

Calidad de vida de adolescentes y adultos jóvenes foráneos adictos atendidos en las comunidades terapéuticas El Cocal y El Quinqué

Life quality of addicted adolescents and young adults' therapeutic communities from El Cocal and El Quinqué

Dra. Yurisán E. Rosales Casavielles^{1*}

Dra. Mayra Góngora Herse¹

Dra. Evelyn J. de la Rosa Rosales²

Lic. Elisabeth de la Rosa Rosales³

MSc. Juan Rafael de la Rosa de la Rosa³

¹Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué. Holguín, Cuba.

²Policlínica Máximo Gómez Báez. Holguín, Cuba.

³Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yurisanhlg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el consumo de sustancias tóxicas supone un grave problema biológico, psicológico y social para los individuos adictos.

Objetivo: caracterizar las adicciones en pacientes adolescentes y adultos jóvenes foráneos atendidos en las Comunidades Terapéuticas El Cocal y El Quinqué.

Método: se realizó un estudio descriptivo a los 612 adolescentes y adultos jóvenes foráneos atendidos que ingresaron entre el 2001 y 2015 en las Comunidades Terapéuticas de Holguín, Cuba. Los factores de riesgo se precisan en las historias clínicas, donde aparecen el examen

psiquiátrico, historia social psiquiátrica, entrevistas individuales, dinámica familiar y estudios psicológicos.

Resultados: prevaleció el sexo masculino, con el 93,6%, y el grupo de edades 20 a 24 años, con el 88,6%; el inicio del consumo ocurrió entre los 13 y 17 años, con el 49,5%, así como el 52,9% con nivel académico de bachiller elemental; el 66,7% se encontraban solteros y el 60,5% nunca tuvo vínculo laboral. Las principales drogas de consumo fueron alcohol (94,3%), marihuana (85,1%) y cocaína (84,3%). Los factores de riesgo personalógicos y familiares desempeñaron un papel determinante para el uso y abuso de drogas, con el consiguiente deterioro paulatino de la calidad de vida.

Conclusiones: la adicción prevalece en jóvenes del sexo masculino policonsumidores, en que los factores de riesgos tuvieron un papel determinante en el uso y abuso de drogas legales e ilegales, que genera el deterioro de su calidad de vida.

Palabras clave: adicción a drogas, trastornos relacionados con cocaína, adicción a marihuana, adicción al alcohol, adolescente, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: drugs have become a terrible biological, psychological and social problem, affecting addicted individuals' quality of life.

Objective: characterize adolescents and young-adults addictions and life quality, treated at El Quinqué and El Cocal Therapeutic Communities.

Method: a descriptive study on a sample of 612 adolescents and young-adults admitted in the therapeutics communities of Holguin, Cuba, from 2001 to 2015. Risk factors, psychiatric history, individual interviews, familiar dynamics and psychological studies are included in the clinical records.

Results: males prevailed in 93.6%, and the age groups from 20 to 24 reached 88.6%. Consumption between 13 and 17 years old were 49.5% as well as the 52.9% % with elementary bachelor. The 66.7% were single, 60.5% had never worked. Consumption main drugs were alcohol up to 94.3%, marijuana with 85.1% and cocaine elevated to 84.3%. The personological and family risk factors for the use and abuse of drugs, diminishes their life quality.

Conclusions: addiction prevails in polychocumenical male adolescents. Risk factors are the key to the use and abuse of legal and illegal drugs. They gradually deteriorate life quality.

Key words: drug addiction, cocaine related disorders, marijuana addiction, alcohol addiction, adolescent, quality of life.

Recibido: 16/12/2016.

Aprobado: 06/11/2018.

Introducción

La adolescencia es una época de importantes cambios proclives a conductas de riesgo.¹ Nuestra sociedad se preocupa por la adolescencia. En sus preceptos le trasmite responsabilidad y la idea del derecho de nacer deseado y protegido, pues solo así se podrá mantener el concepto de familia.^(2,3) La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adolescencia comprende el período de vida entre los 10 y 19 años y juventud desde los 15 a los 24 años, lo cual varía en cada país. En Cuba, se considera que el individuo es adulto joven a los 21 años.^(4,5)

Los adolescentes atraviesan por un período crítico de cambios físicos y psicológicos, que conllevan diversos riesgos, hasta que logran adquirir y desarrollar competencias cognitivo-afectivas y sociales que permiten llegar adecuadamente a la adultez.^(4,6)

En esta etapa afloran características de rebeldía, egocentrismo, cuestionamiento, inestabilidad, inseguridad y necesidad de autonomía, con las que es preciso lidiar sabiamente.

Para reafirmar su identidad toman distancia de sus padres; etapa cuando el grupo cobra un significado gravitante, ya que la aceptación o el rechazo es un aspecto crucial en esta etapa.

Los adolescentes pueden adoptar diferentes conductas de riesgo, como: uso y abuso de alcohol, tabaco u otras drogas ilegales, inicio de relaciones sexuales precoces, violencia o la asociación con grupos violentos. Todo lo anterior pone en peligro su salud y en ocasiones su vida. La sensación de vulnerabilidad los hacen sentirse especiales, mejores, diferentes y, a

menudo, les dicen a sus padres: "... a mí no me va a pasar nada", sobre todo en defensa del consumo de droga.^(7,8,9)

En la familia ocurren situaciones que, dependiendo de las condiciones y posturas que encuentren los adolescentes, les facilitará superar esta etapa y los ayudará a consolidar sus recursos y habilidades psicosociales.

La familia tiene un papel importante en la aparición de problemas en las distintas esferas del desarrollo del adolescente,

por lo que se ha comprobado que el uso de drogas ilegales dependen más de la calidad de las relaciones padre-adolescente que de otros factores.

Es importante señalar que la familia es el primer elemento socializador que educa y forma al individuo. Su buen funcionamiento permite que sus miembros sean personas autónomas capaces de enfrentarse e integrarse a la vida. Por el contrario, puede convertirse en una influencia gravitante en la aparición y mantenimiento de problemas de consumo en los adolescentes.

El consumo de droga suele originarse en la adolescencia y está vinculado con el experimento de nuevas conductas, la auto-afirmación, el desarrollo de relaciones íntimas y el abandono familiar.⁽¹⁰⁾

Para el adolescente el grupo adquiere mucho poder, lo aleja de la familia y puede aparecer en el adolescente el síntoma droga como una solución no adaptativa del funcionamiento familiar.

Según, la OMS, a través del WHOQOL Grupo, la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y los valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses, pero se afecta por el consumo de droga.⁽¹¹⁾

La tendencia al incremento de ingresos de adolescentes en nuestra clínica y el deterioro que ocasiona el uso y abuso de sustancias tóxicas en relación con la edad de consumo, nos motivaron a profundizar en el estudio de este grupo poblacional.

Método

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de adolescentes y adultos jóvenes foráneos adictos que ingresaron del 2001 al 2015, en las Comunidades Terapéuticas El Cocal y El Quinqué, de Holguín, Cuba, cuyos datos se recogieron de las historias clínicas.

Las variables fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, vínculo laboral, drogas consumidas, inicio del consumo y factores de riesgo. Los grupos de edades quedaron distribuidos de la siguiente forma: de 16-19 y 20-24 años.

Para la clasificación del nivel de escolaridad: Primaria: 1^{ro} - 6^{to} grados, bachiller elemental: 7^{mo} - 9^{no} grados y bachiller superior: 10^{mo} - 12^{mo} grados.

Estado civil: soltero, casado(a) o acompañado(a), divorciado(a) o separado(a).

Del vínculo laboral se hicieron tres grupos: nunca tuvo vínculo laboral, perdido al enfermar y mantiene vínculo laboral.

Los factores de riesgo familiares y personológicos se buscaron en cada paciente, mediante el análisis de la información recogida en las historias clínicas y estudios psicológicos individuales. En la valoración de los rasgos de personalidad se utilizaron los criterios operacionales, según *Harold I. Kaplan y Sadock BJ.*⁽¹²⁾ En el funcionamiento familiar se evaluaron características funcionales y disfuncionales.

Se consultó el protocolo de evaluación familiar, que incluye: entrevista al familiar acompañante (madre, padre, hermano, pareja), entrevista al paciente y resultados de la dinámica familiar inicial. Con la frecuencia y los porcentajes de cada variable se confeccionaron tablas para facilitar un mejor análisis de los resultados.

Resultados

El 93,6% de los pacientes eran masculinos, entre 20 - 24 años, el 88,6% del total de la muestra, y el 52,9%, bachilleres elementales (tabla I).

Tabla I. Distribución de pacientes según sexo, edad y escolaridad

Distribución		n	%
Población	Hombres	573	93,6
	Mujeres	39	6,4
Edad (años)	16 – 19	70	11,4
	20 – 24	542	88,6
Estudio terminado	Primario	82	13,4
	Bachiller elemental	324	52,9
	Bachiller superior	206	33,7
	Total	612	100

Fuente: Bases de datos e historias clínicas.

El 66,7% de los pacientes se encontraban solteros y el 60,5% nunca tuvo vínculo laboral (tabla II).

Tabla II. Distribución de pacientes según estado civil y vínculo laboral

Distribución		n	%
Estado civil	Soltero	408	66,7
	Divorciado o separado	81	13,2
	Casado o acompañado	23	3,7
Vínculo laboral	Nunca tuvo	370	60,5
	Perdido al enfermar	179	29,2
	Mantiene vínculo	63	10,3
	Total	612	100

Fuente: Bases de datos e historias clínicas.

Los factores de riesgos psicológicos y familiares estuvieron presente en los pacientes atendidos (tabla III).

Tabla III. Distribución de pacientes, según factores de riesgos psicológicos y familiares

Factores de riesgo	
Personológicos	Familiares
-Dificultad en el manejo de las emociones.	-Monoparentales.

<ul style="list-style-type: none"> -Relaciones interpersonales inestables e intensas. -Falta de habilidades para resolver problemas. -Baja tolerancia a las frustraciones o limitadas estrategias defensivas. -Pobre motivación y rendimiento escolar. -Rasgos anómalos de personalidad. Incapacidad para mostrar relación estable con una pareja sexual. -Baja percepción del riesgo. -Erosión de valores. -Autoestima baja. 	<ul style="list-style-type: none"> -Relaciones familiares conflictivas. -Roles parentales cambiantes. -Ausencia de valores éticos y morales. -Progenitor consumidor. -Falta de apoyo familiar y afectos -Comunicación disfuncional. -Afrontamientos familiares.
---	--

Fuente: Base de datos e historia clínica.

Las sustancias que más consumían eran alcohol, marihuana y cocaína (tabla IV).

Tabla IV. Distribución de pacientes, según drogas consumidas y años de consumo

Distribución		n	%
Drogas consumidas	Alcohol	577	94,3
	Marihuana	521	85,1
	Cocaína	516	84,3
	Otras drogas	93	15,2
Inicio del consumo (años)	-12	64	10,5
	13-17	303	49,5
	18-21	140	22,9
	22-24	105	17,1
	Total	612	100

Fuente: Base de datos e historias clínicas.

Discusión

Consideramos importante centrar este trabajo en: cómo la enfermedad adictiva perjudica la calidad de vida del adolescente y adulto joven. El consumo generalmente se inicia en la

adolescencia, con un período de silencio personal y familiar, para que se realice la confrontación y la solicitud de ayuda del individuo a su familia.

La población adulta se diferencia de la población escolar en el aumento del consumo continuado de casi todas las sustancias, no así la población más joven, en la cual aumenta el consumo esporádico. Pudiera estar dado también, porque al inicio del consumo no se tiene conciencia de la enfermedad; el individuo se auto-engaña y por eso no solicita atención especializada.

En algunos países latinoamericanos no se ofrece alternativas a niños y adolescentes para la utilización del tiempo libre y en la mayoría de los colegios no se enfatiza sobre las actividades, en ese período. La desocupación es un problema por la que los adolescentes provenientes de clases medias y bajas tienen un tiempo libre prolongado, como caldo de cultivo para la instauración del comportamiento adictivo que fortalecen la pobreza y la ignorancia en esos grupos sociales.

En las clases media y alta la sobreprotección y los objetivos hedónicos, favorecidos por los medios de comunicación, no permiten la utilización apropiada del tiempo libre y por tanto se favorece el consumo.

Esta mayor incidencia en este grupo de edad es debido a que el adolescente atraviesa un período crítico de cambios físicos y psicosociales, con una personalidad pobre, sin madurez suficiente para su edad cronológica, no se encuentra preparado para el medio social que le toca vivir, al carecer de verdaderos valores y principios, incluso de aspiraciones elevadas; que las condicionan al riesgo de experimentar cosas nuevas.

Esta etapa se caracteriza por rebeldía, egocentrismo, necesidad de autonomía e inseguridad. El grupo de amigos es clave en la toma de decisiones, pero no se tiene en cuenta el criterio de la familia. Dicha característica es propia de estas edades y se convierten en factores de riesgo, sin un manejo y orientación adecuados hacia los adolescentes.^(1,7)

Estimamos que los resultados académicos en el nivel medio de enseñanza escolar se corresponden con el inicio de consumo, oculto a los familiares, pero para el paciente se efectúa

con un ritmo más o menos controlado, lo cual permite que este concluya, aunque de forma irregular, la enseñanza media. A partir de esta etapa se intensifica el consumo, se hace incontrolable e impide la continuación o culminación exitosa de estudios superiores.

Es importante destacar que en los exámenes aplicados, a pesar de su nivel escolar referido, intelectualmente su rendimiento está por debajo de la media para esa etapa de la vida.

Sin embargo, puede influir en que, después de esta etapa el consumo de drogas en jóvenes provoque alteraciones cerebrales en las funciones atencionales, memorísticas, espaciales y motoras, con dificultades en el rendimiento escolar.^(12,13,14)

Los pacientes estudiados mostraron una conducta promiscua, basada en relaciones inestables e intensas de corta duración, junto a la pérdida de valores.

Esos adolescentes o adultos jóvenes foráneos no habían tenido vínculo laboral, debido a que presentaron desorientación vocacional e insuficiente orientación en la búsqueda de un puesto de trabajo. Cuando lo conseguían, las relaciones se volvían conflictivas, no se adaptaban a las normas, por lo que no lograban mantener el vínculo laboral.

El consumo de sustancias psicoactivas exagera rasgos anómalos de personalidad e impide el desarrollo de una conducta laboral apropiada, por lo que se dedican fundamentalmente a actividades ilegales o marginales para solventar el consumo, a pesar de encontrarse en la etapa más productiva de la vida.^(1,12)

Estas características facilitan comportamientos disociales, como tráfico de drogas, robo y violencia. Coincidimos con la bibliografía revisada donde se plantea que el adicto, antes de consumir, es una persona con gran dificultad de relacionarse consigo mismo y con los demás. Es caprichoso, impulsivo, difícil de entender y presenta también componentes agresivos y autoagresivos. Estas características comienzan a ser la base de dificultades sociales que conforman los factores de riesgos personalológicos que llevan al consumo de drogas.

Otras literaturas revisadas ven al adicto, antes de consumir, emocionalmente empobrecido, con dificultades en sus relaciones, mentiroso, con inestabilidad afectiva; que oscila en períodos de

pasividad, angustia y agresividad. En la personalidad se observa un abanico de estructuras psicológicas, todas con un punto común: alteración en su formación y estructuración.^(1,13,14)

La dinámica familiar representa un elemento básico en la estructura y maduración de la personalidad, por lo que cuando un eslabón de dicha dinámica se afecta, se rompe el equilibrio entre sus miembros inevitablemente.

Los factores de riesgo familiar están dados, fundamentalmente, por trastornos en la comunicación, escasos mecanismos de enfrentamientos a las crisis, progenitores adictos, familia monoparental, falta de apoyo, afectos, roles parentales cambiantes y conflictos familiares.

En estudios sobre familia y drogodependencia se plantea que la disfunción familiar no nace con la aparición de la droga, sino que la adicción se desarrolla en un contexto familiar con conflictos que afectan su clima y estructura de progresiva. Aparece entonces la disfunción, caldo de cultivo para los factores de riesgos.⁽⁸⁾

Sin embargo, sí creemos que la familia puede actuar como variable protectora o favorecedora del consumo de drogas.⁽⁴⁾

Debemos señalar que cuando realizamos la revisión de las historias clínicas y las entrevistas a pacientes, encontramos que, en la mayoría de los casos, la droga con que iniciaron el consumo fue el alcohol. Compartimos con el Dr. Ricardo González Menéndez el criterio de que el alcohol resulta la droga portera para otras sustancias.⁽⁹⁾

La gran mayoría de estos adolescentes comenzaron con la combinación alcohol y marihuana. Su consumo aumentó evolutivamente e incursionaron en otras como la cocaína. El consumo de crack ha aumentado en los últimos años, pues es de más fácil adquisición por los sectores de menos recursos económicos y vendido por innumerables traficantes.

Es importante señalar que estos toxicómanos consumen varias sustancias, por lo que son polidrogodependientes. Los reconocimientos oportunos de los factores de riesgo permiten perfeccionar las medidas de prevención primaria y fortalecer las de prevención primordial. Este

conjunto de acciones de salud redundan en el aumento de la calidad de vida de la población comprendida en unos de los períodos más importantes del desarrollo humano.

Las afectaciones de la adicción a la calidad de vida del adolescente y del adulto joven y el sufrimiento de la familia con un miembro adicto resulta un hecho traumático, ya que los primeros llegan a depender de la droga totalmente. ^(1, 8)

En estos pacientes se observa la pérdida de los valores humanos y de la espiritualidad, daños físicos, psicológicos y biológicos, trastornos conductuales, actos delictivos y violencia, que los convierten en antisociales o disociales; ocasionan conflictos en las relaciones familiares y de los amigos, su rendimiento escolar disminuye hasta abandonan el estudio y, en ocasiones, llegan a perder la vida.

Conclusiones

La adicción prevalece en estos jóvenes del sexo masculino policonsumidores foráneos. Los factores de riesgos desempeñaron un papel determinante en el uso y abuso de drogas legales e ilegales, que generan un paulatino deterioro de la calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias. La Habana: Científico Técnica; 2006.
2. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral para la salud del adolescente. La Habana: MINSAP; 1999.
3. Borrás Santiesteban T, Reynaldo Borrás A, López Domínguez M. Adolescentes: razones para su atención. CCM.2017 [citado 25 oct 2018]; 21(3). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2180>

4. Martínez Montilla JM, Bárbara, Amador-Marín, Maria D Guerra-Martín. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enferm Glob.* 2017[citado 31 oct 2018];16(47):576-604.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300576&lng=pt
5. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Manual de normas y procedimientos para la atención integral del adolescente con énfasis en la salud reproductiva. Apoyo técnico, Servicio Contractuales. Quito: OMS; 1998.
6. Borrás Santiesteban T. Metodología para la atención a la adolescencia temprana con consumo ético o vulnerable a esta conducta.CCM.2016 [citado 25 oct 2018]; 20(4). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2446>
7. Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, González López AD, Naranjo Fundora W. Formación de capital humano para la prevención y atención de las adicciones. *Educ Med Super.*2014[citado 31 oct 2018];28(2):301-317. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000200011&lng=es
8. Velázquez Benitez D, Friman Rodríguez N, González García M. Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. CCM. 2016 [citado 25 oct 2018]; 20(4). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2467/936>
9. González Menéndez R. Como Enfrentar el Peligro de las Drogas. Santiago de Cuba: Oriente; 2000.
10. Hernández Reyes VE, Hernández Castro VH, Aguila Gutierrez Y. La promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Rev Med Electrón.* 2015 [citado 31 oct 2018]; 37(3): 246-262. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300007&lng=e

11. Iraurgi I. Instrumentos de Evaluación de la calidad de Vida Relacionada con la Salud en Toxicomanías. En: Iraurgi I, González Saiz F. Instrumentos de evaluación en drogodependencia. Madrid: Aula Médica; 2002.p.481-511.

12. Schowalter JE. Desarrollo del adolescente. En: Kaplan HI, SadockBJ. Tratado de Psiquiatría. 6^{ta} ed. México: Inter-Médica; 1997.p. 2080-2088.

13. Méndez Díaz M, Romero Torres BM, Cortés Morelos J, Ruíz Contreras AE, Próspero García O. Neurobiología de las adicciones. Rev Fac Med (Méx). 2017[citado 31 oct 2018];60(1): 6-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000100006&lng=pt

14. Pérez Leyva E, Rodríguez Padrón D, Rodríguez Padrón J, González Sánchez M, Montes Torres NV. Intervención educativa sobre drogadicción en adolescentes. CCM. 2013 [citado 23 nov 2016];17(2):237-239. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200021&lng=es



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

[No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)