



CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTE EN ESTANCIA HOSPITALARIA QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CARIACAL DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, DURANTE EL PERÍODO ABRIL 2019 – MAYO 2019

GENTILE MONTOYA DANIEL, ARIZA LASCARRO MARIA JOSE, CRUZ SOTO LISHA, GONZALEZ ARIAS OSCAR, DELGADO GARCIA MARTIN.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO EN EL CURSO:
PROYECTO DE GRADO II

ASESORES: GOMEZ MENDEZ PEDRO, RIOS GARCIA ANA LILIANA

UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

BARRANQUILLA, 23 DE MAYO 2019

PÁGINA DE ACEPTACIÓN

FECHA DE ENTREGA

Ciudad de Barranquilla 30/05/2019

Asesor Metodológico

Firma _____

Asesor de Contenido

Firma _____

Jurado

Firma _____

Glosario

- Farmacodependiente:

1. Dicho de una persona: Que padece farmacodependencia (1)

- Farmacodependencia:

1. Síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una sustancia psicoactiva determinada o de una clase de drogas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. (2)

- Adicción:

1. Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico. (1)

- Droga:

1. Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones (3)
2. Aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social (3)

- Abuso de sustancias:

1. El uso dañino o peligroso de sustancias psicoactivas, que incluyen alcohol y las drogas ilícitas (3)

- Policonsumidores:

1. Consumo de dos o más tipos de sustancias, mezcladas o consumidas alternativamente. Buscando sus diferentes efectos, o bien buscando una combinación de los mismos (4).

- Objetivos de Desarrollo Sostenible:

1. Llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad (5).
2. Son 17 Objetivos que se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades (5).

- Recaída:
- 1. Reinicio del consumo de una sustancia tras un periodo más o menos prolongado de abstinencia de la sustancia (6)
- PBS: Plan de Beneficios en Salud; Antes conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS)
- TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo
- TAB: Trastorno Afectivo Bipolar
- TDAH: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- SPA: Sustancias Psicoactivas
- PAIS: Política de Atención Integral en Salud
- EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios
- GBD: *Global Burden of Disease* (carga global de enfermedad)
- UNODC: *United Nations Office on Drugs and Crime* (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)
- OMS: Organización Mundial de la Salud

Resumen

La farmacodependencia es un problema mundial. En Latinoamérica sobretodo en Colombia no se han realizado muchos estudio acerca de la caracterización de este tipo de enfermedad, por lo tanto no existe información suficiente que permita a los centros de rehabilitación corroborar la eficacia de sus intervenciones, así como tampoco innovar para una mejor promoción y prevención de la enfermedad.

La presente investigación es un estudio descriptivo transversal en el que se entrevistaron los pacientes del Hospital Cari Mental en Barranquilla, Colombia durante el período Abril 2019 – Mayo 2019. La muestra estuvo constituida por 21 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Como resultados preponderantes se resalta que en gran proporción los pacientes fueron de sexo masculino, entre los 18-30 años, con una edad de inicio de consumo a los 10-15 años en promedio, desempleados y en gran proporción con hospitalizaciones previas por farmacodependencia. La mayoría de los pacientes en estudio pertenecían familias nucleares y ampliadas. La droga de inicio más frecuente fue el Cannabis, evidenciándose una tendencia al policonsumo. Un alto porcentaje de los pacientes (95,2%) expresaron tener facilidad para obtener las drogas además de una probabilidad de recaída entre 37%-62% en los próximos dos meses acorde a la escala AWARE 22.

Palabras claves: Uso de sustancias psicoactivas, diagnóstico de abuso de sustancias, Centros de tratamiento de abuso.

Abstract

The addiction is a worldwide problem. In Latin America especially Colombia, there have not been made studies about the characteristics of this type of diseases, that's why there is not enough information that allows the rehabilitation centers to corroborate the efficacy of their interventions, and innovate for a better promotion and prevention of the disease. The present research is a descriptive transversal study in which the patients from the Cari Mental Hospital were interviewed in the city of Barranquilla, Colombia between the period of April 2019- May 2019. The sample was constituted by 21 patients who met the inclusion criteria of the study. The most preponderant results it is highlighted that in a great proportion the patients were male, in the ages between 18-30 years old, with a starting age of consumption between 10-15 years old on average, unemployed and in a large proportion with previous hospitalizations for drug dependence. The majority of the patients in the study belonged to nuclear and extended families. The most common starting drug was Cannabis, evidencing a tendency to polydrug use The majority of patients expressed an ability to obtain drugs in addition to a relapse probability between 37%-62% in the next two months according to the AWARE 22 scale.

Keywords: Substance-Related Disorders, Substance Abuse Detection, Substance Abuse Treatment Center.

Contenido

	Página
1. Resumen	4
2. Introducción	6
3. Marco Teórico	8
4. Metodología	18
4.1. Tipo de estudio	18
4.2. Población de estudio	18
4.3. Criterios de inclusión	19
4.4. Criterios de exclusión	19
4.5. Variables	19
4.6. Aspectos éticos	20
4.7. Plan de presentación	21
4.8. Plan de análisis	21
5. Resultados	22
6. Discusión	27
7. Conclusiones	28
8. Referencias bibliográficas	29
9. Anexo	32

2. Introducción

El consumo de sustancia existe desde los inicios de la humanidad y varía grandemente en las distintas culturas. El fenómeno de la farmacodependencia se ha expandido por medio de su fácil obtención, su impacto social y sanitario en los últimos años, convirtiéndose en una problemática mundial muy frecuente (7). Dada la importancia del tema, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) realiza informes mundiales sobre el consumo de estas sustancias para “abordar y contrarrestar los retos y amenazas crecientes y persistentes de todos los aspectos del problema mundial de drogas” (8). En su más reciente informe del año 2016, se logró estimar que aproximadamente 250 millones de personas entre los 15 y 64 años de edad había consumido por lo menos una droga durante el año 2014, lo cual es equivalente a decir que 1 de cada 20 personas a nivel mundial consumieron alguna sustancia psicoactiva durante dicho tiempo. La marihuana, al igual que en el mundo, es la droga de mayor consumo en las Américas, la cual presenta altas probabilidades de afectación en la salud aunque no tenga altos índices de mortalidad. La cocaína también representa altos números de consumo en esta región, especialmente en los países del sur como son Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, afectando principalmente a los grupos más vulnerables. En cuanto a la heroína, su ingesta es menos común en América Latina y el Caribe, pero existe un alto consumo en países como Estados Unidos, Canadá y México (9).

En Colombia, el Observatorio de Drogas del Ministerio de Justicia y del Derecho realizó en el año 2013 el segundo estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población general, cuya finalidad era “actualizar el conocimiento sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, el patrón de uso en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de urbanización y desagregaciones por departamentos, además de establecer la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso y la exposición a la oferta de drogas que ha tenido la población de Colombia en el último año” (10). El estudio concluyó que existe un aumento del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína), en comparación con el estudio que se realizó en el año 2008.

El consumo de sustancias psicoactivas como ya es sabido, puede modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo (11), he aquí donde radica la importancia de comprender la problemática que este tema representa.

En el informe se menciona que alrededor de 29 millones de personas estarían cursando actualmente con algún trastorno, y que de ese grupo poblacional aproximadamente 12 millones consumieron drogas de forma inyectada, lo que aumenta el riesgo de contraer VIH, llegando a la conclusión de que a nivel de salud pública el impacto de las drogas es a gran escala (8). Para analizar las consecuencias del consumo de sustancias, la OMS ha desarrollado un indicador denominado carga global de enfermedad (Global Burden of Disease, GBD), que permite evaluar el impacto de las enfermedades en la mortalidad y afectación a la

salud. En cuanto al consumo de sustancias ilícitas, este índice permitió determinar que las drogas contribuyen con un 0.8% de carga mundial de mortalidad y discapacidad. Es de importancia destacar que según el GBD a nivel mundial los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas ocupan la posición 58° en cuanto a causas de muerte. También este estudio indica que en el año 2010 aproximadamente 776.000 muertes fueron debido al abuso de drogas ilegales, lo cual se estimó tuvo un aumento del 191.7% en comparación al estudio realizado en 1990. En cuanto a la discapacidad, en el estudio realizado en el 2010 se encontró que los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas fueron causantes de 16.412.000 años saludables perdidos (9). En Estados Unidos, el costo de abuso de drogas es mayor a los 820 billones de dólares anuales y esta cifra sigue creciendo, teniendo en cuenta los parámetros de incrementos en los costos de salud, el crimen y la pérdida en la productividad. Además de estos costos económicos, también existen costos hacia la sociedad y estos abarcan: la propagación de VIH y hepatitis C, muertes por sobredosis, desempleo, abuso doméstico, divorcio, etc. En los Estados Unidos, el impacto en la salud y los servicios de salud tiene un costo aproximado mayor a 11 billones, en los cuales se incluyen los servicios de intervención, tratamiento, prevención e investigación (12).

Gracias a los diversos estudios que se han realizado a nivel mundial y nacional se ha podido concluir que el consumo de drogas abarca problemas de salud que afectan a los países en diversos ámbitos sociales, por lo cual este flagelo en los últimos años se ha abordado desde la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta los 5 grandes aspectos: desarrollo social, desarrollo económico, sostenibilidad ambiental, sociedades pacíficas, justas e inclusivas, y alianzas. (8).

Para resolver la problemática mundial de drogas, se han venido discutiendo medidas para alcanzar la reducción de la oferta y la demanda de este tipo de compuestos. Tales medidas van desde la erradicación de los cultivos hasta legalización de las sustancias. Debe tenerse en cuenta además que en muchas ocasiones las poblaciones de campesinos se encuentran ligadas al narcotráfico porque es su único sustento, por lo cual las medidas que se tomen pueden afectar los ingresos de estas familias y sus formas de empleo. Es por eso que ejemplos como los de Colombia y Perú donde se han brindado programas de desarrollo alternativo para estas comunidades ayudan a desligar a las poblaciones de este flagelo (8). Las medidas de salud pública reducen el consumo de drogas y mejoran los aspectos relacionados con las personas drogodependientes, acciones de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación e integración social son las que se ha demostrado influyen más en dicho aspecto. Cabe resaltar que no solo se mejora la salud de la persona, sino que también se inhiben comportamientos de riesgo tales como la agresividad y el absentismo escolar, dos focos de relativa importancia en la calidad de vida del paciente (8). En las Américas, las políticas están dirigidas a la reducción de la demanda, prevención principalmente entre niños y jóvenes, intervenciones en la familia, prevención en el ámbito escolar, prevención comunitaria, estrategias en la prevención ambiental (9)

Teniendo en cuenta lo anterior y dado que la población de Barranquilla no es ajena a la problemática, este proyecto busca identificar las características de los pacientes farmacodependiente en estancia hospitalaria, con la finalidad de obtener información que pueda ser implementada en programas de intervención.

El objetivo general de la investigación es:

- Caracterizar mediante variables sociodemográficas, los antecedentes de consumo, las características clínicas y la aplicación de la escala AWARE en los pacientes farmacodependientes con riesgo de recaída, describimos la población estudiada (13).

Este estudio tiene como población objetivo a los pacientes que tienen diagnóstico de farmacodependencia, los cuales muchas veces cursan con múltiples hospitalizaciones debido a factores de riesgo que contribuyen a la reincidencia de la adicción, generando así un círculo vicioso que no termina. Entre nuestras limitantes encontramos un reducido tamaño muestral, con una diferencia marcada entre la cantidad de mujeres con respecto a la de hombres. Se buscó con este estudio arrojar evidencia clave epidemiológica sobre la población farmacodependiente, que contribuya a mejorar las estrategias aplicadas por los planes de atención primaria, Así mismo, se espera que estos estudios sean provechosos para fortalecer o que de un llamado a la innovación de nuevas intervenciones de promoción y prevención en esta comunidad.

Entre las estrategias actuales en Colombia está el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas durante los años 2014-2021, el cual entre sus objetivos se busca reducir el consumo de sustancias psicoactivas, una mejor atención en los servicios de salud y generar entornos que lleven a desarrollar redes de apoyo, habilidades y vínculos afectivos para así mejorar el potencial de la salud mental. Este proyecto busca ser parte de esta estrategia, contribuyendo a actualizar el perfil de las poblaciones estudiadas, de tal manera generando una base de datos que sirva de guía y de apoyo a próximas investigaciones y proyectos orientados a mejorar las condiciones de la población farmacodependiente en el campo de la psiquiatría.(14)

3. Marco teórico

Farmacodependencia

El concepto de farmacodependencia se define como un «síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una sustancia psicoactiva determinada o de una clase de drogas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importante (15). La farmacodependencia es un trastorno que típicamente se vuelve crónica, tiene una naturaleza compulsiva y recidivante hacia la droga, generando una dependencia sin autocontrol del consumo, incluso conociendo el impacto negativo que genera para el

usuario además de múltiples eventos de recaídas, a pesar de periodos extensos de abstinencia. Esto genera impactos negativos en el desarrollo del individuo en sus actividades diarias. La complejidad de los eventos relacionados con la adicción como los neurológicos del comportamiento, generan múltiples manifestaciones como la dependencia física, tolerancia y sensibilización. El fenómeno de búsqueda compulsiva o “craving” no es poco común. La dependencia física al igual que la tolerancia se deben a adaptación debido al largo consumo de drogas específicas, pero que muchas veces no están relacionadas con las propiedades adictivas de la misma (16)

Etapas del consumo:

La farmacodependencia es una consecuencia de un proceso que empieza desde antes de que la persona llegue a la adicción, este proceso se puede dividir en fases (17):

- Fase previa y predecible: Esta se refiere a los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas acorde a factores de riesgo o protectores, la persona no conoce de la droga o tiene un concepto claro de lo que es esta ni lo que hace.
- Fase de conocimiento: Es cuando la persona ya obtiene el conocimiento su la existencia concreta de la droga, de los efectos que produce, las personas no nacen con el conocimiento innato de las sustancias y aunque hoy en día este conocimiento se obtiene mucho más fácil hay otro factor importante que debe considerarse, es la accesibilidad o disponibilidad de la sustancia, en la casa en los parques y del interés que tenga por la droga sea porque un familiar o amigo lo presiono a consumirla, esto nos lleva a la siguiente fase.
- Fase de experimentación: La fase de experimentación es la fase donde se prueba por primera vez la sustancia, el consumo de esta dependerá del interés de la persona por los efectos de esta misma, por cuanto le llama la atención y por su disponibilidad de conseguirla.
- Fase de consolidación: En la consolidación se da el paso del uso al abuso de la sustancia, lo que determinará la constancia del consumo son los efectos positivos o negativos que tenga la droga en diferentes niveles. Las personas alrededor pueden reforzar, tolerar, criticar o castigar el consumo y acorde las consecuencias alrededor de esta persona esta va a continuar o a dejar de consumir, todas estas cosas van a formar la percepción del riesgo de la sustancia de la persona y en esta fase se determinará la farmacodependencia.
- Fase de abandono o mantenimiento: En esta fase la persona determina si sigue usando la droga o la deja, si las consecuencias a largo plazo son más negativas que positivas. Esta fase varía en el tiempo de persona a persona. La fase de abandono tiene o causas externas (presión familiar) o internas que es la decisión propia de la persona, aquí entra el tratamiento y esto puede crear otra fase que es la de recaída.
- Fase de recaída: La adicción es una conducta difícil de cambiar, no es extraño que las personas recaigan, por eso no estaría mal considerar el

abandono como un proceso de múltiples recaídas hasta que se consigue la abstinencia completa.

Drogas de consumo:

✓ **Anfetaminas**

Las de mayor uso son: la fentermina, clorfentermina y metanfetaminas, siendo la metanfetamina de gran relevancia porque es parte del grupo MDMA como el éxtasis. Las anfetaminas actúan en múltiples neurotransmisores entre estos tenemos la serotonina, dopamina, adrenalina y noradrenalina. Estas drogas causan dependencia, al consumirse, en una sola dosis causan varios efectos como euforia al producir dopamina en las vías meso cortico límbicas. Mecanismos de acción. Las anfetaminas tienen un mecanismo de acción que involucra a varios neurotransmisores como son la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina. Una vez que el consumo es mayor, la tolerancia surge con las dosis aumentadas o al usar otra vía de administración. Durante esta etapa hay disminución de la dopamina. Aumenta la tolerancia y conlleva a sobredosificación para tener los efectos deseados. Estas duran de 12-48h dejando al sujeto en un periodo de agotamiento que toma días para superar, aquí la dopamina está muy disminuida y hay alteraciones en las neuronas (18).

✓ **Opiáceos**

Los opioides son un tipo de drogas que además de incluir la heroína como droga ilícita también existen los analgésicos como la oxicodona, hidrocodona, codeína, morfina y fentanilo. Los opioides tienen acción en los receptores de opioides en las células nerviosas las cuales tienen como efecto analgésico. Se estima que el 23% de los individuos que usan heroína generan una adicción al opioide (19). La heroína es una droga derivada de la morfina, es usualmente vendida como un polvo blanco o café. Usualmente se inyecta, inhalada o fumada, tiene un efecto casi instantáneo en el cerebro, es altamente adictiva y lleva a cambios en el cerebro que llevan a no poder dejar la droga sin importar cómo hacerse con ella (20).

✓ **Barbitúricos**

Los barbitúricos tienen una larga historia, desde que fueron descubiertos en 1863, durante mucho tiempo fueron las únicas opciones para la ansiedad o la agitación junto con los opioides, se mandaban para insomnio o epilepsia sin embargo están en desuso por las múltiples mejores opciones que tenemos en el mercado y por el hecho de que estos fármacos generaban una dependencia muy fácilmente y los pacientes producen síndromes de abstinencia severos con cefalea, disforia, ansiedad, insomnio y hasta convulsiones. Sin embargo esto no ha evitado que su

uso como drogas recreacionales ya que estos producen un estado de tranquilidad, euforia, optimismo cuando es consumida (21).

✓ **Inhalantes**

Los disolventes volátiles son un grupo de drogas inhaladas, los vapores químicos que producen efectos psicoactivos. Hay varios productos caseros o laborales que no se crearon con ese propósito de intoxicar (como las pinturas pulverizadas, pegamentos, etc) pero por su fácil de obtención se han vuelto una droga de abuso especialmente para jóvenes. Entre estos se encuentran los “poppers” o “reventadores”, pinturas pulverizadas, gas propano, anestésicos como el óxido nitroso, éter entre muchos otros. Por lo general tienen un efecto coto entonces las personas repetidamente lo inhalan para producir un mayor efecto con un mayor riesgo de sobredosis, se puede inhalar por la boca o la nariz o poniéndose en la boca un trapo que se le ha impregnado la droga. Sus efectos son parecidos a los del alcohol, euforia, mareo, alucinaciones y delirios, estos producen una hipoxia y a largo plazo pueden descomponer la mielina que cubre las neuronas produciendo temblores, espasmos, neuropatía periférica, hipoacusia, y problemas para el aprendizaje. Los inhalantes que se abusan pueden producir la muerte a los jóvenes así sea su primera vez usándolo, ya que en altas dosis pueden dar un paro respiratorio (22).

✓ **Cocaína**

La cocaína es un alcaloide cristalino se usa principalmente como una droga recreativa debido a su potente acción estimuladora. Existen varias formas de consumo: oral, nasal, intravenosa y fumada, sin importar el tipo de consumo, este tiene sus consecuencias a nivel mental, entre los principales efectos se encuentra la disociación de la realidad, se produce un aumento en las reacciones hacia la agresividad, un estado de alerta que induce a la sensación de sentirse perseguido, euforia y una actividad psicomotriz agitada. Los principales síntomas físicos se encuentran taquicardia y midriasis, en dosis más elevadas se puede hallar una tensión arterial elevada, acompañada de aumento en la temperatura.

Los efectos comienzan apenas unos segundos después de haberse consumido, pueden llegar a durar entre diez y ochenta minutos. Debido a su efecto en la vía mesolímbica en el cerebro, se clasifica como una droga muy adictiva lo que incrementa el riesgo de hacer dependencia, independiente al tiempo que se haya consumido. Los principales factores de riesgo a los que puede predisponer la cocaína, son los accidentes cerebrovasculares, daño de tipo pulmonar, infarto agudo de miocardio, infecciones de diseminación hematógena e incluso paro cardiorrespiratorio. La cocaína que se encuentra de venta libre es un tipo de mezcla con anestésicos, almidón, azúcar, entre otros; esto puede reflejarse en un aumento en la toxicidad de su consumo. Un consumo frecuente y la sensación de la sustancia va haciendo que aquellos consumidores vayan incrementando su tolerancia, lo que hace que se consuma cada vez más, y el placer producido se va

perdiendo, llevando así a una fuerte fatiga física. Esta droga atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica, lo que conlleva a una pérdida del apetito por su estimulación a nivel del sistema nervioso central, puesto que inhibe la recaptación de dopamina, serotonina y norepinefrina, lo que eleva la concentración de los neurotransmisores mencionados en el encéfalo (23).

✓ **Benzodiazepinas**

Son fármacos que tienen su acción sobre el sistema nervioso central y puede producir diferentes efectos, entre esos están: ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes o relajante muscular. Las benzodiazepinas efectos adversos y tóxicos, los cuales se entrelazan con la posología y duración de tratamiento. Las principales diferencias entre estos fármacos está en su perfil farmacocinético . Normalmente se usa como tratamiento psiquiátrico y se recomienda suspender a las 4 semanas de tratamiento por su capacidad de generar dependencia (24).

✓ **Cannabis**

Cannabis también conocido como marihuana, es una planta del cual actualmente se conocen más de 538 constituyentes (aunque la mayoría de estos no se han caracterizado para actividad biológica), los cannabinoides son el activo principal de la planta siendo el THC (delta-9- tetrahidrocannabinol) la sustancia con más efectos psicoactivos, los cannabinoides actúan en los receptores CB1 y CB2, siendo los CB1 los más prevalentes en diferentes partes del cerebro y es a estos los cuales se les atribuye los principales efectos de la marihuana los cuales son: alteraciones somáticas, sensoriales, afectivas y cognitivas. Tiene importantes efectos tanto psicológicos como fisiológicos dentro de los cuales destacan euforia, hambre, ansiedad, paranoia, taquicardia, náuseas e hipotermia. En las últimas décadas se está buscando su potencial uso en el área de medicina. (25) y es una de las drogas de más alto consumo en el mundo (8).

Recaídas

En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “recaída” se define de la siguiente manera: reincidencia en la bebida o el consumo de otra droga tras un período de abstinencia, con frecuencia acompañada de la reaparición de síntomas de dependencia. Algunos autores distinguen entre recaída y “tropiezo” (“desliz”), este último en el sentido de una ocasión aislada de consumo de alcohol o de drogas (26).

El proceso de recaída tiene distintas definiciones. En definitiva se describe como un proceso que en evolución empieza de forma insidiosa que termina en la reutilización de la droga de consumo e incluso nuevas sustancias, en igual o mayor intensidad

de los usados previos a la rehabilitación. Esto lleva en definitiva a retornar la rehabilitación y el tratamiento propio de las mismas (27).

Se han buscado formas de evitar las recaídas en los pacientes después de la hospitalización y se han logrado hacer diferentes instrumentos como encuestas para tener una idea de la probabilidad de recaída de los pacientes una de esas es la escala AWARE que usaremos para esta investigación como una de las características de los pacientes. Se debe tener en cuenta que, durante el transcurso de este proceso, muchos pacientes entran en métodos de rehabilitación que resultan ser complejos conforme el paciente ha sido capaz de mantenerse en períodos de abstinencia, situación que tiene como finalidad superar el proceso adictivo. Es por eso, que estos pacientes sufren serias dificultades para manejar sus impulsos, su estilo de vida, e inclusive su filosofía de vida con relación al consumo de la sustancia (28). Inclusive antes de entrar en este proceso espiral de recaída, es posible identificar señales a nivel conductual que van generando comportamientos desadaptativos que podrían sabotear el proceso de rehabilitación como lo serían las actitudes negativas, dudas en el proceso de tratamiento, sentirse insatisfecho, exceso de autoconfianza, mantenerse en las creencias de forma rígida, actuar impulsivamente o intentar ponerse a prueba para el control personal (29). Es por eso que la escala AWARE nos permite identificar estas señales, aunque desde su desarrollo se han presentado problemas para poner en práctica esta técnica debido a que la falta de homogeneidad no permite mantener el modelo original de Gorski y Miller (13). Se han intentado durante los años evitar estas complicaciones, con el desarrollo de nuevas escalas que se basen en el modelo original y se pueda conseguir con estas la buena funcionalidad de la técnica (28).

Diagnóstico para la farmacodependencia

Tamizaje

El tamizaje es lo que nos indica que las personas están en riesgo de padecer un trastorno asociado al consumo de sustancias psicoactivas (PSA). Hay marcadores biológicos (como prueba de alcoholemia, saliva y sangre) y de auto reporte (ASSIST, AUDIT, DAST-10, etc...) la ASSIST y AUDIT son encuestas de la OMS que consisten en 8 y 10 preguntas respectivamente dirigidas adultos, la ASSIST evalúa el consumo de riesgo, nocivo y dependencia de drogas (incluyendo inyectables, acorde al puntaje permite determinar el riesgo de la persona y una ruta a seguir, desde no intervención hasta intervención intensiva; mientras que la AUDIT evalúa el consumo problemático y dependencia en alcohol, te da un riesgo acorde a la puntuación y una ruta a seguir acorde al puntaje. Ambas son usadas en atención primaria principalmente (27).

Indicadores de consumo

Hay múltiples indicadores de consumo que la familia puede identificar para una atención pronta, cambios en el estado de ánimo (irritabilidad, indiferencia, depresiones, etc...), cambios de la conducta (disminución de rendimiento escolar o

laboral, problemas de disciplina, deserción escolar, asistencia a lugares de consumo de drogas, etc...), cambios en la presentación personal (apariencia descuidada, disminución de hábitos de higiene, ojos rojos, uso de anteojos oscuros innecesariamente, aliento a alcohol, ojeras, etc...), cambios en los hábitos (cambio ciclo de sueño, sueño más prolongado de lo normal, etc...). cambios en las relaciones interpersonales (cambio de amistades, la evasión de presentar nuevas amistades o hablar de ellas, etc...) y cambios en las relaciones familiares o cercanas (evitar la comunicación, mentiras frecuentes, incumplimiento con tareas, salir sin aviso, robo de dinero, etc...) (27).

DSM-5

Anteriormente, el mal uso de sustancias se decía que era abuso o dependencia, diferenciándose por la gravedad del mismo. En el DSM-5, unificó, abuso y dependencia, así cada tipo de droga tiene sus propios criterios para ser un trastorno por consumo. Antes se demostró que los diagnósticos de dependencia y abuso se confunden al ser similares y dificulta a la hora de diferenciarlos. Además, intoxicación y abstinencia son ahora trastornos separados para la mayoría de las sustancias (30).

Tratamiento de farmacodependencia

“Un tratamiento de rehabilitación puede definirse como el conjunto de estrategias e intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causado por el abuso de drogas, para aumentar y optimizar el desempeño personal y social” (31). En lo anterior podemos evidenciar que el tratamiento de farmacodependencia no se fundamenta en tratar la intoxicación sino en el abordaje multidisciplinario con un enfoque psicológico social y comunitario con el fin de un cambio de conducta para evitar recaídas.

El tratamiento de la farmacodependencia está sustentando en el modelo transteórico del comportamiento en salud (MT), esto permite planear y ejecutar intervenciones a partir de características específicas de la poblaciones o grupos a los que se dirige la acción. “El MT está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio” (32). Los cambios en el comportamiento está dados por 5 variables: etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), procesos de cambios (autoevaluación, catarsis, control de estímulos, liberación social...), balance decisorio (Pros y Contras de cambiar), tentación y autoeficacia. En base a esto podemos resumir las estrategias generales que el MIAS nos brinda (33) :

Recomendaciones generales Tratamiento:

- Personal debe proveer información a los usuarios de consumo acerca de grupos de autoayuda, los cuales tienen 12 principios.

- Si el usuario de drogas muestra interés en estos grupos se debe ayudar a tener un contacto inicial con los mismos.
- Ofrecer intervenciones de duración breve de aproximadamente 45 minutos las cuales buscan como objetivo motivar a que el usuario modifique el comportamiento y mejore el juicio de valor.
- proveer información objetiva y entendible para el usuario consumidor de inhalantes sobre el beneficio de suspender el consumo.
- Durante contacto rutinario con consumidores de drogas intravenosas se debe reducir la exposición a virus por transmisión sanguínea.

Patología Dual

La patología dual se puede definir como “como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones”. Esto algunas veces se puede dar en un intento de ensayo error de parte de la persona con la enfermedad mental tratando de encontrar una automedicación que alivie los síntomas y terminan desarrollando la adicción (34).

Como personal de la salud, se debe tomar siempre en cuenta que el uso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol, incluso simultáneamente pueden provocar eventos psicóticos, exacerbar la manía en el trastorno afectivo bipolar e incluso llevar a depresión. La patología dual no es poco frecuente en los consumidores, los más típicos ejemplos de estos son el trastorno afectivo bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor, estos siendo los más comunes deben diagnosticarse y tener manejo oportuno y rápido. Los trastornos de la personalidad dentro de los cuales podemos encontrar el de personalidad antisocial y límite son muy prevalentes entre la comunidad consumista y estos llevan a un mayor consumo de sustancias de forma excesiva (30).

El tener patología dual se ha demostrado que atribuye al aumento del número de recaídas en los pacientes, la dificultad del mismo de completar los períodos de rehabilitación, logrando así un número incrementado de hospitalizaciones y mayores costos en el futuro.

Se ha demostrado por medio de investigaciones sobre la patología dual, se logró identificar la relación inversamente proporcional entre tener una patología psiquiátrica además de la farmacodependencia y los niveles de estrés mental, dando así un mal pronóstico para la farmacodependencia en sí, al llevar así a mayor consumo (35).

Legislación

El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad tanto mundial como nacional, y es en este punto donde radica la importancia de que este tema tome mayor fuerza en la agenda política de cada estado. En el caso de Colombia, dado que la problemática impacta la realidad en todos los grupos sociales de la población, las políticas públicas han comenzado ser parte de una forma más activa, estructural e integral el impacto que trae el consumo de sustancias psicoactivas a la sociedad.

En el pasado, las políticas se basaban en el control de la oferta de las drogas, lo que favorecía más que todo la criminalización del consumidor, y que al final de cuentas no lograba respuestas efectivas ni disminución de los daños asociados a este fenómeno (36).

Para el año 2012 y teniendo en cuenta los antecedentes del problema, se creó mediante el Congreso de la República la Ley 1566 de 2012, por medio de la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen SPA y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”. En pocas palabras, dicha ley tiene como objeto la protección y garantía de los derechos de los consumidores de SPA para acceder a los beneficios del sistema de salud colombiano, recibir una atención integral y lograr mejores condiciones para una vida digna. También debe tenerse en cuenta que aporta mecanismos de intervención para que mediante estos los profesionales encargados de la reducción del consumo tenga una herramienta que les sirve como materialización del derecho a la salud de esta población. Además, busca que todos los niveles involucrados en la atención, ya sean organizaciones, colectivos o la comunidad en general, sean participantes de la disminución en las tasas de consumo de SPA (36).

Los puntos clave que se deben tener en cuenta según la ley 1566 de 2012 son los siguientes (36):

- La reducción del consumo de SPA se busca acorde al marco de acción internacional en materia de derechos humanos y la nueva evidencia que se encuentre para tratar el flagelo.
- Al hacer el enfoque desde un punto de salud pública deben superarse los conceptos tradicionales policivo y de la política criminal. Además, se insta a fortalecer el diseño y la ejecución de la política de drogas en el plano de la salud comprometiendo a otras entidades del estado en la búsqueda de soluciones integrales.
- Inclusive las personas que consumen SPA tienen derecho a la salud física y mental, y un enfoque de atención primaria en salud

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, la ley también toma puntos importantes que se deben tener en cuenta:

- Esta ley es para todos, por lo cual, se puede utilizar para la defensa de los derechos de toda persona consumidora de SPA o que presente trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas.
- La ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para aquellas personas que consuman sustancias psicoactivas, claro está todo esto con un fin preventivo y rehabilitador. Para el sometimiento a dichas medidas se requiere del consentimiento informado por parte del adicto.
- Se le brindará atención especial al enfermo dependiente o adicto además a sus familiares para contribuir a prevenir comportamientos que afecten de forma individual, familiar y social. También se brindarán

campañas en busca de prevención de consumo y en favor de recuperación de la enfermedad.

El estado como parte importante del desarrollo de estas políticas públicas integrales para el tratamiento de personas en adicción también tiene obligaciones, las cuales están divididas dependiendo del ente estatal:

- El Ministerio de Salud y Protección Social que deberá hacer seguimiento, reglamentación y evaluación del impacto de la política pública de Salud Mental y la Política de la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.
- Las administradoras de riesgos laborales, las cuales deben implementar el proyecto institucional de prevención del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas, claro está dentro del ámbito laboral.
- El SENA, el cual debe diseñar, promover y ejecutar programas de formación técnica y tecnológica para esta clase de personas consumidoras de drogas.
- Las EPS y las IPS, para la prestación de servicios de salud.
- Superintendencia Nacional de Salud, la cual debe encargarse de vigilar que las entidades anteriormente descritas cumplan las obligaciones según la ley.

La ley 1566 también aboga por que toda persona tenga derecho a ser atendida en forma integral, donde se tenga en cuenta para su tratamiento los siguientes aspectos:

- Servicios amigables para adolescentes y jóvenes.
- Unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad.
- Centros y servicios de atención comunitaria.
- Equipos básicos de atención primaria en salud.

Para la atención de estos pacientes, debe tenerse en cuenta el principio de progresividad expuesto por la ley, por el cual “la atención integral debe darse de manera progresiva dando prioridad a los menores de edad y a poblaciones que presentan mayor grado de vulnerabilidad” (36). Es de importancia mencionar lo relacionado con el Plan de Beneficios en Salud (PBS), antes conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), en donde se establecen los lineamientos para la atención de los trastornos mentales que incluyen los relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas y la salud mental. Se anota lo siguiente (36):

- El PBS cubre la atención ambulatoria con psicoterapia, independiente de la fase de la enfermedad. Se permiten hasta treinta 30 sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario. Además de treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año.
- El PBS incluye la atención de urgencias del paciente con trastorno mental, en el servicio de urgencias y en observación. Esta atención cubre

las primeras 24 horas, en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad.

- Internación en habitación compartida, salvo que por criterio médico se indique aislamiento.
- No existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante, esto teniendo en cuenta la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el PBS.
- Internación en unidad de cuidados intensivos o intermedios según criterio médico.
- En caso que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción médica, se cubre la internación de pacientes con trastornos mentales hasta por 90 días al año, de acuerdo a la prescripción médica y las necesidades del paciente.
- La internación total o parcial (hospital día) se cubre hasta por 180 días al año.

La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y psicología. Se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario independiente de la fase de la enfermedad.

- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja por psiquiatría y psicología se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario independiente de la fase de la enfermedad.

4. Aspectos metodológicos

4.1 Tipo de Estudio

Observacional descriptivo transversal por ser un estudio donde se revisó las variables sociodemográficas y clínicas del paciente, esto se realizó sin tener ninguna intervención clínica con el paciente en un punto del tiempo de una única vez.

4.2 Población de estudio:

Población Diana

Pacientes hospitalizados en el contexto de farmacodependencia en la ciudad de Barranquilla.

Población Accesible

Pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario CARI en el contexto de farmacodependencia.

Población Elegible

Pacientes mayores de 18 años farmacodependientes hospitalizados en el Hospital Universitario CARI, se excluyen pacientes que no sean adictos a SPA como: Anfetaminas, opiáceos, cocaína, inhalantes, cocaína, alucinógenos, cannabis y benzodiacepinas con un total de 21 pacientes al final del estudio.

4.3 Criterios de inclusión

Mayores de edad, que consintieron participar en el estudio, que no presentaron alteraciones del estado de conciencia que les afecte la capacidad de responder, que presentaron consumo de SPA como: anfetaminas, opiáceos, inhalantes, cannabis, cocaína, alucinógenos, y benzodiacepinas.

4.4 Criterios de exclusión

Que tengan un deterioro cognitivo marcado que altere la respuesta, otras adicciones que no incluyan el consumo de SPA como: el juego, el alcohol, los videojuegos, entre otros. Menores de edad. Los cuales fueron determinados en la realización de la encuesta.

4.5 Variables

- **Características sociodemográficas:** Edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, estado laboral, afiliación al sistema de salud y tipo de régimen, Tipo de familia.
- **Antecedentes de consumo:** Consumo en el núcleo familiar (Sí, no), persona específica que consuma en el núcleo familiar, satisfacción con el apoyo familiar. Edad de inicio de consumo, droga inicial de consumo, droga de consumo actual: Inhalantes, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, cannabis, opiáceos, benzodiacepinas, barbitúricos. Cuantas drogas consume actualmente. Cuando fue su último consumo (menos de dos meses, más de dos meses)

Características Clínicas

- Psiquiátricas: Desórdenes de conducta, desorden de pánico, desorden obsesivo-compulsivo, desorden de estrés postraumático, desorden de ansiedad generalizada, esquizofrenia..
- Hospitalizaciones anteriores por farmacodependencia
- Puntaje AWARE

Se anexa la Operacionalización de las variables (Anexos B)

4.6 Aspectos éticos

El día 31 de enero del 2018 el Comité de Ética de la Universidad del Norte dio su aval para la ejecución de este proyecto por medio del acta #184. Tomando en cuenta los aspectos vistos en la resolución No 008430 DE 1993 (37), para este estudio se consideró de riesgo mínimo, teniendo en cuenta que se trabajó con pacientes con patologías mentales y la temática es sensible. A nivel de disposiciones generales, los Artículos 1, 2 y 3, explican que existen las normas científicas que tienen como función establecer las exigencias para el desarrollo de la investigación en salud y que las instituciones que vayan a hacer investigación en personas, deben contar con un Comité de Ética en Investigación, cuya función sería resolver las cuestiones relacionadas con el tema. El artículo 5, aclara que en toda investigación en la que sea sujeto de estudio una persona, debe siempre ser más importante el criterio del respeto a la dignidad y también el de proteger sus derechos, esto va de la mano con el artículo 8, se debe proteger la privacidad identificando a la persona únicamente si los resultados lo requieran y éste lo autorice; lo que no es el caso ya que en ningún punto de este trabajo se requirió revelar la información de ninguno de los participantes. El artículo 11, define el nivel de riesgo para cada estudio, en este caso aplica el que clasifica como *riesgo mínimo*, que se refiere a estudios que usan métodos de investigación de carácter documental retrospectivos, ósea esos estudios en los cuales no se realiza ningún tipo de modificación, ni intervención de las variables de tipo psicosociales, fisiológicas o biológicas de los seres humanos que hacen parte del estudio. En cuanto a un consentimiento informado, el Parágrafo Primero, del artículo 16, dice que para el caso de investigaciones que se hayan clasificado como *riesgo mínimo*, el Comité de Ética en Investigación que se haya establecido por parte de la institución que lleve la investigación, con motivos justificados, puede autorizar que el Consentimiento Informado se pueda obtener sin formularse por escrito. Para el caso de las investigaciones clasificadas como *riesgo mínimo*, como vendría siendo este trabajo, el Comité de Ética en Investigación de la institución que lleve la investigación, puede dispensar al investigador de la obtención del consentimiento informado, sin embargo estas investigaciones con riesgo mínimo son estudios de tipo prospectivo que hacen el registro de los datos haciendo uso de procedimientos de tipo común: exámenes psicológicos de diagnóstico o físicos; la cuestión es que son tratamientos de rutina, en los cuales no se le inflige ningún daño, siendo únicamente una entrevista, por lo que el único riesgo posible es que la situación y las memorias actúan como gatillo.

La toma de datos se realizó a partir de una fuente mixta, la fuente primaria fueron los pacientes con historia de fármaco dependencia, y la fuente secundaria fueron las historias clínicas de los pacientes mencionados. Los investigadores realizaron la toma de datos; quienes de forma previa a la recolección, hicieron una prueba denominada piloto, en la que se evaluó los instrumentos con el propósito de poder definir el tiempo de su aplicación, las modificaciones o ajustes que se encontraron

pertinentes después de realizada la prueba piloto y por esto mismo, su validez.

Se respetó la información recolectada y su respectiva confidencialidad, pues no se solicitó el nombre de los pacientes entrevistados en este estudio. Dado que únicamente recolectamos la información con fines científicos, que son beneficiosos a futuras investigaciones en el mismo tema, y por razones de que fue una investigación de riesgo mínimo los participantes firmaron un sencillo consentimiento que se encuentra en Anexos E.

4.7 Plan de presentación

Es un estudio descriptivo con una fuente primaria tipo encuesta por lo que manejamos principalmente variables cualitativas y cuantitativas. Se usó Excel para organizar la información recolectada. La forma en que presentamos la información fue basado en el tipo de variable: cualitativa (barras simples, pastel) o cuantitativa organizado en tablas. También presentamos la información de datos cruzados entre algunas variables tanto sociodemográficas como de antecedentes de consumo y probabilidad de recaída en los próximos dos meses acorde a escala AWARE.

4.8 Plan de análisis

Al determinar las características de los pacientes farmacodependientes en el Hospital Cari Mental, se buscó dejar una base para futuras investigaciones en este campo que sirva para la promoción y prevención de las personas que sufren o sean propensas a la recurrencia de farmacodependencia. Por tal motivo las variables que tabulamos fueron de 3 tipos: sociodemográficas, clínicas, y antecedentes de consumo. En las características sociodemográficas encontramos variables como: como lo son la edad, sexo, estrato económico, estado civil, estado laboral y el nivel educativo, las cuales nos ayudan a perfilar al paciente en su entorno social. Asimismo de carácter imperioso tener en cuenta las variables ambientales (antecedentes de consumo) que puedan favorecer o no a una farmacodependencia, como lo son su facilidad de acceso, su entorno familiar (si es consumidor o no), y al comparar esto con sus características sociodemográficas se pudo establecer una relación en cuanto al estrato, edad, escolaridad con estos factores ambientales para identificar una posible población en riesgo. La droga de inicio de consumo es importante pero fue de vital importancia tabulación de cuantas drogas que consume el paciente actualmente y cuales son las más frecuente, ya que independientemente de cuál haya sido el inicio no es la principal razón de recaídas.

Se hizo un análisis estadístico de los datos obtenidos de los pacientes y sus historias clínicas por medio del programa EPIC 7.2 en un procesador INTEL CORE i5, organizándose según estas variables mencionadas, a través de medidas de usamos gráficos pastel, barras simples, y barras superpuestas. Tomando en cuenta que a estos pacientes no se les va a realizar ningún tipo de intervención, ya que

este es un estudio enteramente descriptivo, sin embargo es necesario que se entiendan las implicaciones de este estudio de observación.

5. Resultados

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas y los antecedentes de consumo de pacientes farmacodependientes en estancia hospitalaria que se encontraban internados en rehabilitación en el Hospital Universitario CARI mental de la ciudad de Barranquilla en el periodo de Abril 2019, a continuación se describen los principales hallazgos en este estudio. En total se analizaron 21 pacientes de edades comprendidas entre los 18-50 años, el mayor porcentaje de pacientes fueron hombres con un 90,5% y de todos los pacientes la mayoría están entre 18-30 años con un 61,9%, donde le siguen los de 31-40 años y 41-50 años con 28,6% y 9,5% respectivamente. En nivel educativo vimos a pacientes en diferentes grupos pero la mayoría se encontraban en bachillerato incompleto, primaria incompleta y bachillerato completo con un 33,3%, 28,6% y 23,8% respectivamente. El estrato socioeconómico se distribuyó entre 0-1 con un 52,4% y en estratos 2-3 con un 47,6%. En estado Civil fue primordialmente Soltero con 76,2% y lo demás se distribuyó entre Casado, soltero, viudo y unión Libre. Todos los pacientes estaban afiliados a un sistema de salud Subsidiado y el estado laboral se distribuyó principalmente entre desempleados con un 52,8% y empleados con un 42,9% siendo solo un 4,8% estudiantes. Con respecto a tipos de familia vemos unos valores más repartidos siendo el mayor el de familias nucleares con 38,1% seguido de familia ampliada con un 23,8% y extensa con un 19%.

Con respecto a las variables de antecedentes de consumo vemos un 95,2% de facilidad de obtener las sustancias en los pacientes y aunque un 85,7% de los pacientes sienten un adecuado apoyo familiar 52,4% tienen algún familiar que consume. De todos los pacientes un 62,3% empezaron a consumir antes de los 16 años teniendo de estos un 9,5% un inicio antes de los 10 años. La droga con la que empezaron los pacientes un 85,7% empezó el consumo con Cannabis; 9,5% con cocaína y un 4,8% con alucinógenos. Con respecto a la asociación de un diagnóstico psiquiátrico observamos que un 66,7% no la tenían y un 33,3% estaba distribuida en varios diagnósticos.

Tabla 1: Características sociodemográficas de pacientes farmacodependientes en estancia hospitalaria que son atendidos en el Hospital Universitario CARI mental de la ciudad de Barranquilla durante el periodo Abril 2019-Mayo 2019

n=21(%)	
Variables sociodemográficas	n(%)
Sexo	
Mujer	2(9,5)
Hombre	19(90,5)
Edad	
18-30	13(61,9)
31-40	6(28,6)
41-50	2(9,5)
Mayor de 50	0(0)
Nivel Educativo	
Bachillerato completo	5(23,8)
Bachillerato incompleto	7(33,3)
Primaria completa	2(9,5)
Primaria incompleta	6(28,6)
Tecnico	1(4,8)
Estrato Socioeconómico	
0-1	11(52,4)
2-3	10(47,6)
4-5	0(0)
Estado Civil	
Soltero	16(76,2)
Casado	1(4,8)
Divorciado	1(4,8)
Viudo	1(4,8)
Unión Libre	2(9,5)
Afiliación al sistema de salud	
Subsidiado	21(100)
Contributivo	0(0)

No sabe	0(0)
Estado Laboral	
Desempleado	11(52,8)
Estudiante	1(4,8)
Empleado	9(42,9)
Tipo de Familia	
Nuclear	8(38,1)
Extensa	4(19)
Ampliada	5(23,8)
Monoparental	1(4,8)
Unipersonal	3(14,3)

Fuente: Datos recolectados por el equipo de investigadores

Con respecto a los antecedentes de consumo tenemos que el número de drogas que consumen los pacientes fue distribuida equivalentemente entre 1, 2 y 3 o más drogas con 33,3% cada uno. Las drogas de más consumo entre los pacientes son el cannabis con un 81% de uso, seguido de 61,9% pacientes con el uso de cocaína y 33,3% usaban benzodiazepinas. Vemos que un 71,4% de la población habían sido hospitalizados antes y con respecto a la probabilidad de recaída en los próximos dos meses el mayor porcentaje estaba en 37% y 62% cada uno con un 33% de los pacientes en esos dos valores, observamos 14,3% tienen una probabilidad de 72% y tanto el 21% como 25% de probabilidad de recaída tenían el mismo porcentaje de pacientes con un 9,5%.

Tabla 2: Características de antecedentes de consumo de pacientes farmacodependientes en estancia hospitalaria que son atendidos en el Hospital Universitario CARI mental de la ciudad de Barranquilla durante el periodo Abril 2019-Mayo 2019	
n=21(%)	
Antecedentes de consumo	
Facilidad Para Obtener la droga	
Si	20(95,2)
No	1(4,8)
Alguien de su núcleo familiar consume	
Hermanos	6(28,6)
Ninguno	10(47,6)
Padre	1(4,8)

Primos	2(9,5)
Sobrino	1(4,8)
Tíos	1(4,8)
Está satisfecho con el apoyo familiar	
Si	18(85,7)
No	3(14,3)
Edad de inicio de Consumo	
Menos de 10 años	2(9,5)
10-15	11(52,4)
16-20	6(28,6)
21-30	2(9,5)
Con cual droga inició el consumo	
Alucinógenos	1(4,8)
Cannabis	18(85,7)
Cocaína	2(9,5)
Diagnóstico psiquiátrico asociado	
Ansiedad	2(9,5)
Depresión	2(9,5)
Esquizofrenia	2(9,5)
Ninguno	14(66,7)
TAB	1(4,8)
Cuántas drogas consume	
Dos	7(33,3)
Tres o más	7(33,3)
Una	7(33,3)
Cuales droga consume	
Anfetaminas	6(28,6)
Opiáceos	1(4,8)
Barbitúricos	2(9,5)
Inhalantes	5(23,8)
Cocaína	13(61,9)
Alucinógenos	2(9,5)
Benzodiacepinas	7(33,3)

Cannabis	17(81)
Ha tenido hospitalizaciones por farmacodependencia previas	
Si	15(71,4)
No	6(28,6)
Probabilidad de Recaída acorde a escala AWARE	
21%	2(9,5)
25%	2(9,5)
37%	7(33,3)
62%	7(33,3)
72%	3(14,3)

Fuente: Datos recolectados por el equipo de investigadores

De las variables cruzadas no se encontró significancia estadística ni en las sociodemográficas ni en la de antecedentes clínicos, esto probablemente se debió al número total de pacientes que se entrevistaron (n=21).

Tabla 3: Cruce de variables tanto sociodemográficas como de antecedentes de consumo con probabilidad de recaída mayor 50% y menor al 50%		
Variables	OR	Valor de p
Sociodemográficas		
Estado Civil	2.5(0.19-32.8)	0.928
Tipos de familia (Acompañados vs Unipersonal)	0.40 (0.03-5.25)	0.928
Nivel educativo (Bachillerato completo vs No completados)	0.44 (0.06-3.16)	0.73
Antecedentes de consumo		
Edad de inicio de consumo (Menor de 16 años y Mayor a 15 años)	1.94 (0.32-11.76)	0.78
Familiar consumidor (Familiar que consume vs Consumidor único)	0.38 (0.06-2.22)	0.518
Cuántas drogas consume (Menos de 2 vs 3 o más)	0.375 (0.06-2.3)	0.53
Hospitalizaciones Previas (Si vs No)	0.875 (0.13-5.82)	1
Diagnóstico Psiquiátrico asociado (Diagnóstico vs sin diagnóstico)	1.78 (0.28-11.1)	0.88

Fuente: Datos recolectados por el equipo de investigadores

6. Discusiones

Dentro de los hallazgos que destacan con respecto a la frecuencia tenemos que habían principalmente hombres hospitalizados en un número muy por encima que en el sexo femenino, esto aunque no en la misma proporción concuerda con el reporte del 2013 de la UNODC (8) donde el consumo de sustancias ilícitas en Colombia es hasta 3 veces más en hombres que en mujeres. También encontramos una concordancia entre el rango de edad de los pacientes entrevistados y el reporte del 2013 donde aquí el mayor porcentaje de consumidores se encuentre entre los 18-30 años (8) con respecto al estrato socioeconómico observamos que principalmente tenemos a personas de estrato 0-1 y 2-3, el reporte en Colombia nos dice que la mayor prevalencia está en el estrato 3, sin embargo la diferencia entre estrato 3 y otros estratos no es significativa estadísticamente, otra diferencia entre los estratos fue que en el Hospital Universitario CARI entre los pacientes entrevistados no había pacientes de mayor estrato y esto puede deberse a la población que atiende el CARI, en la literatura también encontramos que puede que haya un mayor consumo en marihuana en los estratos socioeconómicos mayores (38) pero la diferencia no es mucha. También observamos que gran parte de los participantes no habían terminado su estudio pregrado y solo uno de ellos había realizado un técnico después del bachillerato, en Estados Unidos se encontró que personas que salgan del colegio tienen una probabilidad mucho más alta de consumir sustancias ilícitas (39). En este estudio observamos que la mayoría de pacientes estaban desempleados y los empleados refieren empleos informales como ventas ambulantes, en la literatura se ha asociado el desempleo con trastornos psiquiátricos dentro de los incluidos abuso de sustancias, pero se ha relacionado más fuertemente con el abuso de alcohol y cigarrillo que con otras sustancias ilícitas (40). Los tipos de familia tuvieron una distribución sin un patrón particular, observamos que muchos viven con familias ampliada, nucleares o extensa, por lo que puede relacionarse con el alto porcentaje de pacientes desempleados o empleados informalmente y por una falta de un sustento para proveer por ellos mismos.

En antecedentes de consumo observamos varias variables como el hecho que 85.7% de los pacientes sienten adecuado apoyo familiar sin embargo 52,4% tienen familiares que consumen lo que puede ser indicativo de un factor de riesgo de volver a recaer como es en sí mismo un factor de riesgo para empezar el consumo (41). La edad de inicio de consumo es importante especialmente en drogas como los inhalantes que se han relacionado con neurodegeneración (42), en estos casos observamos que la droga de inicio es principalmente la marihuana, que empezó predominantemente entre los 10-15 años tanto el inicio temprano como el número de drogas que se está consumiendo son factores para una recaída (41). Las drogas de más consumo entre los pacientes están el cannabis y la cocaína muy por encima a los otros grupos de drogas, en Estados Unidos está el cannabis y la venta de antipsicóticos sin prescripción como las drogas más usadas (39) la cocaína ocupa un lugar importante dentro de la farmacodependencia también. La probabilidad de

recaída acorde a la escala AWARE son difíciles de caracterizar y de analizar, con respecto a la probabilidad de recaída tenemos aproximadamente la mitad de los pacientes por debajo de 50% de probabilidad de recaída y otro 50% por encima. Con respecto a cómo se relacionan las otras variables tabuladas y la probabilidad de recaer por encima y por debajo del 50% encontramos que no hubo significancia estadística, esto se debe probablemente a la poca cantidad total de pacientes que se pudieron entrevistar en el estudio, también puede deberse a que fue el primer y único contacto con los pacientes donde no se tenía un conocimiento claro de la personalidad y proceso de los pacientes por lo que puede haber un sesgo de información.

Con respecto a la caracterización de los pacientes aún con el poco número de pacientes se pueden ver muchas similitudes con lo que está descrito en la literatura con algunas excepciones que se les puede atribuir al número de pacientes entrevistados y el hecho de que hay variables (como los tipos de familia) que no están muy bien determinados en la literatura, el proyecto trae a conocer la escala AWARE 22 (43), una escala que no se ha usado en Colombia hasta ahora que determina la probabilidad de recaída de pacientes en los próximos 2 meses, una herramienta que puede usarse para evaluar antes de dar egreso a los pacientes farmacodependientes para poder evaluar de una manera más objetiva si van a recaer o no dentro de los próximos dos meses, una herramienta que también puede usarse para seguimiento en los pacientes que continúen regularmente con los médicos tratantes.

7. Conclusión

En resumen evidenciamos que la mayoría de los pacientes farmacodependientes son de sexo masculino, donde la edad de inicio de consumo fue mayormente en adolescentes (10-15 años), con nivel educativo de bachillerato incompleto, y en gran mayoría de estrato socioeconómico bajo, con facilidad de acceso. Por lo que podemos concluir que la droga es un problema estructural, requiere que diversos sectores se comprometan. Los principales factores de riesgo para recaídas que encontramos fueron: la facilidad de acceso a la droga, no tener un nivel educativo alto, no posibilidades laborales sólidas, el policonsumo, por lo cual es necesario mejorar la promoción y prevención en el contexto social, esto se puede hacer desde un enfoque multidisciplinario, como por ejemplo: implementación de escuelas de deportes (fútbol, béisbol, volleyball...) en los parques, clases grupales los fines de semana, lo cual ayudaría lo primero a formar una disciplina en los niños así como la integración del barrio, lo segundo más que todo para la integración familiar, que llevaría a su vez una vigilancia activa de las amistades y ambientes donde el niño se está desarrollando. Otro punto importante que podemos concluir de este estudio es la utilidad de la escala AWARE, en este estudio los pacientes tenían una probabilidad de recaída mayormente entre el 33-63% , si integramos la escala AWARE al seguimiento de los pacientes en esta condición fuera muy beneficioso ya que así se podría intervenir antes de que una recaída ocurra, ahorrando considerablemente en hospitalización a nuestro sistema de salud.

8. Bibliografía

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.2 en línea]. Acceso en [18/05/2019]. Disponible en: <<https://dle.rae.es>>
2. Ministerio de la Protección Social. Prevención del Consumo de Sustancia Psicoactivas desde el ámbito laboral. Vol. 1, PhD Proposal. 2007. 107 p.
3. Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*. 2009;1–26.
4. Centre D' Assitència Tèrapeutica Barcelona. ¿Cómo afecta la mezcla de drogas o policonsumo a la salud? [Internet]. Acceso en [18/05/2019]. Disponible en: <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/como-afecta-la-mezcla-de-drogas-o-policonsumo-a-la-salud>
5. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. ¿Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible? [Internet]. Acceso en [18/05/2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
6. Grau-lópez L. Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. 2014
7. Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*. 2009;1–26
8. UNODC. INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS. 2016.
9. Organización de los Estados Americanos. Drogas y Salud Pública. El Problema de las Drogas en las Américas Estudio. 2013;79.
10. Gomez, Alfonso M de J y derecho, Ruiz Gomez F, Bo Mathiasen R de la O de las NU contra la droga y el D. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia 2013. Minist Justicia y del Derecho - Obs Droga Colomb y el Minist Salud y Protección Soc. 2013;9:175.
11. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias psicoactivas-resumen*. 2005;236–58.
12. National Drug Intelligence Center. National Drug Threat Assessment 2011. Natl Drug Intell Cent [Internet]. 2011;1–72. Available from: <http://www.justice.gov/ndic/pubs38/38661/>
13. Gorski BT. The AWARE Questionnaire: For Monitoring Relapse Warning Signs | Terry Gorski's Blog. 1996; Available from: <https://terrygorski.com/2014/01/08/the-aware-questionnaire-for-monitoring-relapse-warning-signs/>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancia Psicoactivas, 2014-2021. 2014;33. Available from: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/OD1012014-plan-nacional-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>

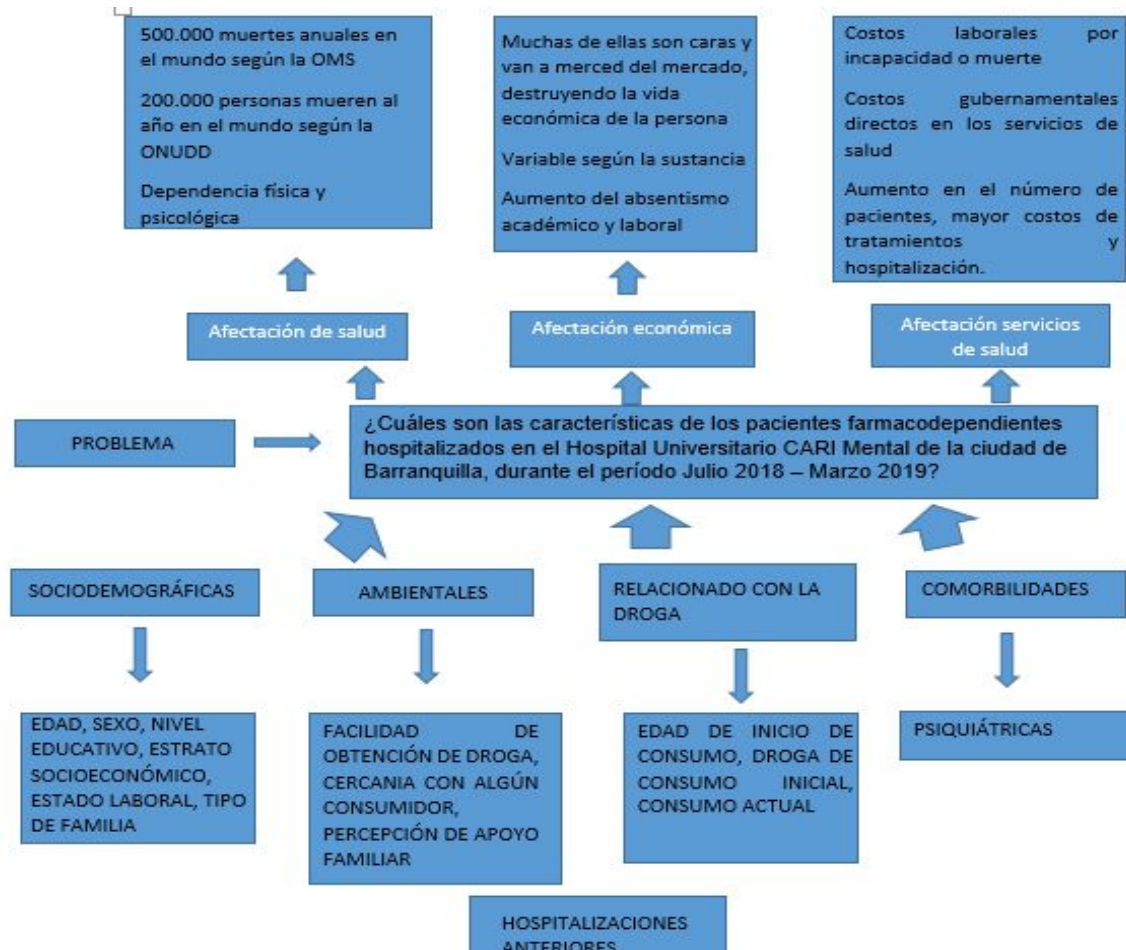
15. Ministerio de la Protección Social. Prevención del Consumo de Sustancia Psicoactivas desde el ámbito laboral. Vol. 1, PhD Proposal. 2007. 107 p.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. 509 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_OH.pdf
17. Iglesias EB. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2002. 477 p. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93972_ES_Bases Científicas Para La Prevencion De Las Drogodependencias - 2002.pdf
18. Robledo P. Las anfetaminas. *Trastor Adict*. 2008;10(3):166–74.
19. NIDA. NIDA Drug Facts. NIDA Drug Facts. 2013;(April):1–3.
20. American Society of Addiction Medicine. Opioid Addiction 2016 Facts and Figures. ASMA-Opiod Addict 2016 Facts Fig [Internet]. 2016;(2014):10–2. Available from: <http://www.asam.org/docs/default-source/advocacy/opioid-addiction-disease-facts-figures.pdf%5Cr%5Cr>
21. Sanz OD. Barbitúricos. 2005;1–3. Available from: http://cepcordoba.org/prevencionConsumoDrogas/documentos/anexo1/13_barbituricos.pdf
22. National Institute on Drug Abuse. Los inhalantes. 2012;4. Available from: www.drugabuse.gov
23. Pomara C, Cassano T, D'Errico S, Bello S, Romano AD, Riezzo I, et al. Data Available on the Extent of Cocaine Use and Dependence: Biochemistry, Pharmacologic Effects and Global Burden of Disease of Cocaine Abusers. *Curr Med Chem* [Internet]. 2012;19(33):5647–57. Available from: <http://www.eurekaselect.com/openurl/content.php?genre=article&doi=10.2174/092986712803988811>
24. Dom V, Cl A, Ormaechea G, Cl P, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción Rational use of benzodiazepines: towards a better prescription. 2016;14–24.
25. Hazekamp A, Fishedick JT, Lubbe A, Ruhaak RL. 3 . 24 Chemistry of Cannabis. 2010;
26. De A, Tratamiento D:, Rehabilitación—guía Y, De Planificación P, Aplicación Y. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación [Internet]. Vol. 32, Naciones Unidas. 2002. 1-125 p. Available from: http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf%5Cnhttp://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/detail.jsp?action=details&ndid=68
27. Martínez BR. Consumo De Alcohol Y Sustancias: Un Tratamiento Mindfulness Alcohol and Substance Abuse Relapse: an Alternative Treatment From the Perspective of.
28. Copez-lonzoy A. Interacciones. *Interacciones, Rev Av en Psicol*. 2017

29. M. Miller P. Evidence-Based Addiction Treatment. 2009
30. Black DW, Andreasen NC. Texto Introductorio de Psiquiatría. Primera Ed. Morales Saavedra JL, Torres Rodríguez VB, editors. México, D.F; 2014. 774 p.
31. Hernández DC. Treatment of Addiction in Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2010;39:153s–170s.
32. Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Publ en la Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2000;18(2):129–38. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
33. Modelo de Atención Integral Para Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Minist Salud y Protección Soc. 2016
34. Espa LS. Situación actual de la patología dual Definición Uso-abuso-dependencia.
35. Juan Francisco GF, David Andrés RS. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2009;38(1):143–76. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7450200900100011&lang=es
36. Ministerio de salud. Consumo De Sustancia Psicoactivas: Un Asunto De Salud Pública. 2013
37. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Minist Salud y Protección Soc República Colombia. 1993;1993(Octubre 4):1–19.
38. Patrick ME, Ph D, Wightman P, Ph D, Schoeni RF, Ph D, et al. Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults : A Comparison Across Constructs and Drugs. 2012;(September):772–82.
39. Report S. SUBSTANCE USE AMONG 12TH GRADE AGED YOUTHS , BY DROPOUT STATUS. 2017;
40. Olivia J, Hill KG, Hartigan LA, Boden JM, Guttmanova K, Kosterman R, et al. Social Science & Medicine Unemployment and substance use problems among young adults : Does childhood low socioeconomic status exacerbate the effect ? Soc Sci Med [Internet]. 2015;143:36–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.016>
41. Hawkins D, Catalano RF, Miller JY. Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood : Implications for Substance Abuse Prevention. Psychol Bull. 1992;112(1).
42. Marín-navarrete R, Toledo-fernández A, Villalobos-gallegos L, Pérez-lópez A, Medina-mora ME. Neuropsychiatric characterization of individuals with inhalant use disorder and polysubstance use according to latent profiles of executive functioning. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2019;190(June 2018):104–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.005>
43. Copez-lonzoy A. Interacciones. Interacciones, Rev Av en Psicol. 2017;

9. ANEXOS:

Anexos:

Anexo A: Mapa conceptual del Problema



Anexo B: Operacionalización de variables

Variable	Definición operativa	Naturaleza	Categoría	Nivel de Medición
Sexo	Define el sexo del paciente según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Define la edad el paciente según la respuesta de la encuesta.	Cuantitativa	Razón	18-30 31-40 41-50 Más de 60.
Nivel Educativo	Nivel de estudios cursados hasta el momento según la respuesta de la encuesta..	Cualitativa	Ordinal	Primaria Incompleta Primaria completa Bachiller incompleto Bachiller Completo Técnico Universidad
Estrato Socio-económico	Estrato en el que vive actualmente el paciente según la respuesta de la encuesta.	Cuantitativa	Razón	0 1 2 3 4 5 6
Estado Civil	Es el estado civil actual del paciente según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Estado Laboral	Define el estado actual laboral de paciente según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Estudiante Empleado Desempleado

Afiliación al sistema de salud	Define la afiliación actual que presenta el entrevistado al sistema de salud según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Si No
Tipo de régimen de salud	Define el tipo de régimen al que se encuentra afiliado al entrevistado al sistema de salud según la respuesta de la encuesta.	cualitativa	Nominal	Contributivo Subsidiado Especial Excepción Vinculado Otros
Tipo de Familia	Estructura o Tipología familiar según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Nuclear Ampliada Extensa Reconstruida Monoparental Unipersonal unidad doméstica
Facilidad de Obtención de Droga	Indaga acerca de la concepción personal de facilidad de obtención de droga según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Sí No A veces
Consumo dentro del núcleo familiar	Indaga acerca del consumo en la red familiar según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Sí No
Quien consume en el núcleo familiar	Especifica la persona del núcleo familiar que consume drogas según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Padre Madre Hermanos Abuelos Tíos Primos
Satisfacción con el apoyo familiar que recibe	Percepción personal acerca del grado de apoyo familiar que recibe.	Cualitativa	Nominal	Sí No

Edad de inicio del consumo	Edad en la cual se inició el consumo según la respuesta de la encuesta.	Cuantitativa	Nominal	Menos de 10 años 10 a 15 años 16 a 20 años 21 a 30 años más de 30 años
Droga de Inicio de Consumo	Indagar la droga con la que se inició el consumo según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Anfetaminas Cocaína Alucinógenos Cannabis Opiáceos Inhalantes Benzodiazepinas Barbitúricos
Diagnóstico psiquiátricos confirmados asociados	Diagnósticos psiquiátricos adicionales de la farmacodependencia según la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Depresión Ansiedad TOC TAB TDHA Esquizofrenia Otros Ninguno
Número de drogas consumidas	Cantidad de drogas que actualmente consume el paciente según la respuesta de la encuesta.	Cuantitativa	Ordinal	1 2 3 o más.
Drogas adicionales consumidas	Drogas adicionales de la droga principal de consumo según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Cannabis Anfetaminas Opiáceos Barbitúricos Disolventes Volátiles Cocaína Alucinógenos Benzodiazepinas
Hospitalizaciones previas	Haber estado internado por un periodo mínimo de	Cualitativa	Nominal	Sí No

	3 meses según la respuesta de la encuesta.			
Consumo de sustancias	Haber consumido alguna droga según la respuesta de la encuesta.	Cualitativa	Ordinal	menos de 2 meses más de 2 meses.
Puntuación Escala AWARE	Puntaje de Riesgo de recaídas en adicciones según la respuesta de la encuesta.	Cuantitativa	Razón	28-55 56-69 70-83 84-97 98-111 112-125 126-168 169-196

Anexo C: Permiso Institucional

Barranquilla. Febrero 2019.

Señores

Hospital Universitario CARI mental

Nos presentamos ante ustedes como estudiantes de la Universidad del Norte, Barranquilla atlántico, del departamento de medicina en realización de nuestro proyecto de grado,

El grupo estudiantil está integrado por: María José Ariza Lascarro, Lisha María Cruz Soto, Martin Stiven Delgado Garcia, Oscar Fernando González Arias y Daniel Enrique Gentile Montoya.

La información pedida a los pacientes y a los registros médicos será exclusivamente con fines académicos y será guardado con la máxima confidencialidad.

Agradecemos contar con su colaboración que nos ayudará en nuestro proceso de formación profesional de manera práctica e investigativa.

FIRMA

FECHA

Anexo D: Instrumentos de medición Encuesta

Caracterización de pacientes Farmacodependientes

El presente documento hace parte de el proyecto de investigación: Caracterización de pacientes farmacodependientes en estancia hospitalaria que son atendidos en el Hospital Universitario CARI mental de la ciudad de Barranquilla, durante el periodo Abril 2019- Mayo 2019.

A cargo de los Estudiantes: Maria Jose Ariza, Lisha Cruz, Martin Delgado, Daniel Gentile, Oscar Gonzalez.

*Obligatorio

1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Masculino

Femenino

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

18-30

31-40

41-50

Más de 60

3. Nivel Educativo *

Marca solo un óvalo.

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Tecnico
- Universidad

4. Estrato socioeconómico

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

5. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Unión libre

6. ¿Usted está afiliado al sistema de salud ?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

7. ¿Cuál es el régimen al que está afiliado?

Marca solo un óvalo.

- Subsidiado
- Contributivo
- No esto afiliado a ningún régimen.

8. Estado Laboral

Marca solo un óvalo.

- Desempleado
- Estudiante
- Empleado
- Otro: _____

9. Tipo de familia *

Marca solo un óvalo.

- Nuclear
- Extensa
- Ampliada
- Reconstruida
- Monoparental
- Unipersonal
- Unidad domestica

10. ¿Tiene usted facilidad para obtener la droga?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- A veces

11. ¿Alguien de su núcleo familiar consume? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

12. Si la anterior respuesta fue afirmativa, ¿quién de su núcleo consume?

Marca solo un óvalo.

- Padre
- Madre
- Hermanos
- Abuelos
- Tíos
- Primos
- Otro: _____

13. ¿Está usted satisfecho por el apoyo que recibe de su familia? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

14. ¿A qué edad empezó el consumo? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 10 años
- 10 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 a 30
- Más de 30 años

15. ¿Con cuál droga inició su consumo?

Marca solo un óvalo.

- Inhalantes
- Anfetaminas
- Cannabis
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Benzodiazepinas
- Barbitúricos
- Cocaína

16. Diagnóstico psiquiátrico asociado confirmado

Selecciona todos los que correspondan.

- Depresión
- Ansiedad
- TOC
- TAB
- TDHA
- Esquizofrenia
- Otros
- Ninguno

17. ¿ Cuántas drogas consume?

Marca solo un óvalo.

- 1
 2
 3 o mas

18. ¿Cuáles drogas consume?

Selecciona todos los que correspondan.

- Anfetaminas
 Opiacios
 Barbituricos
 Inhalantes
 Cocaína
 Alucinogenos
 Anestésicos
 Benzodiazepinas
 Cannabis
 Otro: _____

19. ¿Ha tenido usted hospitalizaciones previas ?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

20. ¿Cuándo fue su último consumo? *

Marca solo un óvalo.

- Hace menos de 2 meses.
 Hace mas de 2 meses.

21. Puntaje AWARE

Marca solo un óvalo.

- 28-55
 56-69
 70-83
 84-97
 98-111
 112-125
 126-168
 169-196

Escala AWARE

1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.
3. Tiendo a actuar impulsivamente.
4. Soy reservado y me siento solo.
5. Me siento triste, desanimado o deprimido.
6. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.
7. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.
8. Lo que suelo realizar no me sale bien.
9. Me siento confundido sobre volver a consumir.
10. Me irrito o molesto con mis amigos.
11. Me siento enojado o frustrado.
12. Me siento atrapado y estancado, sin salida.
13. Tengo dificultad para dormir.
14. Tengo largos períodos de tristeza intensa.
15. Me da igual suceda lo que suceda.
16. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.
17. Siento lástima de mí mismo.
18. Pienso reiteradamente en consumir drogas.
19. Miento a otras personas.
20. Me siento enojado con el mundo en general.
21. Me temo que estoy perdiendo la razón.
22. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Varias veces	De seguido	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

Score AWARE	Si ha consumido en los últimos dos meses	Si ha estado abstinente en los últimos dos meses
28-55	37%	11%
56-69	62%	21%
70-83	72%	24%
85-97	77%	25%
98-111	82%	28%
112-125	86%	37%
126-154	90%	43%

Tomado de (43)

Anexo E:

Información para el paciente y formulario de consentimiento informado

Determinar las características de los pacientes farmacodependientes que están hospitalizados en el Hospital Cari Mental de la ciudad de Barranquilla, en el período de Febrero 2019 – Mayo 2019.

Investigadores: María José Ariza Lascarro, Lisha María Cruz Soto, Martin Stiven Delgado Garcia, Oscar Fernando González Arias, Daniel Enrique Gentile Montoya

Asesores: Pedro Gómez

Universidad del Norte, Departamento de Medicina. Km 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico.

Naturaleza:

La farmacodependencia puede llevar a lo que se conoce como abuso de sustancias, que según la OMS se conoce como “el uso dañino o peligroso de sustancias psicoactivas, que incluyen alcohol y las drogas ilícitas”. Este consumo de sustancias puede llevar a un síndrome de dependencia – un grupo de fenómenos comportamentales, cognitivos y psicológicos que se desarrollan después del uso repetitivo de la sustancia y que típicamente incluye un deseo fuerte de consumir la droga, dificultades en controlar su uso, persistir en su uso a pesar de las consecuencias dolorosas, una prioridad mayor que se le da al uso de la droga comparado con otras actividades y obligaciones, un incremento en la tolerancia, y algunas veces un estado de abstinencia

Propósito del trabajo:

Por medio de este consentimiento informado se solicita la autorización para ser parte de este proyecto el cual se hace por parte de estudiantes del programa de medicina de la Universidad del Norte, por medio de la división de ciencias de la salud el cual, se basa en la presente investigación arroje evidencia epidemiológica acerca de las características de los pacientes farmacodependientes con el fin de poder enfocar los planes de atención primaria (políticas públicas, programas, actividades, charlas) a personas en riesgo y poder predecir las personas con mejor o peor pronóstico después de la hospitalización.

El objetivo principal de esta investigación es “Determinar las características de los pacientes farmacodependientes que están hospitalizados en el Hospital Cari Mental de la ciudad de Barranquilla, en el período de Febrero 2019 – Mayo 2019.

En el presente documento se solicita la autorización para llevar a cabo la aplicación de encuestas para determinar así las características sociodemográficas y clínicas acerca de la farmacodependencia.

Procedimiento:

Si usted decide aceptar participar en esta investigación se le solicitara responder a unas encuestas con el fin de lograr una caracterización de su condición en una sola oportunidad.

Además, le solicitamos permiso para acceder a revisar su historia clínica de forma guiada por un médico a su cuidado, donde se buscará obtener información importante para el proyecto, enfatizando en antecedentes y diagnósticos propios suyos.

Riesgos o complicaciones:

Participar en este estudio se considerado de riesgo mínimo para su salud, según la resolución 8430 de 1993, capítulo 1, artículo 11. Al preguntarse sobre temas sensibles, se puede generar cierta incomodidad para responder las preguntas, la

información compartida sólo será utilizada con fines académicos y no para cualquier otro fin.

Beneficios:

Al ser parte de esta investigación como sujeto participante, una vez terminado este proyecto, en base a las conclusiones del mismo se llevarán a cabo una serie de recomendaciones beneficiosas, que abarcaran no solo un mejor conocimiento de la problemática a investigar, si no también nuevas pautas para el mejoramiento del manejo de la misma.

Este proyecto aportará beneficios a la comunidad afectada y mejor conocimiento por parte la sociedad al determinarse las características de la temática, lo cual aumenta la conciencia por parte del profesional de la salud acerca del problema que se busca mejorar. No se brindara ninguna ganancia económica.

Esta investigación aportará beneficios para otras familias, dado que es posible que los resultados que surjan de la investigación beneficien a otras personas y ayude a incrementar el conocimiento de los profesionales sobre la situación de salud de las familias de la zona. Por su participación no recibirá ninguna retribución económica.

Voluntariedad:

Su decisión de participar de este proyecto es completamente voluntaria, si decide participar tenga en cuenta que será entrevistado, usted puede retirarse si así lo desea y esto no le generará ningún inconveniente o perjuicio. Por medio de su firma usted decide aceptar o rechazar su participación en el estudio, así es consciente que de manera voluntaria y sin coacción, autoriza el acceso a la información consignada en las encuestas a aplicar.

Confidencialidad:

La identidad del participante será confidencial, no se hará público nombre, solo un código asignado por orden de participación en el proyecto.

Retribución o pagos:

Usted no recibirá ningún tipo de pago por brindar información, pero, será parte contribuir a ampliar el conocimiento acerca de la condición por la que cursa actualmente y así mejorar el abordaje a personas que lleguen a requerir de la misma intervención.

Contacto:

María José Ariza Lascarro – lascarrom@uninorte.edu.co

Lisha María Cruz Soto – lishac@uninorte.edu.co

Martín Stiven Delgado Garcia – msdelgado@uninorte.edu.co

Oscar Fernando González Arias – ofgonzalez@uninorte.edu.co

Daniel Enrique Gentile Montoya – degentile@uninorte.edu.co

He entendido la información en este consentimiento y se aclaran todas las dudas surgidas.

Autorización:

Acepto participar: Si ___ No: _____

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio. Para constancia, firmo a los ___ días del mes de _____ del año ____.

Firma y Cédula del participante

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador.

Firma

Fecha

**Anexo F:
Plan económico**

Cuenta	Rubros	Valor Unitario (pesos)	# de unidades	Subtotal \$ pesos
Personal	Investigadores de salud	30,000/h	150	4,500,000
	Asesor de contenido	47,000/h	50	2,350,000
	Asesor metodológico	47,000/h	50	2,350,000
Gastos Generales	Impresión	100/pág.	300	30,000
	Transporte	4,000	8	32,000
	Merienda	4,000	8	32,000
Equipo	Tabletas electrónicas	1,500,000	4	6,000,000
Total				15,294,000

Anexo G: Cronograma de Actividades primer semestre 2018

Actividades I Etapa: Planificación de trabajo	Mes	Día
1. Definición del tema	Febrero	26 y 27
2. Revisión bibliográfica	Marzo	5
3. Definición de Título y problema	Marzo	6
4. Definición de propuesta	Marzo	12 y 13
5. Entrega de propuesta	Abril	3
6. Consolidación del Diseño	Abril	9 a 30
7. Entrega de Anteproyecto a tutores	Mayo	7
8. Consolidación del diseño	Mayo	15
9. Entrega de diseño para evaluación de jurado	Mayo	28
10. Sustentación del proyecto.	Junio	12

Cronograma de actividades primer semestre 2019

PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO	MES (2019)	DÍA
1. Presentación al Comité de Ética Universidad del Norte	Enero	17-31
2. Ajustes al diseño	Febrero	02-16
3. Actualización del Marco Teórico	Febrero	02-23
4. Recolección de información	Febrero - Mayo	25/02 – 25/05

5.Asesorías sobre metodología	Febrero - Mayo	25/02 – 25/05
6.Asesoría de contenido	Febrero - Mayo	25/02 – 25/05
7.Construcción base de datos	Febrero - Mayo	25/02 – 25/05
8.Revisión de base de datos	Febrero - Mayo	25/02 – 25/05
9.Análisis de información	Febrero - Mayo	25/02 – 25/05
10.Elaboración del informe de resultados	Mayo	26-31
11.Elaboración del informe científico	Junio	1-5
12.Edición y ajuste de los documentos	Junio	1-5
13.Sustentación	Junio	6