en tanto que una permanencia mayor a 6 meses se asocia con una reducción del consumo, si bien es cierto el tiempo de permanencia puede ser tomado como un indicador de la eficacia, es necesario profundizar sobre la interacción de variables que intervienen en este resultado⁽¹⁰⁾. Una apropiada evaluación pronostica en base al conocimiento de los factores asociados al abandono es de suma importancia en el trabajo clínico no solo por las implicancias prácticas de la misma sino por el componente ético presente en las intervenciones que deben estar orientadas no solo a la mejora del paciente, sino que esto se debe llevar a cabo con el menor coste de tiempo, esfuerzo y recursos.

En el Perú no se tiene estudios que den cuenta de las tasas respecto al fenómeno del abandono de tratamiento en el ámbito de las adicciones, aunque la experiencia en el trabajo clínico hace sospechar que las tendencias son similares a la reportada en otros países, hace falta una aproximación científica de los aspectos propios de nuestra realidad, como la implicancia de ciertas variables asociadas a las tasas de retención y abandono.

Esta investigación tiene por objetivo presentar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de dependientes atendidos en un Centro de Atención Ambulatoria y de Día especializado para el tratamiento de adicciones (CADES) en la ciudad de Lima, Perú. De otro lado se describen las tasas de abandono del tratamiento registrada en la muestra.

■ METODO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y de corte transversal basado en datos secundarios. La muestra estuvo conformada por las personas que solicitaron tratamiento en el módulo de adicciones CADES Callao, durante un periodo de anual 2011. Este centro de tratamiento forma parte de un total de 11 servicios públicos y privados de Lima que notifican sus atenciones en la Red de información de Demanda de Tratamiento por Abuso o Dependencia de SPA (RIDET), el que está compuesto por 7 comunidades terapéuticas, otros tres centros vinculadas al MINSA y uno dirigido por la Beneficencia Pública del Callao: CADES Callao, todos los módulos reportan información desde el 2005, de todas ellos solo CADES Callao ha mantenido un reporte regular de casos, sin cortes desde que se implementó el proceso de notificación. La provincia del Callao se encuentra ubicada en la zona centro occidental de Lima la capital del país, tiene una población aproximada de 955 mil habitantes y es la provincia con mayor densidad poblacional con 6,500 habitantes por km²⁽¹⁰⁾.

La notificación de casos se realiza al Observatorio Peruano de Drogas (OPD), actual administrador del sistema de información. Para estos efectos se utiliza dos instrumentos principales: Ficha de notificación individual (FNI) y un aplicativo web de acceso público. El FNI es el registro físico que recoge información de las historias clínicas, cuenta con un módulo de pseudo anonimización, cifrado en un algoritmo irreversible de identificación que cumple con los criterios de confidencialidad propuestos por el Programa Mundial de Evaluación de uso Indevido de Drogas y con el SIDUC – Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas – Organization of American States (CICAD-OEA)⁽¹¹⁻¹²⁾. El aplicativo web procesa resultados de los casos ingresados. La base de datos generada también es de acceso público bajo el amparo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Perú Ley N° 27806-2002. Adicionalmente para el presente estudio se solicitó la autorización a la Coordinación del OPD.

La muestra estuvo conformada por 62 casos que cumplieron con los criterios de inclusión de un total de 108 personas atendidas, se excluyeron 8 atenciones a personas con diagnóstico exclusivo de ludopatía y 38 atenciones de rutina a consultantes o familiares que no brindaron información suficiente para completar la FNI. Los criterios de Inclusión fueron: tener una FNI en el periodo 1° enero 2011 a 31 de diciembre 2011 y haber sido diagnosticado con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas según los criterios del CIE-10.

Las 62 fichas de notificación individual fueron completadas e ingresadas en el aplicativo web por el personal asistencial de CADES Callao, periódicamente entrenado en esta actividad por el OPD. El reporte se realiza de manera mensual al OPD para la validación de registros. El instrumento recoge la siguiente Información: Características sociodemográficas como sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, situación laboral, nivel educativo, tipo de residencia, tipo de convivencia, antecedentes familiares de consumo y antecedentes legales; Características clínicas como fecha de demanda de tratamiento, diagnóstico según criterios CIE-10, tipo de tratamiento recomendado, fuente de referencia, antecedentes de tratamiento, sustancias de consumo problemático, edad de inicio de consumo, frecuencia de consumo, vía de administración principal, presencia de adicciones sin sustancia, problemas médicos relacionados, problemas de violencia familiar.

En relación a los aspectos éticos, se resalta que se utilizó una base de datos de acceso público y se solicitó la autorización del OPD como administrador del sistema de información. La fecha de egreso de pacientes que no forma parte del registro en el instrumento, fue remitida en el informe de cierre de registros del periodo anual mediante un listado, indicando dicho dato asociado al código de pseudo anonimización de la ficha RIDET.

Los datos se asignaron a una planilla Excel y se llevó a cabo el análisis utilizando estadísticas y medidas de dispersión descriptivos.

En este artículo se deriva de una conclusión de trabajo del curso de especialización “Curso de Formação On Line de Pesquisadores em Álcool e outras drogas psicoativas 2008/2010”, patrocinado por La Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/SENAD – Brasil e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP.

■ RESULTADOS

Características socio demográficas

La edad mínima de la muestra fue 15 años y la máxima de 66 años, los jóvenes entre 15 a 24 años están presentes en un 33.9% seguidos de los adultos jóvenes de 25 a 34 años con un 30.6%. En cuanto al sexo de la muestra 52 casos (83.9%) eran hombres y 10 fueron mujeres (16.1%). En su mayoría se trata de solteros (61.3%). El 37.1% se encuentra desempleado y un 30.6% tiene trabajos de tipo temporal o mantiene estudios en curso (19.4%). En el nivel educativo mayoritariamente se concentran en un nivel educativo de secundaria completa e incompleta, ambas alcanzan el 75.8%.

Tabla 1 – Características socio demográficas de pacientes de servicio de tratamiento de adicciones

Variable	n=62	%
Sexo		
Masculino	52	83,9
Femenino	10	16,1
Edad		
15-24	21	33,9
25-34	19	30,6
35 a 44	11	17,7
45 a más	11	17,7
Estado Civil		
Soltero	38	61,3
Con Pareja	22	35,5
Divorciado/Viudo	2	3,2
Situación Laboral		
Trabajo Estable	3	4,8
Trabajo Temporal	19	30,6
Desempleado	23	37,1
Estudiante	12	19,4
Jubilado	1	1,6
Ama de Casa	4	6,5
Nivel Educativo		
Primaria	6	9,7
Secundaria	47	75,8
Técnica	5	8,1
Universitaria	4	6,5

Fuente: CADES Callao, Lima, Perú – 2015.

El servicio de tratamiento atiende en su mayoría a residentes de los distritos del Callao en un 77%. El tipo de residencia que se registra al momento de la demanda de tratamiento fue de 95.2% viviendo en casa, solo se tuvo un caso de persona que vivía en la calle. El 48% tienen una convivencia con sus padres y el 38.7% viven con sus parejas y/o hijos.

El 38.7% de los pacientes fueron referidos por un familiar mientras que un 6.5% solicitaron la demanda de manera espontánea. En cuanto al tipo de tratamiento recomendado por el profesional que evaluó el caso, se tiene que al 48% de los pacientes se le recomendó tratamiento semi-residencial. Se encontró que 5 personas registraron antecedentes policiales y 1 con antecedentes penales.

Tabla 2 – Características de historia personal y variables de atención de servicio de tratamiento de adicciones

Variable	n=62	%
Convivencia		
Solo	4	6,5
Con Pareja/Hijos	24	38,7
Con Padres	30	48,4
Otros	4	6,5
Antecedentes Legales		
Policial	5	8,06
Penal	1	1,61
Fuente de Referencia		
Iniciativa propia	4	6,45
Familiar	24	38,71
Amigos	13	20,97
Otros	21	33,87
Tipo de Tratamiento Recomendado		
Ambulatorio	19	30,6
Semi residencial	30	48,4
Residencial	13	21,0
Antecedentes de consumo		
Padre	11	17,7
Madre	4	6,5
Hermanos	6	9,7
Otro	3	4,8

Fuente: CADES Callao, Lima, Perú, 2015.

El 38,71% tiene antecedentes familiares de consumo, de ellos, 1 de cada 2 pacientes provienen de un entorno familiar con padre consumidor, mientras que en 4 casos se identificó a la madre como familiar con consumo problemático.

Características Clínicas

Las sustancias psicoactivas de mayor demanda fueron las sustancias ilegales, en primer lugar las drogas cocaínicas (35,5%), las que incluyen a la Pasta Básica de cocaína (11), Clorhidrato de cocaína (7), Mixtos o Pasta básica mezclada con marihuana (4). En segundo lugar pero muy de cerca se encontró a la marihuana (33,9%) y en tercer lugar al alcohol con 17 casos (27%).

La mayoría fueron diagnosticados como dependientes (87,1%) encontrándose que 11 casos o el 17,7% registraba al menos un tratamiento previo por la misma sustancia.

Tabla 3 – Características clínicas en pacientes del servicio de tratamiento de adicciones

Variable	n=62	%
Droga Principal		
Alcohol	16	25,8
Drogas Cocaínicas*	22	35,5
Marihuana	21	33,9
Otros [†]	3	4,8
Diagnóstico		
Abuso	8	12,9
Dependencia	54	87,1
Edad de Inicio de Consumo		
de 12 a 14 años	11	17,7
de 15 a 19 años	30	48,4
de 20 a 19 años	8	12,9
de 25 a más años	13	21,0
Frecuencia de Consumo		
de 1 a 2 veces por semana	12	19,4
de 3 a 4 veces por semana	37	59,7
de 5 a 7 veces por semana	13	21,0

Fuente: CADES Callao, Lima, Perú, 2015.

*Pasta Básica de cocaína (PBC), Clorhidrato de cocaína, PBC combinada con Marihuana, [†]Tabaco, inhalantes y antidepresivos

La edad de inicio de consumo mayoritariamente se ubicó entre los 15 y 19 años (48,4%).

En cuanto a la frecuencia de consumo en todos los casos se encontró que su uso respondía a una frecuencia semanal, mayormente de 3 a 4 veces por semana en un 59,7%, mientras que el consumo diario se registró en 8 casos (12,9%).

Se encontró que el 48,4% abandonó el tratamiento luego de la primera visita al servicio, el 19,4% permaneció en el tratamiento hasta por 1 semana y solo el 9,7% permaneció por más de 3 meses en un tratamiento en principio previsto para un periodo de 9 meses aproximadamente. La modalidad de tratamiento empleado en los casos atendidos fue mayoritariamente ambulatorio y solo 14 personas (22,6%) accedieron al tratamiento de Clínica de Día o semi-residencial.

Respecto a los egresos se registró una tasa de abandono de 85,5%, se produjeron altas administrativas a 2 personas, lo cual corresponde a los usuarios expulsados del tratamiento por incumplimiento de normas (fumar dentro de las instalaciones del servicio). Al cierre del periodo se contabilizó 7 casos (11,3%) de continuadores y no se re-

Tabla 4 – Características clínicas de egreso en pacientes del servicio de tratamiento de adicciones

Variable	n=62	%
Tiempo de permanencia		
1 día	30	48,4
2 días a 7 días	12	19,4
Más de 1 semana a 1 mes	5	8,1
Más de 1 mes a 3 meses	9	14,5
Más de 3 meses a más	6	9,7
Tipo de tratamiento utilizado		
Ambulatorio	48	77,4
Clínica de Día	14	22,6
Condición de Egreso		
Abandono	53	85,5
Alta Administrativa	2	3,2
Continuador	7	11,3

Fuente: CADES Callao, Lima, Perú – 2015.

Tabla 5 – Tiempo de permanencia en tratamiento en pacientes del servicio de tratamiento de adicciones.

Sustancia	Media de días	Mediana
Alcohol	39	1,0
Cocaínicas	24	1,5
Marihuana	37	9,0
Otras	1	1,0
Total	31	2,0

Fuente: CADES Callao, Lima, Perú – 2015.

gistraron altas terapéuticas en la muestra, pero durante el año se realizaron 3 altas terapéuticas correspondientes a pacientes ingresados durante el año 2010.

Se encontró que el promedio de días de permanencia fue ligeramente mayor para el caso de alcohólicos (39 días) con respecto a los pacientes tratados por consumo de marihuana (37 días), sin embargo la mediana para el caso de la marihuana fue mucho mayor con respecto a las otras sustancias (9 días).

■ DISCUSIÓN

Los resultados a partir de una muestra por conveniencia no aspiran a reconocer un perfil de la demanda real de la población, sin embargo se puede reconocer las carac-

terísticas de una demanda expresada en un determinado contexto, si bien no inferimos la magnitud del problema, si las formas en que se presenta el problema.

La muestra tiene una distribución demográfica semejante a las previamente descritas en estudios realizados en Lima⁽¹⁾ y con estudios en otros países donde se observa predominio masculino con similar tendencia⁽¹³⁻¹⁵⁾. La media de la edad fue de 31 años lo cual corresponde a pacientes jóvenes en su mayoría menores de 34 años, similar a lo encontrado en otros estudios con muestras nacionales^(11,16-17), también comparables con las encontradas en otras poblaciones como la norteamericana y europea en torno a los 30 años⁽⁶⁾.

Se encuentra un 16% de mujeres, sin embargo hay que observar que en este punto no existen suficientes estudios en muestras nacionales que permitan observar una tendencia, por lo que las diferencias probablemente están asociadas a la accesibilidad a los servicios y la orientación específica que estos poseen.

Se aprecia también un nivel educativo predominante de nivel medio, el 75% ha cursado al menos un año de educación secundaria (19% señala estar cursando actualmente estudios), esto guarda relación con los datos oficiales de educación locales que señalan que el 52% tienen estudios secundarios concluidos⁽¹⁰⁾. Sin embargo en cuanto a los niveles de educación superior si hay diferencias comparados con los datos de población general en que se reporta un 33.1% con educación superior, lo que representa indicadores 50% más bajos para la muestra.

La muestra estudiada presenta un 37% de nivel desempleo, valor que es 7 veces mayor al registro local de 6,82% estimado para la población general en ese mismo año⁽¹⁰⁾. De otro lado se encontró un alto nivel de personas solteras 61%, sin embargo solo el 6% viven solos y un 48% viven en dentro de un entorno familiar con sus padres, entorno que evidencia su estado de dependencia económica para su subsistencia (vivienda, alimentación).

Se observa una motivación para la demanda de tratamiento que es principalmente orientada por los familiares del paciente (38%) o por amigos (20%) mientras que la búsqueda espontánea es bastante baja (6%), el entorno de la convivencia puede guardar relación con las bajas tasas de búsqueda espontánea de ayuda y por el contrario, que sean los familiares quienes orienten la búsqueda de ayuda tiene que ver con que son ellos los primeros afectados por las consecuencia del consumo problemático dentro del entorno familiar.

Uno de cada tres pacientes tienen antecedentes familiares de consumo, principalmente del padre (17%). Más de dos tercios de la muestra es referido a tratamiento semi-

residencial o residencial lo que guarda coherencia con la alta tasa de 87% de personas que tienen diagnóstico de dependencia, esto evidencia además un nivel elevado de complejidad en los casos atendidos.

Como sustancia principal se encontró a las drogas cocaínicas, seguida de cerca por la marihuana (35 y 34 % respectivamente), mientras que los casos de alcoholismo alcanzan un 25% de la demanda, no se encontró diagnóstico de policonsumo lo que si difiere de otras muestras estudiadas, sin embargo se detectó en 17 casos la presencia de consumo problemático de una sustancia secundaria. Cabe recalcar que en los casos de diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias ilegales, el alcohol está implicado de manera importante como sustancia secundaria. El instrumento no cuenta con la posibilidad de identificar el diagnóstico por el consumo problemático de una segunda sustancia, por lo que los resultados pueden estar ocultando la presencia del diagnóstico de policonsumo.

La edad de inicio de consumo es más baja que otras muestra, casi la mitad de la demanda en el segmento de 15 a 19 años, con una mínima de 12, una máxima de 35 años y una media de 18,5 años de edad, lo que es más baja que el promedio poblacional de consumo, que ubica en el rango de 16 a 22 años a más del 50% de personas⁽¹⁾. Cabe señalar que casi una quinta parte de la muestra tiene edades de inicio bastante tempranas entre los 12 a 14 años lo que tiene que ver con un proceso temprano de desarrollo de la adicción.

Otro aspecto relacionado con los altos niveles de casos de diagnóstico de dependencia encontrados tiene que ver con la alta frecuencia de consumo encontrada en los casos; más de la mitad tiene un consumo de 3 a 4 veces por semana y un 21% de casos tiene un consumo diario o casi diario. Adicionalmente a estos hallazgos se encontró que casi dos tercios de pacientes tienen un consumo de la sustancia por vía pulmonar y en menor proporción por vía oral, lo cual tiene también va asociado con el potencial adictivo de las sustancias. Al parecer los casos menos complejos no están llegando a consulta y en este sentido cobra mayor importancia implementar estrategias de intervención temprana comunitaria, a fin de acortar las brechas de accesibilidad al servicio.

Se encontró una alta tasa de abandono con un 85% de los casos, adicionalmente se observó que casi la mitad de los casos hizo uso del servicio por un día y solo un 10% permaneció por más de 3 meses. Pocas personas (21%) accedieron a la modalidad de clínica de día, nivel que se alcanza en una segunda etapa del programa de tratamiento, cuando ya se ha establecido cierto criterio de permanencia, esta etapa tiene una duración de aproximadamente 9 meses.

Al cierre de registros (31 de diciembre del 2011) se contó con un 11% de casos que fueron considerados con condición de continuador de tratamiento, se trata de pacientes con tiempos de permanencia mayor a 3 meses y recibiendo tratamiento de clínica de día. Estos resultados permiten justificar la implementación de mejoras en los modelos de atención que estén orientados a la adherencia terapéutica de los pacientes en los niveles de ingreso y mantenimiento en el proceso terapéutico⁽¹⁷⁾.

Sobre la base de estos resultados se destacó cinco principales necesidades relacionadas con la política pública del Perú, a saber: 1) una mayor participación en las estrategias de reducción de la vulnerabilidad social de los individuos involucrados con sustancias psicoactivas, dada la prevalencia de pacientes en paro; 2) énfasis en los enfoques de tratamiento que incluyen la familia, ya que los pacientes tienen una historia familiar de consumo y también tienen sus parientes como partidarios en el tratamiento; 3) una mayor eficacia en las acciones preventivas se centraron principalmente en los niños y adolescentes; 4) análisis y reformulación de las estrategias de control de la oferta, especialmente dada la cocaína que la mayor parte de la demanda de tratamiento es para las personas que consumen esta sustancia; 5) la evaluación y reformulación del tratamiento propuesto ya que existe una baja adherencia de los pacientes.

Con respecto a estos aspectos la última Estrategia Nacional de Lucha contra la Droga en Perú, prevé acciones específicas teniendo en cuenta los ejes: el desarrollo alternativo integral y sostenible en relación con las familias vulnerables a sobrevivir el cultivo de la coca, la interdicción y sanción del platío, bien como incautación de insumos químicos y el comercio de drogas, como estrategias del control de oferta, la prevención en las escuelas y la formación de "Redes de Atención por Problemas de Consumo de Alcohol y otras Drogas" para rehabilitación⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, la solvencia de dichas acciones puede verse comprometida debido a la naturaleza prescriptiva de las directrices, que es en general, las autoridades públicas han invertido poco en la mejora de los aspectos culturales de las comunidades locales y el proceso de participación en la formulación de tales directrices. Estos aspectos han sido identificados como relevantes para la eficacia de los servicios de salud mental⁽¹⁹⁾.

Por lo tanto, los resultados de este estudio traen para reflejar el hecho de que necesita ser discutido no es la construcción de nuevas políticas públicas y si el medios para que su operación se lleva a cabo de manera más efectiva principalmente a través de las propuestas más inclusivas, teniendo en cuenta no sólo las recomendaciones globales en la lucha contra las drogas, pero sino también valorar y priorizar las especificidades locales.

■ CONCLUSIONES

Se encontró una alta tasa de abandono 85% de los casos y en correspondencia con una permanencia de 1 día de tratamiento se presenta el 48% de los casos atendidos. Las características socio demográficas descritas por otras investigaciones y por las estadísticas de consumo en población general no difieren significativamente en relación a los datos hallados, sin embargo a nivel internacional si existen diferencias.

La alta tasa de diagnóstico de dependencia da cuenta de un servicio que viene recibiendo casos de mayor complejidad, el perfil viene a ser constituido por pacientes varones, jóvenes, diagnosticados como dependientes a drogas cocaínicas, con alta frecuencia de consumo semanal, con antecedentes familiares de consumo de drogas, desempleados o subempleados y con un nivel educativo medio.

La problemática en cuanto a la oferta de servicios especializados para el tratamiento de las adicciones no es solamente el déficit en la cobertura de atención que requiere ser ampliada, sino también es preciso identificar aspectos que permitan que dentro de la oferta de servicios actuales se contemple los costos adicionales que representa el abandono de tratamiento y que en una eventual ampliación se planteen estrategias políticas eficaces y resolutivas que enfrenten esta problemática.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra que al ser incluido sólo un centro de tratamiento, no se puede generalizar los resultados ni establecer un panorama de las características de la población afectada, aunque permite identificar una tendencia, esta tendría que ser validada por estudios posteriores. Además, el uso de otras pruebas estadísticas, adicionales a las estadísticas descriptivas, podría proporcionar información relevante de las variables que presentan factores asociados.

No existen estudios recientes sobre las características de la demanda de tratamiento en los servicios de adicciones a drogas, la data nacional corresponde a aproximadamente 20 años atrás, en ese sentido el abordaje debe contemplar el dinamismo en las tendencias de uso de drogas. El sistema de demanda de tratamiento RIDET se presenta como potencialmente útil para permitir este tipo de análisis, sin embargo existe la necesidad de ampliar los contenidos y efectuar una mejora a la calidad de los indicadores que genera.

■ REFERENCIAS

1. Comisión Nacional Para el Desarrollo y Vida sin Drogas (PE). IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú. Lima; 2012.

2. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (PE), Observatorio Peruano de Drogas. Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Lima; 2010.
3. Ministerio de Salud (PE). Informe sobre los servicios de salud mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú. Lima; 2008.
4. Defensoría del Pueblo (PE). Salud mental y derechos humanos: supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima; 2009. Informe Defensorial N° 140.
5. Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (PE). Drogas y delitos en el Perú: situación actual y evolución: informe 2007 Lima; 2008.
6. Fernandez-Montalvo J, López-Gofi JJ. Comparison of completers and drop-outs in psychological treatment for cocaine addiction. *Addict Res Theory*. 2010;18(4):433-41.
7. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1010-24.
8. Bukten A, Skurtveit S, Waal H, Clausen T. Factors associated with dropout among patients in opioid maintenance treatment (OMT) and predictors of re-entry, a national registry-based study. *Addict Behav*. 2014;39(10):1504-9.
9. Padyab M, Grahn R, Lundgren L. Drop-out from the Swedish addiction compulsory care system. *Eval Program Plann*. 2015;49:178-84.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). 11 de julio: día mundial de la población [Internet]. Lima: INEI; 2012 [citado 2015 ene 06]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1032/libro.pdf.
11. Comisión Nacional Para el Desarrollo y Vida sin Drogas (PE). Análisis de resultados de la Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso o Dependencia de Sustancias Psicoactivas 2005-2007. Lima; 2009.
12. Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (AU), Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas; União Europeia, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (PT). Orientaciones para la medición de la demanda de tratamiento de drogas. Nueva York, NY: Naciones Unidas; 2006. Módulo 8 del Manual.
13. Rivadeneyra REV, Perales A. Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas Delay in seeking medical care in patients addicted to psychoactive substances. *Adicciones*. 2010;22(1):73-80.
14. Sánchez-Hervás E, Secades-Villa R, Gómez FJS, Romaguera FZ, García-Rodríguez O, Yanez EM, et al. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*. 2010;22(1):59-64.
15. Vignesh BT, Singh AK, Mohan SK, Murthy M, Joshi A. Association between socio-demographics and alcohol dependence among individuals living in an Indian setting. *Glob J Health Sci*. 2014;6(3):16-26.
16. Oliveira EN, Nogueira NF, Marinho MP, Nogueira DL, Rocha NNV, Duarte SR. Characterization of crack users attended in the caps for alcohol and other drugs. *J Nurs UFPE on line*. 2012;6(9):2093-102. doi: 10.5205/01012007.
17. Peixoto C, Prado CHDO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBTD, Veras AB. Impact of clinical and socio-demographic profiles in treatment adherence of patients attending a day hospital for alcohol and drug abuse. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):317-21.
18. Comisión Nacional Para el Desarrollo y Vida sin Drogas (PE). Estrategia nacional de lucha contra las drogas 2012-2016. Lima (Provincia de Lima); 2012.
19. Ceccin RB, Mayer RTR, Meyer R, Belloc MM. Educação e assessoramento em redução de danos, atenção integral à saúde para usuários de drogas e sua rede social. In: Ferla AA, Fagundes SS, organizadores. *Fazer em saúde coletiva: inovações para atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; 2002.

■ **Autor correspondiente:**

Jacqueline de Souza

E-mail: jacsouza2003@gmail.com

Recibido: 10.07.2015

Aprobado: 06.05.2016