



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Vásquez Espinoza, Eddy; Herrera Rodriguez, Andrés; Strike, Carol; Brands, Bruna; Khenti, Akwatu
Comorbilidad entre el distrés psicologico y el abuso de drogas en pacientes en centros de tratamiento,
en la ciudad de Leon - Nicaragua: implicaciones para políticas y programas

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, 2012, pp. 150-158

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71423223019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COMORBILIDAD ENTRE EL DISTRÉS PSICOLÓGICO Y EL ABUSO DE DROGAS EN PACIENTES EN CENTROS DE TRATAMIENTO, EN LA CIUDAD DE LEÓN - NICARAGUA: IMPLICACIONES PARA POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Eddy Vásquez Espinoza¹, Andrés Herrera Rodríguez², Carol Strike³, Bruna Brands⁴, Akwatu Khenti⁵

¹ MSc. Pesquisador del Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) León. Profesor Principal de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Nicaragua. E-mail: evasquez@unanleon.edu.ni

² MD. Ph.D. Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS-UNAN León. Profesor Principal de la Facultad de Ciencias Médicas. Nicaragua. E-mail: andres.herrera@unanleon.edu.ni

³ Ph.D. Researcher. Health Systems Research and Consulting Unit. Centre for Addiction and Mental Health. University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: carol_strike@camh.net

⁴ Ph.D. Researcher Senior. Office of Research and Surveillance. Drug Strategy and Controlled Substances Programme. Health Canada and Public Health and Regulatory Policies. Center for Addiction and Mental Health. University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: bruna_brands@camh.net

⁵ MSc. Director International Office. Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canada. E-mail: akwatu_khenti@camh.net

RESUMEN: La presencia de trastornos de salud mental y consumo de drogas ambos se conocen como comorbilidad. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso/dependencia de drogas en pacientes de Centros de tratamiento en León, Nicaragua. La mayoría de participantes del estudio eran hombres y 68.5% eran menor de 40 años, solteros (58.5%), con bajo nivel de educación, trabajo de forma autónoma (51.2%), y 41.5% viven con su madre biológica. El 65.9% de los pacientes llegaron al centro por cuenta propia. Las drogas más consumida fueron alcohol, marihuana y crack (59.7%, 58.2% y 53.7%). Los trastornos concurrente más comunes fueron, ansiedad (29.3%), depresión (24.1%), esquizofrenia 9.8% y trastorno bipolar 2.4% y según la escala de *Kessler K-10*, el 56% de los participantes fueron diagnosticados con distrés psicológico severo. Según la escala de APGAR-familiar, el 26% percibieron familias como disfuncionales.

DESCRIPTORES: Comorbilidad. Distrés psicológico. Trastornos relacionados con sustancias. Atención en salud mental.

COMORBIDITY BETWEEN PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND ABUSE OF DRUGS IN PATIENTS IN TREATMENT CENTERS IN THE CITY OF LEON - NICARAGUA: IMPLICATIONS FOR POLICIES AND PROGRAMS

ABSTRACT: This study aimed to determine the prevalence of comorbidity between psychological distress and abuse/dependence in patients on drug treatment centers in Leon, Nicaragua. We performed a cross-sectional study, aimed at people who were in treatment for abuse/dependence of drugs in specialized centers with a total of 41 participants. Most study participants were men and 68.5% were under 40 years old, single (58.5%), low education level, work independently (51.2%), 41.5% live with their biological mother. The 65.9% of patients arrived at the center on their own. The drugs most consumed were alcohol, marijuana and crack (59.7%, 58.2% and 53.7%). We conclude that the most common concurrent disorders were anxiety (29.3%), depression (24.1%), schizophrenia (9.8%) and bipolar disorder (2.4%) and according to the scale of the *Kessler K-10* 56.0% of participants were diagnosed with severe psychological distress. And according to the family APGAR scale, 26% had severe family dysfunction.

DESCRIPTORS: Comorbidity. Psychological distress. Substance use-related disorders. Mental health assistance.

COMORBIDADE ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E ABUSO DE DROGAS EM PACIENTES NOS CENTROS DE TRATAMENTO NA CIDADE DE LEÓN - NICARAGUA: IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS E PROGRAMAS

RESUMO: Este estudo teve como objetivo determinar a prevalência de comorbidade entre a sofrimento psíquico e o abuso nos pacientes em centros de tratamento de toxicod dependência em León, na Nicarágua. Estudo transversal, destinado a pessoas que estavam em tratamento para abuso de drogas em centros especializados com um total de 41 participantes. A maioria dos participantes eram homens, 68,5% tinham menos de 40 anos, solteiros (58,5%), baixa escolaridade, trabalham de forma independente (51,2%), 41,5% moram com a mãe biológica, 65,9% dos pacientes procuraram o centro por conta própria, 48,8% responderam que não tinham recebido qualquer tratamento. As drogas mais consumidas pelos participantes foram álcool, maconha e crack (59,7%, 58,2% e 53,7%). Conclui-se que os distúrbios mais comuns foram ansiedade (29,3%), depressão (24,1%), esquizofrenia (9,8%) e transtorno bipolar (2,4%). De acordo com a escala do *K-10 Kessler*, 56,0% dos participantes foram diagnosticados com sofrimento psíquico grave, e de acordo com a escala APGAR da família, 26% tinham disfunção familiar grave.

DESCRIPTORES: Comorbidade. Sofrimento psíquico. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Assistência em saúde mental.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad afecta a millones de personas cada año.¹ Nicaragua se ha convertido en un lugar estratégico para el tráfico de drogas. Estudios realizados en Nicaragua como Organización de los Estados Americanos (OEA), y Comisión Interamericana para el Control e abuso de Drogas (CICAD),^{2,3} muestran una prevalencia de vida de marihuana: 7.9%; cocaína: 2.5%; crack: 1.3%; inhalantes: 0.6%; pasta de cocaína: 0.5%; alucinógenos: 0.3%; heroína: 0.05%; morfina: 0.04%; y éxtasis: 0.02%. Por otra parte, un segundo estudio en población escolar (12-17 años) reportó una prevalencia de vida alcohol: 47.6%, marihuana: 5.2%; cocaína: 2.3%; crack: 1.2%; inhalantes: 2.0%; benzodiacepinas: 12.3%, alucinógenos: 0.6%, éxtasis: 0.5%; heroína: 0.3%.⁴ Otro estudio realizado en León a finales de los 80s estimó una prevalencia global de trastornos de salud mental de 27.9%; masculino: 30.8%; femenino: 26.3%, neurosis: 5.0%, depresión: 6.2%, crisis mental reactiva: 3.3%, alcoholismo: 5.8%, síndrome mental orgánico: 3.9%, psicosis: 0.5%, otros: 0.7%.⁵ Por lo tanto, la importancia de ampliar el campo de la investigación en relación con la comorbilidad asociada al abuso de alcohol y drogas ilícitas con el distrés psicológico adquiere especial interés cuando es relacionado con los factores mencionados anteriormente.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de la comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso/dependencia de drogas en pacientes en Centros de tratamiento en León, Nicaragua, estudiando los perfiles psicosociales de los pacientes e identificando su percepción sobre la funcionalidad de sus familias

MÉTODO

Población

Se realizó un estudio de corte transversal, dirigido a la población que acude a los Albergues/Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) de la ciudad de León para tratar problemas de abuso/dependencia de drogas. En este estudio participaron voluntariamente 41 usuarios hombres y mujeres de 18 años de edad en adelante, internados en el Albergue REMAR. Este organismo ofrece programas de rehabilitación para adictos a las drogas, estructurado en tres fases: desintoxicación, rehabilitación e inserción.

Procedimiento de colecta de datos

Estudiantes universitarios de pregrado y de postgrado fueron capacitados como asistentes de investigación para ayudar en la recolección de los datos. A los pacientes participantes elegibles se les pidió que leyeran cuidadosamente y firmaran un formulario de consentimiento informado. Posteriormente se procedió a llenar un cuestionario auto-administrado.

Medidas e instrumentos de colecta de datos

Para su obtención, los datos se recogieron a través del formulario de admisión de EULAC-CICAD, que fue adaptado para este estudio con el debido permiso. Consta de 30 preguntas sobre el estatus socio-demográfico, historia de abuso de drogas y alcohol, antecedentes judiciales, problemas mentales (tanto pasados como actuales), y algunos aspectos sobre el centro de tratamiento. El distrés psicológico fue evaluado por medio del Instrumento *Kessler-10* (K-10). El K-10 es un cuestionario de 10 preguntas que mide el distrés psicológico.⁶ Los Valores posibles van desde 10 (que indica ausencia o niveles mínimos de distrés psicológico) a 50 (que indica distrés muy severo). La clasificación del distrés psicológico se ha hecho en cuatro grupos principales: bajo (10-15), moderado (16-21), severo (22-29) y muy severo (30-50). A efectos analíticos, la mayoría de los estudios unen las dos últimas categorías (distrés severo y muy severo). Está demostrado que un nivel muy alto de distrés psicológico obtenido a través de la puntuación de la escala K-10 está asociada con una alta probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión.

Para medir la funcionalidad de la familia, fue aplicado el instrumento conocido como APGAR-familiar.⁸ valores de las escalas van de cero a 10 y se basa en la satisfacción percibida por los participantes con las relaciones dentro de su familia. Incluye cinco aspectos de la función de la familia (la adaptabilidad, asociación, crecimiento, afecto y resolución de conflictos). El acrónimo "Apgar" emula la escala de Apgar para la evaluación del recién nacido y también representa la primera letra de cada aspecto. La escala ha sido validada.⁹ La interpretación del APGAR familiar se basa en la puntuación, de cada pregunta cuyos valores van de cero a dos. Una puntuación total de siete o más sugiere una percepción de alta funcionalidad familiar; entre cuatro y seis, sugiere una moderada

disfunción familiar; y de tres o menos, una severa disfunción familiar. Entre otras variables numéricas, la edad fue clasificada en dos variables dicotómicas según los puntos de corte de: adulto joven (de 18 a 23 años *versus* 24 y más) o el de adultos según la distribución (de 18 a 39 *versus* 40 y más).

Procedimientos de análisis de los datos

Fue utilizado el *software* Epi Info versión 3.5.1¹⁰ para introducir y analizar los datos. El análisis de la coherencia y la limpieza de datos fueron realizados antes del análisis. Fueron calculadas las proporciones de variables dicotómicas y otras categóricas. Para las variables numéricas fueron calculadas las medidas de tendencia central y de dispersión. Para determinar las diferencias en la prevalencia de distrés psicológico entre las distintas categorías de una variable independiente, fue calculada la tasa bruta de prevalencia. Se hizo prueba piloto al instrumento en un centro similar, para poder hacer ajustes al instrumento y a la base de dato electrónica.

Consideraciones éticas

El estudio fue sometido al *Research Ethics Board* (REB) del Centro de Adicción y Salud Mental (CAMH), afiliado a la Universidad de Toronto, así como a los Comité de Ética locales, según normativas que rigen en el país de cada uno de los investigadores. Cada una de las personas que forma parte de este estudio fue informada de que su participación era voluntaria. También se les indicó que no existen incentivos o beneficios directos asociados con su participación; que no existen riesgos asociados y que su tratamiento en el centro no se vería afectado por su participación o por la falta de participación en el estudio. Se informó que sus registros en el centro no se consultarían en ningún momento ni para propósitos de este estudio, ni de ninguna otra manera, así como que la información obtenida de esta investigación no sería transferida a los registros del centro de tratamiento. Se comunicó acerca de su derecho de rechazar y de retirar su participación en el estudio en cualquier momento. La confidencialidad y anonimato fue considerado por que el instrumento fue aplicado en un espacio privado. El consentimiento Informado fue entregado por escrito y fue firmado por los investigadores principales y por los pacientes, y cada uno recibió copia del mismo.

RESULTADOS

Aspectos generales

La tabla 1, se presentan las características socio-demográficas de los pacientes atendidos en centros especializados para abuso/dependencia de drogas en la ciudad de León. Se puede apreciar que casi la totalidad de los pacientes son masculinos con un total de 40 pacientes, solo un paciente es del sexo femenino. El 68.5% de los pacientes tienen una edad menor a los 40 años. Con respecto al estatus marital, se aprecia que la mayoría es soltero 58.5%, seguido por los que tienen una relación de unión libre con un 20%. Un elevado porcentaje afirmó saber leer y escribir 85.4% y 82.9% respectivamente. En relación al nivel de educación, un paciente afirmó nunca haber ido a la escuela, el 9.8% completó la primaria y el 7.3% pudo completar la secundaria e igual porcentaje completó la universidad. La ocupación mencionada con mayor proporción fue el trabajo de empleado o autónomo, con un 51.2%. En cuanto a las características familiares, se aprecia que un 41.5% de los pacientes refirió estar viviendo con su madre, un 31.7% con sus hermanos y un 24.4% viven solos. Cuando se les preguntó donde habían vivido en los últimos 30 días, la mayoría respondió que en casa de sus familia origen. Además, ocho de ellos 20% refirió haber vivido en la calle.

Tabla 1 - Características Socio-demográfica de los pacientes en los Centros de tratamiento para abuso y dependencia de drogas. León-Nicaragua, 2011

(continua)

Característica		n=41	
		n	%
Sexo	Masculino	40	98
	Femenino	1	2.4
Idad	>= 40	13	32
	<40	28	69
Estatus marital	Soltero(a)	24	59
	Casado(a)	2	4.9
	Divorciado(a)	4	9.8
	Separado(a)	2	4.9
	Unión	8	20
Saber leer y escribir	Si	35	85
	No	6	15
	Si	34	83
	No	7	17

		(conclusion)	
Nivel educacional	Nunca en escuela	1	2,4
	Primario incompleto	13	32
	Primario completo	4	9,8
	Secundario incompleto	14	34
	Secundario completo	3	7,3
	Universitario incompleto	2	4,9
	Universitario completo	3	7,3
Ocupación	Trabaja empleado o autónomo	21	51
	Trabaja y estudia	3	7,3
	Trabaja en casa (ama de casa)	4	9,8
	Desempleado	13	32
	Padre	7	17
Personas con las que vive*	Madre	17	42
	Padrastro	3	7,3
	Marido/esposa	4	9,8
	Hermanos	13	32
	Novio(a)	1	2,4
	Amigos	1	2,4
	Sólo (a)	10	24
Lugares donde vivieron últimos 30 días*	En casa de la familia de origen	22	54
	En mi casa (propietario)	3	7,3
	En mi casa (alquiler)	1	2,4
	Cupo o cuarto de alquiler	1	2,4
	Refugio, casa de acogida, asilos	4	9,8
	Áreas de invasión/asentamiento	2	4,9
	En la calle	8	20
	Otros	2	4,8

* Algunos porcentajes no contabilizan 100% debido a datos faltantes (*missing data*).

Características generales de los centros de tratamiento

Con respecto a los tipos y modalidad de atención ofrecida así como también la accesibilidad de los centros para el tratamiento de abuso y dependencia de drogas (datos no mostrados), se encontró que todos los centros eran del tipo ONG, y se destaca que de estos centros el 31,7% ofrecían tratamiento residencial. Solamente seis centros 14,6% de ellos cuentan con una "Unidad de internación especializada para tratamiento de alcohol y drogas" y dos centros 4,9% cuentan con una unidad especializada para la desintoxicación. Por otra parte, ninguno de estos centros u ONG poseen consulta externa. Con respecto a la forma en que fueron accesibles estos centros para los

pacientes, se encontró que la mayoría de ellos 65,9% afirmaron haber llegado a estos centros por iniciativa propia. El segundo modo de acceso, mencionados por los pacientes, fue por medio de los consejos de amigos y familiares en un 22%.

Características de tratamientos y consumo de drogas lícitas e ilícitas

En la encuesta se encontró con pacientes que nunca habían sido tratados por problemas de uso y dependencia de drogas. Solo 7,3% (n=3) lo refirió e igual fue la cantidad de pacientes que no quisieron responder esta pregunta. La mayoría admitió haber sido tratado una o más veces en algún momento, siendo estos el 82,9% (n=34). El tipo de atención que han recibido los pacientes ha sido diversa, pero un 48,8% respondió que no había recibido ninguno. De los tratamientos mayormente mencionados tenemos: Consulta externa (14,6%), Auto ayuda (17,1%) y servicios residenciales (14,6%). De los 41 pacientes que están en tratamientos, la mayoría (87,8%), reporto estar satisfecho con la atención recibida, solo 1 de los pacientes dudo en su respuesta (datos no mostrados). Respecto a información relacionada con las drogas (mencionada por los pacientes como las más relevantes), se encontró que un 43,9% afirmó que el consumo de crack es su forma de drogadicción más importante. Le siguió el consumo de alcohol con 37,6 de cada 10 pacientes 61% refirió consumir la droga de manera fumada, seguido por el consumo por vía oral 36,6% (datos no mostrados).

La segunda y tercera sustancia por la cual los pacientes buscaron tratamientos, sobresale la marihuana como la segunda droga más importante con un 24,4% y en un porcentaje menor fue referido el consumo alcohol con 22,2%. La tercera sustancia con mayor importancia mencionada por los pacientes fue el alcohol, siendo esta mencionada en un 24,4%. Sólo en cuatro ocasiones fue mencionado el consumo de cocaína en los tres niveles de importancia de consumo. La edad de inicio del consumo de la droga más importante, así como también el inicio de consumo de alcohol u otras sustancias. Se aprecia que algunos pacientes reportaron el inicio de consumo de las todas las distintas sustancias a la edad de 7 años (edad mínima), sin embargo otros pacientes reportaron el inicio de consumo ya a edades mayores (entre 35 y 45 años). Tanto la edad promedio como la mediana son iguales en cada unas de las distintas sustancias (16 y 15 años respectivamente-Tabla 2).

Tabla 2 - Edad de inicio del uso de alcohol y/o drogas en pacientes que buscaron atención en los Centros de tratamiento para abuso y dependencia de drogas. León-Nicaragua, 2011

Característica	n=41			
	Edad mínima	Edad máxima	Promedio	Mediana
Inicio del uso de la droga más importante	7	43	16.40	15.00
Inicio del uso de bebida alcohólica	7	35	16.02	15.00
Inicio de uso de otras drogas ilícitas	7	45	16.65	15.00

En tabla 3, se aprecia que el consumo de alcohol, marihuana y crack fueron las drogas más mencionadas 59.7%, 58.2% y 53.7%, respectivamente, pero hay pacientes que afirmaron en menor proporción, haber consumidas otros tipo de drogas, como inhalantes y cocaína en polvo, el cual fueron mencionadas por un 24% y 20% de los pacientes respectivamente. Es notable destacar que algunos pacientes en tratamiento no habían consumido ningún tipo de droga, esto pudo haberse por el hecho de haber estado en prisión o ya se encontraban en abstinencia resultado de algún tratamiento anterior.

Tabla 3 - Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días antes del comienzo del tratamiento actual, por parte de los pacientes que buscaron atención en los Centros de tratamiento para abuso y dependencia de drogas. León-Nicaragua, 2011

Drogas		n=41	
		n	%
Alcohol	Si	25	59.7
	No	16	40.3
Marijuana	Si	24	58.2
	No	17	41.8
Cocaína en polvo	Si	8	19.5
	No	33	80.5
Pasta Base	Si	3	7.3
	No	38	92.7
Crack	Si	22	53.7
	No	19	46.3
Hipnóticos e sedativos	Si	3	7.3
	No	38	92.7
Barbitúricos	Si	1	2.4
	No	40	97.6
Benzodiazepinas	Si	3	7.3
	No	38	92.7
Otros	Si	10	24.4
	No	31	75.6

Referente al consumo de estimulantes, alu-

cinógenos, opioides y esteroides, solo tres de los pacientes (en el caso del LSD) afirmaron haberlas consumido durante los últimos 30 días (dato no mostrado).

Problemas de salud mental

La tabla 4, muestra los antecedentes y tratamientos de problemas mentales previamente detectados o diagnosticados por profesionales de la salud. Se aprecia que tres de cada 10 pacientes ya habían sido diagnosticados con trastornos de ansiedad y casi en igual medida con depresión en 27%. Cuatro de los pacientes refirieron haber sido diagnosticado con Esquizofrenia y un paciente con Trastorno bipolar. En relación a los tratamientos, según los pacientes, 17.1% (n=7) de ellos afirmaron recibirlo para tratar la ansiedad y 14.6% (n=6) pacientes para tratar la depresión. Ningún paciente reportó estar recibiendo tratamiento para la Esquizofrenia ni para el trastorno bipolar. Pero el 78% si dijo estar recibiendo terapia de grupo y en menor proporción mencionaron recibir psicoterapia 14.6%, grupo de apoyo 17.1% y Meditación 14.6%.

El distrés psicológico y funcionalidad familiar percibida

La tabla 5, resume los resultados de los cálculos de puntuaciones referentes a la escala de Kessler K-10, sobre la presencia de distrés psicológico en los últimos 30 días. Este cálculo se hizo en base a solo 36 pacientes que respondieron completamente todas las preguntas referentes a los 10 componentes de la escala K-10. Se aprecia que la mayoría de los pacientes fueron clasificados según la escala como Muy severa (56%), seguido por severo con 25%. Solo dos pacientes obtuvieron una clasificación de bajo distrés. En cuanto al cálculo de puntuaciones de la escala de APGAR-familiar, sobre la presencia de disfuncionalidad familiar percibida por los pacientes. Como en el caso del cálculo del K-10, los resultados se basan en 39 pacientes que respondieron todas las preguntas

referentes a los cinco componentes de la escala APGAR-familiar. La mayoría de los pacientes 54%, quedo clasificada como normo-funcional, mientras que el 26% obtuvo una clasificación de severamente disfuncional.

Tabla 4 - Diagnósticos y tratamientos hechos por profesionales de salud, en los pacientes que buscaron atención en los Centros de tratamiento para abuso y dependencia de drogas. León-Nicaragua, 2011

Diagnósticos y tratamientos		n=41	
		n	%
Diagnósticos			
Ansiedad	Si	12	29.3
	No	25	61.0
	No sabe	4	9.7
Depresión	Si	10	24.4
	No	23	56.1
	No sabe	8	19.5
Esquizofrenia	Si	4	9.7
	No	27	65.9
	No sabe	10	24.4
Transtorno bipolar	Si	1	2.4
	No	27	65.9
	No sabe	13	31.7
Tratamientos			
Ansiedad	Si	7	17.1
	No	30	73.2
	NR*	4	9.7
Depresión	Si	6	14.6
	No	27	65.9
	NR*	8	19.5
Esquizofrenia	No	29	70.7
	NR*	12	29.3
Transtorno bipolar	No	28	68.3
	NR*	13	31.7
Tipos de atención recibida†	Psicoterapia	6	14.6
	Terapia de grupo	32	78.0
	Consejería	5	12.2
	Grupo de apoyo	7	17.1
	Terapia familiar	1	2.4
	Auto-ayuda	3	7.3
	Meditación	6	14.6
	Medicación	2	4.9
	Otros	2	4.9

* No responde; † Porcentajes pueden no sumar 100% debido a valores faltantes o respuestas múltiples.

Los antecedentes de problemas con la justicia o con la policía

La tabla 5 indica que casi la mitad 46.3% de los pacientes, ha tenido problemas con la justicia

alguna vez en la vida, pero durante el último año los problemas con la justicia se reduce a un 34.1%. En general, los pacientes reportaron tener problemas con la justicia en promedio casi seis veces, uno de ellos reportó que ha tenido problemas con la justicia en 20 ocasiones.

Tabla 5 - Distrés psicológico en los últimos 30 días y grados de funcionalidad familiar percibida referidos por los pacientes atendidos en los Centros de tratamiento para abuso y dependencia de drogas. León-Nicaragua, 2011

Característica		n=41	
		n	%
Grado de distrés psicológico según escala K-10 (Kessler)	Bajo (10-15)	2	5.5
	Moderado (16-21)	5	13.8
	Severo (22-29)	9	25.0
	Muy severo (30-50)	20	55.7
Grado de funcionalidad familiar percibida según escala APGAR familiar (Smilkstein)	Normofuncional (>7)	21	53.8
	Moderadamente disfuncional (4-6)	8	20.5
	Severamente disfuncional (<3)	10	25.7
Antecedentes			
Problema legal con policía/justicia alguna vez en la vida	Si	19	46.3
	No	17	41.5
	NR*	5	12.2
Problema legal con policía/justicia en el último año	Si	14	34.1
	No	23	56.1
	NR*	4	9.8
Frecuencia de problemas legales	Si	14	34.1
	Número de veces que tuvo problema legal con policía/justicia en el último año		
	Mínimo	1	1.0
	Máximo	20	20.0
	Promedio	5,6	5.6
	Mediana	4,5	4.5

DISCUSIÓN

El abuso o la dependencia se ha estudiado extensamente desde la década de 1980¹¹ el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es uno de los trastornos más comunes entre las personas con problemas psiquiátricos. Estos resultados reflejan una alta frecuencia en hombres jóvenes, siendo en la mayoría solteros y trabajadores por cuenta propia. La prevalencia de comorbilidad varía, se-

gún el sexo. Estudios comparativos de hombres y mujeres en tratamiento de drogas, reflejan que el trastorno de personalidad antisocial es más común en hombres, mientras que las mujeres tienen mayores tasas de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad.¹²

Como puede apreciarse en los datos cerca de la mitad de los participantes en estudio viven con su madre biológico lo que significa de alguna manera algún nivel de tolerancia familiar al problema del consumo de sustancias psicoactivas. El impacto de la comorbilidad como problemas de salud en la misma persona también tiene un efecto mayor y específico sobre sus familias; suele producir sentimientos de vergüenza, culpa, estigma, y desesperación.¹³ Estos sentimientos también deben abordarse en el tratamiento, como lo demuestran muchos estudios, con intervenciones integradas y tratamiento para ambos problemas¹⁴ – pero es importante el apoyo y cuidado personal para el resto de la familia.

El Estado de Nicaragua carece de centros de tratamiento y rehabilitación para uso u abuso de sustancias psicoactivas, por tanto, los pocos centros existentes son generenciados por ONGs e iniciativas privadas. Así lo muestran estos datos donde en su totalidad en León son ONGs locales con poca capacidad de respuestas y seis de cada diez pacientes atendidos en estos lugares buscan asistencia por iniciativa propia o de un familiar. Por tanto, el papel de la familia y su funcionamiento es un tema importante en relación con el consumo de sustancias, particularmente en el tratamiento del mismo. En cuanto al tratamiento se encontró que cerca de la mitad de los participantes no había recibido anteriormente ningún tratamiento. Pero de los que se encontraban en los centros cerca del 90% dijo estar satisfecho con la atención recibida. Otro dato que llama la atención de esto resultados es el alto consumo de crack (53.7%), alcohol (59.7%), marihuana (58.2%), inhalantes (24.4%). por otra parte, unas de las drogas que hizo que los participantes buscaron ayuda fue la marihuana y el alcohol (24.4% y 22.2%). Otro estudio realizado por OPS/OMS,¹⁵ encontró que León es la segunda ciudad de Nicaragua donde más alcohol se consume y que este se concentra en población juveniles sobre todo en estudiantes y solo supera estas cifras la ciudad de Bluefields en el Caribe de Nicaragua. Además, este artículo confirma que cada vez más temprano se reporte el inicio del consumo de sustancia y este estudio no es la excepción, previamente en este mismo escenario,

otro estudio realizado con población adolescentes y jóvenes en León, han encontrado inicio temprano de consumo de sustancias psicoactivas con una media de edad que va de 14-16 años.¹⁶

Cada vez es más común en la literatura el reporte de comorbilidad vinculada a trastornos de salud mental por tanto, los datos de los estudios basados en el Área Epidemiológica de Captación¹⁰ revelaron que alrededor de la mitad de los individuos diagnosticados con abuso o dependencia de alcohol u otras drogas también tienen un diagnóstico psiquiátrico: 26% tienen trastornos del estado de ánimo, 28% trastornos de ansiedad, 18% personalidad antisocial y 7% esquizofrenia. La presencia de depresión mayor entre los que usan drogas varía entre 30% a 50%.

Esto coincide con los resultados de este estudio donde se aprecia que tres de cada diez pacientes han sido diagnosticado con ansiedad y casi la misma medida con depresión (27%), uno de cada diez fue diagnosticado con esquizofrenia y 2.4% con trastorno bipolar. Por tanto, estos datos refuerzan que la comorbilidad psiquiátrica es una realidad en los pacientes consumidores y que están siendo tratados en estos centros de rehabilitación. Mas esfuerzos son necesarios desde los servicios de salud del Estado para dar respuesta, diagnosticar y establecer tratamiento correspondientes en resultados se aprecia que muy pocos de ellos recibieron tratamiento para la comorbilidad específica. Cerca de dos tercio de los participantes fueron clasificados con distrés psicológico severo de acuerdo a la escala de *Kessler K-10*. Además, un poco más de un cuarto de los participantes fueron clasificados según la escala de *APGAR-familiar* con severa disfuncionabilidad familiar. A pesar de que este es un estudio exploratorio, el tema de la familia es algo que amerita mayor atención para quienes hacen políticas públicas de cara a la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

No se debe perder de vista que la familia es como un subsistema social abierto en constante interacción con el medio natural, cultural y social, donde cada uno de sus integrantes interactúa como micro-grupo, con un entorno familiar donde existen factores de alta relevancia en la determinación del estado de salud-enfermedad.¹⁷ Por otro lado, la familia es como un sistema abierto que incluye una estructura organizada de individuos que constituyen vínculos estables, que implican relaciones sexuales prescriptas entre las familias y prohibidas entre los otros miembros, unidos por necesidades de sobrevivencia, pertenencia,

bienes afectivos y que comparten una dimensión temporo-espacial de cotidianidad, un proyecto de cierto futuro y un código singular.¹⁸

El interés en la co-ocurrencia de trastornos mentales y consumo de sustancias es importante porque afecta el curso, el tratamiento y el pronóstico de ambos trastornos negativamente. La relevancia clínica de los trastornos mentales entre las personas con adicciones es bien conocida.¹⁹ La presencia de trastornos de salud mental y consumo de drogas, pueden producir déficit cognitivo, problemas interpersonales, daño emocional y biológico. Por ende, el tratamiento de cada problema se hace más difícil, se requiere un mayor uso de los servicios de emergencia, aumenta la vulnerabilidad social y los costos asociados con el tratamiento, así como disminuye la adhesión al tratamiento médico. Parte de la complejidad del consumo de sustancias se refleja en el hecho que casi la mitad de los participantes del estudio reportaron alguna vez en la vida, haber tenido problemas con la justicia.

CONCLUSIÓN

Según el test *Kessler* K-10 aplicado solo a 36 pacientes de los 41, el 55.7% de los pacientes fue clasificado como "muy severo". Al aplicarle otro test para medir la funcionalidad familiar (APGAR), el 53.8% fue clasificado como "normalfuncional". La mayoría de los pacientes 56.1% afirmó haber tenido problemas con la policía/justicia en el último año y hubo al menos un paciente que afirmó haber tenido 20 veces problemas legales.

Limitaciones del estudio

Los resultados de esta investigación no pueden ser generalizables para todos los centros de rehabilitación de Nicaragua, debido a que solo se tomaron en cuenta para los centros de León, sin embargo estos hallazgos brindan un norte sobre el estado de los centros de este departamento.

Recomendaciones

Se sugiere promover la atención en unidades de salud perteneciente al Sistema de Salud gubernamental para favorecer el acceso y la equidad al tratamiento. Tanto la Escala de *Kessler*-k10 como el APGAR-familiar pueden ser usados con el propósito de diagnóstico de la comorbilidad y el segundo para valorar en ellos la funcionabilidad familiar como una herramienta en Atención Primaria en Salud.

AGRADECIMIENTO

Al Gobierno de Canada/DFAIT; Organización de Estados Americano (OEA); Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); al Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto (CAHM/Toronto/Canada), a todos los participantes por formar parte del estudio, finalmente a los maestros y a las autoridades universitarias y de los centros de rehabilitación por su apoyo y colaboración.

REFERENCIAS

1. Carey K. Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: a collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Ment Health J.* 1996 Jun; 32(3):291-306.
2. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Mecanismo de Evaluación Multilateral. Nicaragua: Evaluación del progreso de control de drogas 2005-2006. Washington D.C. (US): 1889 F Street, N.W; 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe WHO-AIMS sobre el sistema de salud mental en Paraguay. Asunción (PY): Oficina Regional de la OPS/OMS para las Américas, 2006.
4. Junta Nacional de Drogas, SIDUC-OEA. Primera encuesta nacional y segunda de Montevideo sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Informe preliminar tabla de resultados. Octubre, 2003.
5. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Of Sanit Panam.* 1992 Ago; 113(2):137-49.
6. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hirip, E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002 Aug; 32(6):959-76.
7. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health.* 2001 Dec; 25(6):494-7.
8. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978 Jun; 6(6):1231-9.
9. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract.* 1982 Aug; 15(2):303-11.
10. Centers for Diseases Control and Prevention. Software Epi Info versión 3.5.1. CDC; 2008.
11. Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, Goodwin F. Co-morbidity of mental disorders

- with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*. 1990 Nov 21; 264(19):2511-8.
12. Brady K, Randall C. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1999 Jun; 22(2):241-52.
13. Dixon L, McNary S, Lehman A. Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 1995 Mar; 152(3):456-8.
14. Burnan MA, Waticins KE. Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care. *Health Aff (Millwood)*. 2006 May-Jun; 25(3):648-58.
15. Organización Pan-Americana de Salud, Organización Mundial de Salud. Informe preliminar León, estudio multicentrico, género, alcohol, cultura y daño. Managua (NI): PAHO, 2006.
16. Berríos BA, Díaz Aberasturi A, Herrera A, Espinoza MB, Panadero HS, Vazquez CJJ. Estudio sobre la situación, comportamientos y actitudes de la juventud en situación de riesgo de exclusión en León, Nicaragua. León (NI): Editorial Universitaria; 2011.
17. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de intervención familiar: una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona (ES): Doyma; 1988.
18. Vidal R. Conflicto psíquico y estructura familiar. *Sistemas abiertos*. Montevideo (UY): Ed. Psicolibros; 2001.
19. Hersh DF, Modesto-Lowe V. Drug abuse and mood disorders. In: Henry BK, Bruce J, Rounsaville MD, editors. *Dual diagnosis and treatment*. New York (US): Marcel Dekker, Inc; 1998. p. 177-201.

Correspondencia: Andrés Herrera Rodríguez
Centro de Investigación en Demografía y Salud
Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Nicaragua
Esquina de los Bancos 2 y media cuadra abajo - León, Nicaragua
E-mail: andrés.herrera@unanleon.edu.ni