

Características de los primeros usuarios que consultaron en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”

Trabajos originales

Resumen

Se describe las características de los primeros 150 usuarios que consultaron en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”. De las primeras 150 historias abiertas, fueron seleccionadas las 126 que contaban con entrevista psiquiátrica. Se destaca que el 94% de los usuarios consumía pasta base de cocaína, y que el 50% consumía, por lo menos, otra sustancia. En un 48.5% de los usuarios se diagnosticó algún trastorno psiquiátrico comórbido y un 25% manifestó haber realizado intentos de autoeliminación. El 34% presentó episodios de autoagresividad y el 59% de heteroagresividad; el 65% presentó conductas delictivas y el 61% conflictos con la ley. Se compara los datos con las características de otras muestras locales, regionales y mundiales.

Palabras clave

Centro de tratamiento
Público
Usuario
Evaluación psiquiátrica
Pasta base de cocaína
Consumo de sustancias
Comorbilidad
Tratamiento

Summary

Characteristics of the first 150 users attending the Drug Net Reference Center “Portal Amarillo” are described. Of the first group of 150 clinical records opened, 126 including the report of a psychiatric interview were chosen. Of notice, 94% of users had cocaine basic paste consumption, and 50% consumed at least an additional substance. In 48.5% a comorbid psychiatric disorder was diagnosed, and 25% stated having committed suicide attempts. Thirty four per cent presented self aggressive episodes, and 59% aggressive episodes towards others; 65% had illicit behavior and 61% conflicts with law. Data are compared with characteristics of other local, regional and international samples.

Key words

Treatment center
Public
User
Psychiatric assessment
Cocaine basic paste
Substance consumption
Comorbidity
Treatment

Autores

Juan Triaca

Médico Psiquiatra, Director Técnico del Programa Ambulatorio Portal Amarillo.

Verónica Cardeillac

Médico Psiquiatra del Portal Amarillo.

Cecilia Idiarte Borda

Médico Psiquiatra del Portal Amarillo.

Correspondencia:

jtriaca@adinet.com.uy

Introducción

En las últimas décadas, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas ha experimentado una serie de cambios cuali y cuantitativos, cuyas dimensiones la posicionan como una grave problemática de Salud Pública. Cambios anudados e indisolublemente asociados a una red familiar y sociocultural que también ha ido mutando a lo largo de estos años (Triaca, J. y cols. Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas. Proyecto Portal Amarillo (un nodo en la red). 30 pp. No publicado).

Los cambios en el tipo de consumo y la incorporación al mismo de jóvenes y aun niños, deben promover el estudio de los factores en juego. Dichos factores se relacionan con las sustancias disponibles, con el individuo consumidor, con el medio familiar social que lo rodea y con la sociedad en cuyo marco se desarrolla este consumo¹.

Cada vez existe mayor consenso en considerar el uso problemático de drogas como uno de los síntomas de nuestra sociedad contemporánea, el cual debe ser entendido del mismo modo que los actos de violencia, la delincuencia, la tendencia a involucrarse en situaciones de riesgo, los intentos de suicidio, los trastornos de la alimentación, el juego patológico, la adicción a Internet, etc. (Triaca, J. y cols. Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas. Proyecto Portal Amarillo (un nodo en la red). 30 pp. No publicado).

El aumento progresivo del consumo de cocaína, tanto en Europa como en Estados Unidos, se ubica a partir del inicio de la década de los 80²⁻⁴.

En 1985 estalla el abuso de cocaína entre las clases medias y altas y hacia el año 1988 el “crack” (base libre) se extendió entre las clases pobres. Esta forma de consumo, más rápida en su acción, de menor costo y que se asocia a criminalidad y violencia, conmueve a la sociedad norteamericana³.

En nuestro país, en la década de los ochenta, coincidiendo con la transición a la democracia, comienza a cobrar visibilidad el consumo de drogas ilegales. Inicialmente, restringía a

pequeños grupos, extendiéndose progresivamente a amplios sectores de la población, generándose además mayor demanda de atención en los diferentes dispositivos asistenciales.

En el año 1989 y por vía de un decreto presidencial, se crea el Servicio de Farmacodependencia en el Hospital Maciel. Por aquellos años y hasta el año 2001, las consultas que se realizaban en este y en otros centros asistenciales, se debían fundamentalmente al consumo de alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína inhalada (más raramente inyectada o cocinada), solventes, derivados anfetamínicos y alucinógenos.

En el contexto de la crisis socioeconómica del año 2002 comienza a instalarse en el mercado la pasta base de cocaína (PBC), provocándose una importante alarma social en torno a esta sustancia. “El ingreso de una nueva sustancia de bajo costo unitario, con márgenes de ganancia y baja inversión, con capacidad de diseminarse en su mercadeo en forma de pequeños emprendimientos individuales y sociales (instalándose como alternativa de sobrevivencia en sectores que rompen los valores de solidaridad con sus pares) es la mecha que enciende el polvorín”⁵.

La PBC es un producto intermediario en la producción de clorhidrato de cocaína, es una base que por su bajo punto de volatilización puede ser fumada. Las características de esta vía determinan que su llegada al cerebro sea mucho más rápida (segundos), y a mayores concentraciones, pero también que el cese del efecto sea más rápido (minutos). Se plantea que dichas características y el consumo de dosis altas y repetidas, están en la base de la intensa euforia, lo que junto a la sintomatología de abstinencia aguda, que produce un cuadro clínico de disforia, determinan la compulsión al consumo. Estos fenómenos se relacionan con la clínica de la PBC: consumos más intensos y reiterados que codifican para dependencia de la sustancia, deterioro psicofísico, alteraciones pragmáticas acentuadas^{3, 5, 6}.

En mayo del año 2006, abre sus puertas el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo” (Ministerio de Salud Pública - Administración de los Servicios de

Salud del Estado, Junta Nacional de Drogas, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay), que ampliando los recursos ya existentes en nuestro medio pretende, como dice su proyecto fundacional: “establecer coordinaciones profundas y dinámicas con la red asistencial ya existente” (Triaca, J. y cols. Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas. Proyecto Portal Amarillo (un nodo en la red). 30 pp. No publicado).

Excede los objetivos de esta investigación explicar los mecanismos administrativos de acceso al Portal Amarillo, aunque se considera de interés aclarar que el proceso de evaluación del paciente se iniciaba en el Comité de Recepción. Al completarse dicho proceso y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión institucionales, se decidía de forma interdisciplinaria el programa más adecuado para el usuario o, más raramente, su derivación.

En el momento de hacerse este trabajo los criterios de exclusión del Portal Amarillo eran los siguientes:

1. Intoxicación aguda.
2. Pacientes con sobredosis de drogas que requieran asistencia médica de tercer nivel.
3. Pacientes con patologías médicas agudas o crónicas que hacen que el tratamiento en un centro de asistencia sin recursos médicos de alta complejidad sea inseguro.
4. Pacientes que por su patología psiquiátrica asociada impliquen en el momento un riesgo importante para sí o para los demás.
5. Trastornos mentales graves: esquizofrenia u otras psicosis descompensadas, psicosis agudas, retardo mental severo, trastorno antisocial de la personalidad grave.

Los dispositivos planteados en el proyecto eran los siguientes: Ambulatorio, Centro Diurno y Residencial (Triaca, J. y cols. Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas. Proyecto Portal Amarillo (un nodo en la red). 30 pp. No publicado).

Son los objetivos de este trabajo: describir las características de los primeros 150 usuarios que consultaron en el Portal Amarillo; analizar la comorbilidad psiquiátrica tanto a nivel de eje I como de eje II, y comparar los hallazgos con otros trabajos a nivel local, regional y mundial.

Material y método

Se trata de un trabajo descriptivo, retrospectivo, en el cual se tomó las historias clínicas de los primeros 150 usuarios que consultaron en el Portal Amarillo. Fueron excluidas las historias de aquellos que no fueron evaluados por psiquiatra; resultaron incluidos 126 usuarios (84% del total).

Los usuarios fueron evaluados en un período comprendido entre el 2 de mayo y el 10 de julio de 2006. Los datos se obtuvieron a partir de la primera entrevista realizada por alguna de las psiquiatras del Centro. Dichas entrevistas tenían en promedio una duración de entre cincuenta y sesenta minutos, realizándose los diagnósticos de acuerdo con los criterios del DSM IV⁷.

Si bien no se contaba con una historia clínica protocolizada, hubo una serie de características que fueron investigadas de manera sistemática, seleccionándose un conjunto de variables preestablecidas que se agruparon de la siguiente manera:

- Sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad, ocupación.
- Antecedentes: familiares y personales, trastornos conductuales en la infancia.
- Consumo de sustancias: sustancia que motiva la consulta, consumo de otras sustancias, tratamientos recibidos.
- Diagnósticos psiquiátricos comórbidos.
- Trastornos de conducta: auto y heteroagresividad previas o de inicio post consumo, conductas delictivas, conflictos con la ley y su relación con el consumo.
- Indicación de tratamiento en otra institución.

Se realizó una búsqueda en Internet en las bases de datos MEDLINE y LILACS, utilizando como palabras clave “pasta base de cocaína”, “crack”, “tratamiento”, “comorbilidad”. Se obtuvo más de 550 artículos. Fueron escasos los trabajos que hacían referencia a la PBC, en virtud de lo cual se utilizó la palabra clave “crack” por presentar características similares en sus patrones de consumo.

Dada la escasez de trabajos publicados en nuestro medio, las comparaciones se harán principalmente con trabajos regionales y mundiales.

Resultados

De los primeros 150 usuarios que consultaron en el Portal Amarillo, 126 fueron evaluados por psiquiatra, lo cual representa el 84% de la muestra, que de ahora en más se considerará el total de la misma.

Datos sociodemográficos

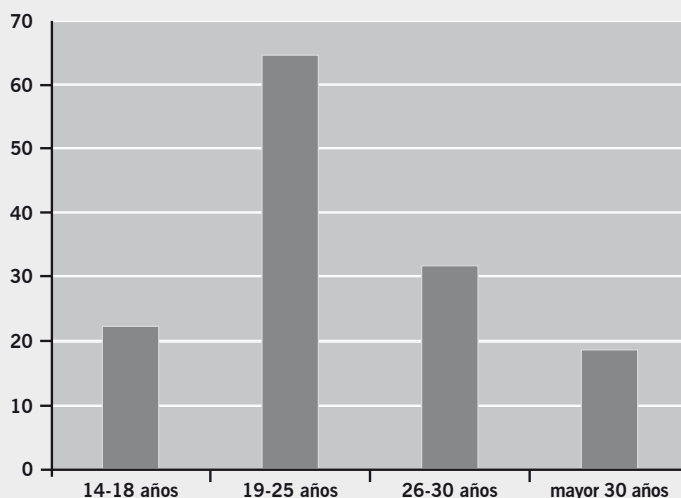
Sexo. Ciento nueve usuarios pertenecían al sexo masculino, los que representaban el 86.5% del total; las mujeres eran 17 (13.5%).

Al comparar con otras muestras se observó que en las mismas se repite esta relación hombre-mujer. En un estudio con consumidores de crack en Estados Unidos, el 77% era de sexo masculino⁸. En una muestra comunitaria de consumidores de PBC de Santiago de Chile, encontramos 62% de hombres y 38% de mujeres⁹. En un trabajo realizado en nuestro medio, tanto en el sector público como en el privado, los porcentajes eran, en ambos, de alrededor del 80% de hombres y 20% de mujeres¹⁰. En dos muestras recientes, en el Hospital Maciel y en el Hospital de Clínicas, en las que la PBC fue la sustancia predominante, se encontraron resultados similares (80% y 20% en el Maciel y de 85% hombres y 15% mujeres en el Clínicas)⁵.

Edad. En relación con la distribución por edades se observó que los usuarios entre 14 y 18 años correspondieron al 15%, entre 19 y 25 años al 50%, entre 26 y 30 años al 22%, y los mayores de 30 años representaron el 13% del total de la muestra. La mediana de edad fue de 23 años (Gráfica 1).

En algunos trabajos internacionales consultados, se encontró que el promedio de edad de los usuarios que buscaban tratamiento estaba entre los 34 y 39 años^{8,11}. En el trabajo realizado en nuestro medio, en el sector privado, el 47% de los usuarios tenía entre 16 y 30 años, mientras que en el sector público fue del 78% para la misma franja etaria¹⁰. En el

Gráfica 1 | Distribución por edades



año 2005, más de la mitad de quienes consultaron en el Programa de Uso Indevido de Sustancias del Hospital de Clínicas, eran menores de 26 años⁵.

Escolaridad. Se evidencia que un alto porcentaje de nuestros usuarios accedió a la educación formal y que un 80% completó la educación primaria.

Los datos se desglosan como sigue: No escolarizado y primaria incompleta 17 (13.5%), primaria completa 41 (32.5%), ciclo básico incompleto 37 (29.5%), ciclo básico completo 19 (15.0%), quinto de liceo o más 4 (3.0%), sin datos 8 (6.5%). Dos de los 3 usuarios no escolarizados tenían diagnóstico previo de retardo mental.

En relación con los trabajos internacionales se encontró en uno de ellos que el 59% había terminado educación secundaria y en otro que el 50% había completado primaria, 28% educación secundaria y 22% educación terciaria^{11, 12}.

A nivel regional, en una de las muestras chilenas, los datos encontrados fueron 27% no escolarizado o primaria incompleta, 18% primaria completa, enseñanza media incompleta 32% y media completa 23%⁹.

En nuestro medio, en el trabajo realizado en el Hospital de Clínicas, se encontró lo siguiente: Primaria incompleta 9%, completa o ciclo básico secundario incompleto 40%, ciclo básico completo 29% y nivel superior 14%⁵.

Ocupación. Se encontró que 79 usuarios (63.0%) no tenían actividad laboral, 43 usuarios (34.0%) sí la tenían y en un 3.0% de los casos se carecía de este dato.

En una muestra de usuarios de crack en tratamiento en Estados Unidos, se encontró que el 60% estaba desocupado⁸. En otra muestra comunitaria, también de los Estados Unidos, en usuarios de crack, un 66% estaba desocupado¹². En una muestra comunitaria chilena de consumidores de PBC el 78% estaba desocupado⁹.

Antecedentes familiares

En relación con el consumo de sustancias, encontramos que 61 usuarios (48.5%) tenían por lo menos un familiar con historia de consumo, 29 usuarios (23%) no lo tenían y en 36 (28.5%) no se contó con este dato. En la bibliografía consultada esta variable no fue relevada.

Antecedentes personales

Antecedentes de consultas psiquiátricas previas. Se encontró que 57 usuarios (45%) habían consultado psiquiatra previamente, no estando discriminado los que consultaron por síntomas vinculados al consumo, de los que lo hicieron por otras razones.

En relación con los datos de los usuarios del Hospital Maciel, el 37% había tenido consultas psiquiátricas previas⁵.

Antecedentes personales de intento de autoeliminación (IAE). Se evaluó este dato por separado por considerarlo de particular relevancia en esta población.

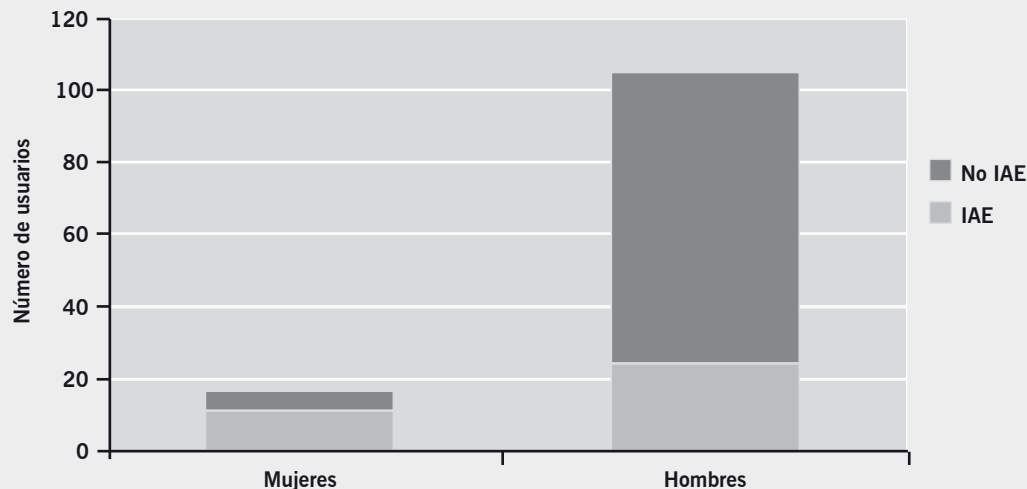
Los datos obtenidos fueron: 31 usuarios (25%) habían realizado un IAE, de los cuales 21 pertenecían al sexo masculino y 10 al sexo femenino (Gráfica 2).

En relación con el número total de mujeres representa un 59%, mientras que en el caso de los hombres representa un 19%.

Al compararlo con un trabajo reciente de nuestro medio realizado en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Maciel, se encontró que en una muestra de 95 usuarios, el 35% realizó uno o más IAE. En esta muestra, el 84% de las mujeres y el 22% de los hombres habían realizado algún IAE¹³.

Trastornos de conducta en la infancia (heteroagresividad, inquietud psicomotriz, etc.). Sesenta y nueve usuarios (55%) manifestaron algún tipo de trastorno conductual, 41 (32.5%) lo negaron y en 16 casos (12.5%) no se cuenta con el dato.

Gráfica 2 | IAE con relación al sexo



Sustancia por la que consulta

Del total de 126 usuarios, 119 (94%) consultaron por consumo de PBC, 5 de ellos (4%) por clorhidrato de cocaína, 1 por consumo de alcohol (1%), y por consumo de marihuana también 1 usuario (1%).

Al considerar los trabajos de nuestro medio, ya citados, se observa que uno de ellos fue realizado sobre la base de datos previos al inicio del consumo de PBC¹⁰. Destacamos que es a partir del año 2002 que el consumo de PBC aparece en los registros del Observatorio Uruguayo de Drogas¹⁴. En trabajos más recientes, en el Hospital de Clínicas y Maciel, se advierte que el motivo de consulta más frecuente también fue debido al consumo de PBC, aunque no se menciona cifras en dichos trabajos⁵.

Consumo de otras sustancias

Del material analizado se desprende que 50 de los usuarios (40%) utilizaron PBC como única sustancia y que 7 usuarios (5.5%) utilizaron otra única sustancia distinta a la PBC.

Los 63 usuarios restantes (50%) consumieron por lo menos otra sustancia además de la PBC, sobre todo marihuana y alcohol. No contamos con el dato de 6 usuarios (4.5%).

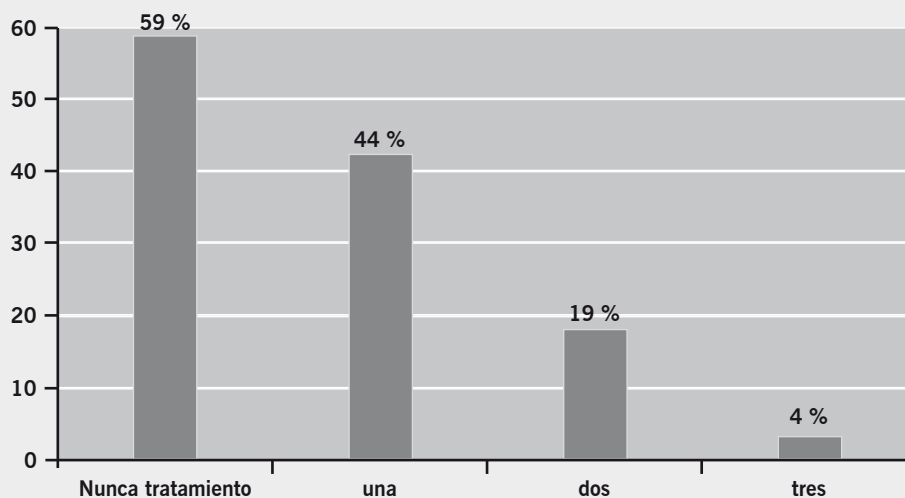
Todas las muestras mencionadas presentaban igualmente altas tasas de consumo de otras sustancias, y al igual que en nuestra muestra predominaron en porcentajes variables el alcohol y la marihuana^{5, 8, 10-12}.

Tratamientos previos

Se incluyó como modalidades terapéuticas: Dispositivos ambulatorios, comunidades terapéuticas e internaciones, en general en salas de psiquiatría. Se considera por separado los abordajes no técnicos.

De los datos relevados, se encontró que 67 usuarios (53%) habían solicitado tratamiento previamente. La mayoría, 44 usuarios (35%), a través de una única modalidad, 19 (15%) habían recibido tratamiento mediante dos modalidades, y 4 (3% restante) habían sido tratados en las tres modalidades (Gráfica 3).

Gráfica 3 | Tratamientos realizados previamente



Como se dijo, los abordajes no técnicos (programas de 12 pasos, comunidades religiosas) fueron considerados por separado. Se encontró que 30 usuarios (24%) habían recurrido a ellos, de los cuales 16 (12.5%) lo habían hecho de forma exclusiva.

Al considerar los 59 usuarios (47%) que nunca habían recibido tratamiento, encontramos que 56 consultaban por PBC.

Comorbilidad psiquiátrica

En el trabajo fue considerada únicamente la primera entrevista psiquiátrica, siendo esto una limitante para la realización de diagnósticos psiquiátricos comórbidos. No obstante, en virtud de la elevada frecuencia de asociación comórbida, de su incidencia en las manifestaciones clínicas, pronósticos y abordajes terapéuticos, los autores la consideran, aunque con carácter provisional, de acuerdo con los criterios del DSM IV⁷.

En los datos analizados se encontró que 61 usuarios (48.5%) presentaron alguna comorbilidad psiquiátrica. De acuerdo con el diagnóstico por ejes del DSM IV, se encontró en 15 usuarios (12%) algún diagnóstico comórbido en eje I y en 46 de ellos (36.5%) una asociación comórbida en el eje II. En 65

usuarios (51.5%) no se realizó diagnósticos comórbidos.

Diagnósticos en eje I. Correspondieron a: Esquizofrenia 6 usuarios (4.5%); trastorno por déficit atencional 3 (2.5%); trastornos del estado de ánimo 3 (2.5%), de los cuales 2 correspondieron a trastornos depresivos y 1 a trastorno bipolar de tipo II; trastorno de la conducta alimentaria 2 (1.5%) y 1 trastorno obsesivo compulsivo (1.0%).

Diagnósticos en el eje II. Correspondieron a: 40 usuarios (32% de la muestra) con diagnóstico de trastorno de la personalidad, de los cuales 37 correspondían al grupo B (el 92% de los diagnosticados como trastornos de la personalidad) y los otros 3 al grupo A.

En 6 usuarios (4.5%) se planteó el diagnóstico de retardo mental.

En uno de los trabajos internacionales mencionados, que analiza una muestra de 7.402 pacientes con trastornos relacionados con sustancias, sus autores refieren que la prevalencia de trastornos del eje I es del 14%, mientras que la asociación comórbida en el eje II fue, solo para el trastorno de personalidad antisocial, del 39%, destacándose la variabilidad de asociaciones comórbidas según el patrón de consumo y el tipo de sustancia consumida¹⁵.

Otro de los trabajos, con una muestra ambulatoria de 313 usuarios de crack, refiere la presencia de trastornos comórbidos en el 36%, siendo el más frecuente, dentro del eje II, el trastorno de personalidad antisocial (24%) y en relación con el eje I, los episodios depresivos (18%) y el trastorno por estrés postraumático (12%)².

En una investigación en la que se compara datos de Italia y Estados Unidos, se afirma que los trastornos de eje I oscilan entre un 20 y un 25% y los de eje II, sobre todo del grupo B del DSM IV, alcanzan cifras de hasta un 50%. En el mismo trabajo se señala que en la asociación comórbida entre trastornos por consumo de cocaína y trastornos del eje I, predominan los trastornos del estado de ánimo, 20%, quedando mucho menos representados los trastornos psicóticos, con alrededor de un 5% de asociación¹⁶.

Otros autores observaron que la comorbilidad con trastornos afectivos fue de entre un 33 y 53%, destacándose la elevada prevalencia del trastorno bipolar, 20 a 50%¹⁷.

En diferentes trabajos de investigación que estudiaron la relación comórbida entre trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la personalidad se encontraron cifras significativas de hasta un 60%, particularmente con los trastornos del grupo B^{18, 19}. En otros trabajos se plantea que dicha asociación es del orden del 46%, sobre todo con el trastorno antisocial (entre un 26 y un 53%) y el borderline (18%)²⁰⁻²².

Al consultar la bibliografía, a nivel local no se encontraron trabajos sobre diagnósticos psiquiátricos comórbidos. En la encuesta realizada por el equipo del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD), se hace mención a la ansiedad como el síntoma de mayor prevalencia⁵.

Trastornos de conducta

Los IAE ya fueron consignados en el ítem antecedentes personales. En lo que se refiere a otras conductas autoagresivas (por ejemplo, cortes en miembros, quemaduras, golpes), las

mismas fueron consignadas en 43 usuarios (34%), de los cuales 27 (21.5%) presentaron conductas autoagresivas previas al inicio del consumo, 14 (11%) las iniciaron luego del mismo y en 2 de ellos (1.5%) no se contó con el dato.

En relación con conductas de heteroagresividad, las mismas se encontraron en 74 usuarios (59%). En 45 (35%) estas conductas fueron previas al inicio del consumo. Cuarenta y seis usuarios (36.5%) negaron conductas heteroagresivas. No se contó con el dato de 6 usuarios (4.5%).

Treinta usuarios (24%) presentaban ambos tipos de conductas (auto y heteroagresivas); en 22 usuarios (17.5%) estas fueron previas al inicio del consumo.

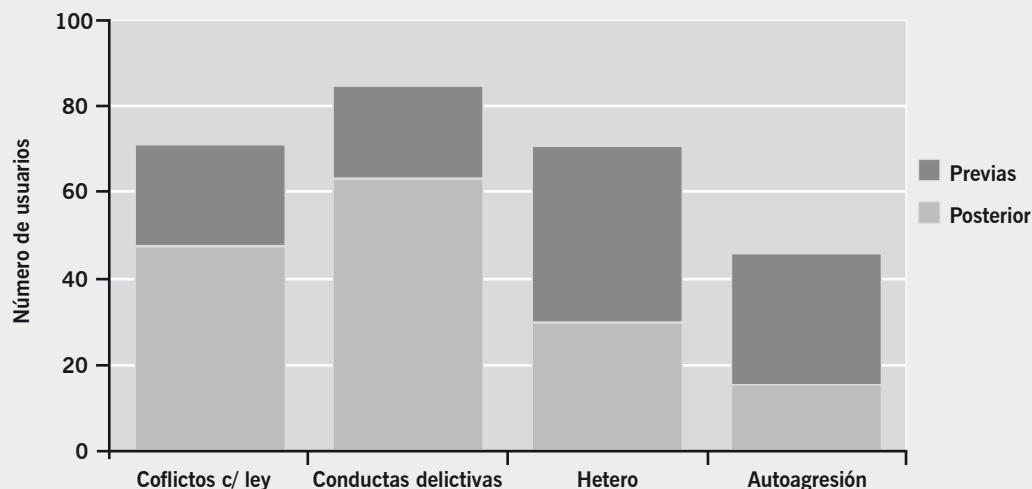
En relación con conductas delictivas, se encontró que 82 usuarios (65%) respondieron afirmativamente y 41 (32.5%) las negaron. No se contó con el dato de 3 usuarios (2.5%). En 19 usuarios (15%) estas conductas eran previas al inicio del consumo.

En cuanto a conflictos con la ley, en los que se incluyó detenciones y procesamientos, 77 usuarios (61%) respondieron afirmativamente, 47 (37.5%) lo negaron y en 2 usuarios (1,5%) no se contó con el dato. En cuanto a si dichos conflictos eran previos al inicio del consumo de sustancias, 15 respondieron afirmativamente (12%) (Gráfica 4).

Indicación de tratamiento en otra institución

En este ítem se considera aquellas situaciones en las que se indicó la derivación a otros centros diferentes al Portal Amarillo. En 8 usuarios (6%) se realizó la derivación a un servicio psiquiátrico, en virtud de que presentaban criterios clínicos de exclusión que imposibilitaban su asistencia en un centro de rehabilitación con las características del Centro. De estos, 4 (3%) fueron derivados a servicio de emergencia en virtud de la gravedad del cuadro clínico. Siete usuarios (5.5%) contaban con otro tipo de cobertura y otros siete usuarios (5.5%) discontinuaron el tratamiento por procesamientos judiciales.

Gráfica 4 | Trastornos conductuales y relación con el consumo



Comentarios y conclusiones

En relación con el análisis de las *características sociodemográficas* de los primeros usuarios que consultaron en el Portal Amarillo, importa consignar que por tratarse de un centro de asistencia público, un criterio de admisión es contar con carné de asistencia del Ministerio de Salud Pública, lo cual define un perfil de usuarios de escasos recursos socioeconómicos.

El 65% de los usuarios era menor de 25 años, lo cual contrasta claramente con las muestras internacionales comparadas. Esto podría vincularse a las características de nuestro sistema de salud y de la propia institución, al inicio temprano del consumo y a las características de la PBC, que hacen que la precocidad de la consulta sea también a expensas del daño psicofísico provocado por la misma.

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística del año 2006, a los 20 años en el país urbano el 9% de las personas que están por debajo de la línea de pobreza completó la *educación formal* (12 años)²³. En nuestra muestra este porcentaje es francamente menor. Son pocos los usuarios que trabajan o estudian en el momento de la entrevista, lo cual podría

vincularse a la vulnerabilidad social y a las características del consumo. Sería interesante conocer el porcentaje de usuarios que abandonaron o perdieron su trabajo como consecuencia del consumo.

Casi la mitad de los usuarios contaba con *antecedentes familiares de consumo de sustancias*. Llama la atención que un porcentaje tan alto de usuarios (28.5%) y familiares acompañantes no pudieran consignar este dato. Destacamos ambos datos en virtud de que es conocido el riesgo aumentado de ser consumidor de sustancias si uno de los progenitores lo es; riesgo que no es necesariamente para la misma sustancia²⁴.

Asimismo, corresponde resaltar que el consumo de alcohol es frecuentemente negado o minimizado tanto en los antecedentes familiares como en los propios usuarios.

Son muchas las razones por las cuales los *intentos de autoeliminación* adquieren jerarquía en la población consumidora de sustancias. De por sí el consumo se considera un factor de riesgo para IAE, como para suicidio consumado^{13, 25-27}. Los IAE se producen tanto durante la intoxicación como en la abstinencia, particularmente durante la disforia postconsumo^{1, 6, 25}. Muchos estudios encontraron que la prevalencia de ideación suicida

y los IAE se vinculan con la severidad y la frecuencia del uso de sustancias. La mayor asociación entre conductas suicidas y drogas es entre usuarios de coca y sus derivados^{6, 27}.

Además, algunos trabajos señalan que la asociación entre consumo de sustancias y episodio depresivo hace más probable el IAE, y sobre todo si se trata de mujeres^{27, 28}.

En la muestra de este trabajo, uno de cada cuatro usuarios había realizado un IAE previo, destacándose que en el caso de las mujeres este número se duplica.

Los trastornos de conducta en la infancia son un antecedente frecuente en los trastornos de personalidad antisocial y en los trastornos por déficit atencional, patologías que se presentan con una incidencia superior a la de la población general en los consumidores de sustancias.

Diversos estudios con adolescentes muestran que los trastornos de conducta se cuentan entre los más frecuentes dentro de esta franja etaria, con cifras de alrededor de 50% y de un 20% para trastorno por déficit atencional²⁹. Se plantea que la comorbilidad entre trastorno por déficit atencional y abuso de sustancias podría estar entre 8 y 32%³⁰.

En cuanto a la *sustancia que motiva la consulta*, el predominio de PBC podría estar vinculado a la magnitud de las repercusiones psicofísicas, a la alarma social generada en torno a esta sustancia y a que en el imaginario social el Centro resolvería la mayoría de las demandas vinculadas a la PBC.

Debemos recordar que no es la PBC la sustancia ilegal más consumida en nuestro país, sino la marihuana. Según la cuarta encuesta nacional de hogares hay 16.000 nuevos consumidores de marihuana al año, mientras que de PBC son 1.600³¹. El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva de mayor consumo en nuestro medio, del cual 50% de la población es consumidora habitual, y casi un 10% es dependiente³².

En todos los trabajos que hemos mencionado también aparecen elevadas tasas de *consumo de otras sustancias* diferentes de la que motiva la consulta. Al igual que en nues-

tra muestra, predominan en porcentajes variables el alcohol y la marihuana, los cuales no pudieron ser cuantificados.

El alto porcentaje de usuarios que consumían más de una sustancia hace que deba considerarse los efectos aditivos de las mismas. Por ejemplo, la frecuente asociación de alcohol y cocaína, que deriva en una nueva sustancia (cocaetileno) de mayor toxicidad que cada una por separado. Dicha sustancia que disminuye la sensación de embriaguez y aumenta la euforia, genera mayores repercusiones sobre el funcionamiento neurocognitivo, hepático, cardiovascular e inmune, lo cual influye en la gravedad clínica^{33, 34}.

Otra asociación frecuente es con marihuana. Interesa destacar que hay autores que plantean que dicha asociación aumenta el riesgo de dependencia a la marihuana. A su vez, también plantean que cuanto más joven y a mayor consumo, mayor es el riesgo³⁵.

Recordemos que una de las modalidades de consumo de PBC es en combinación con marihuana, conocida como basoco.

En relación con los *tratamientos previos*, que la modalidad más utilizada sea la ambulatoria podría vincularse a su más fácil acceso en relación con menor costo económico y ubicación geográfica de los diferentes centros, menor número de plazas disponibles en centros de internación y criterios de inclusión menos exigentes. El alto porcentaje de usuarios sin consultas previas podría deberse a las características propias de la población y la sustancia.

La importancia de realizar *diagnósticos comórbidos* entre trastornos por consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos no relacionados con sustancias, se basa en que dicha asociación exacerba las dificultades diagnósticas y terapéuticas que comportan ambos trastornos cuando se presentan por separado. Estos pacientes hacen un mayor uso de los recursos asistenciales, presentan un mayor riesgo de recaídas, el pronóstico se oscurece, son peores los resultados terapéuticos y presentan mayor riesgo suicida^{17, 36}. Los porcentajes de diagnósticos de comorbilidad que aparecen en la literatura varían según el país, el método diagnóstico, la presencia o no de

abstinencia. Tomaremos como diagnósticos comórbidos aquella asociación de dos trastornos con una probabilidad mayor que la predecible por el azar³⁶.

En relación con los diagnósticos psiquiátricos, cabe consignar como limitaciones de nuestro trabajo que, al momento de realizar las evaluaciones, no se contaba con una entrevista clínica estructurada propia del Centro, ni se aplicó otro tipo de instrumentos estructurados, por lo cual los diagnósticos son clínicos. Se utilizó los criterios diagnósticos del DSM IV y no la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), por resultar más fácil su comparación con otros estudios.

En cuanto al análisis de los *diagnósticos en eje I* y su comparación con otras muestras, se observa una importante diferencia en relación con los trastornos afectivos, dado que en algunos estudios se plantea una asociación comórbida de hasta un 50% y en nuestra muestra aparece solo un 2% de asociación. Planteamos que seguramente varios factores se hallan implicados en esta diferencia. Por un lado, en nuestra muestra no se aplicaron entrevistas estructuradas; se trató, como se dijo, de una única entrevista y dado que estas habitualmente se realizaban en usuarios que presentaban consumos activos de PBC, quizás se hayan adjudicado los síntomas de la esfera del humor a la disforia pre o post consumo. Queda abierta la interrogante, en el sentido de la necesidad de revalorar en la evolución y mediante otros instrumentos diagnósticos la presencia de trastornos del humor en este tipo de pacientes.

En cuanto a los *diagnósticos de eje II*, señalamos respecto al diagnóstico de retardo mental, que en nuestra muestra asciende a un 5%, si este porcentaje elevado no se deberá a las alteraciones cognitivas derivadas del consumo de sustancias, englobadas en el deterioro psicofísico que pudieron presentar los usuarios del estudio. También nos preguntamos si dicho porcentaje no está sobredimensionado, en virtud de las diferencias socioculturales entre los entrevistadores y los usuarios, que hubieran condicionado las expectativas de los primeros. Otro aspecto que debe ser considerado es que se trata de

una muestra sesgada, dado que son usuarios de un centro de asistencia pública, por tanto procedentes de sectores de bajos recursos, muchos de ellos con una importante vulnerabilidad social.

En relación con la asociación comórbida entre trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad, son numerosos los estudios que la fundamentan, particularmente con el grupo B. En nuestro trabajo se registraron porcentajes significativos de asociación comórbida, siendo sumamente elevado el porcentaje de comorbilidad con dicho grupo. Como limitación planteamos que no se pudo realizar diagnósticos específicos dentro del grupo, lo que nos impide la comparación con otros estudios en este sentido. Dicha limitación está en gran medida vinculada a las mismas causas señaladas para la realización de otros diagnósticos; como ya se dijo, se tomó solo la primera entrevista clínica y la presencia de otros factores como ser el propio consumo de sustancias y la influencia de lo sociocultural en este grupo poblacional. Consideramos que sería de gran utilidad la realización de trabajos que permitieran evaluar esta asociación en nuestra población.

Numerosos autores consideran la influencia de factores socioculturales en la etiopatogenia de los trastornos de la personalidad. Esto se manifiesta claramente para el caso del trastorno borderline de la personalidad, cuyo nexo de unión con la cultura y con vínculos inestables en la infancia temprana y familias incontinentes ha sido ampliamente estudiado³⁷.

Nos preguntamos en relación con nuestros usuarios cómo han influido las transformaciones de las redes familiares y sociales y la exclusión social, y cómo estas se expresan en la clínica.

Por otra parte, diferentes autores, en virtud de la elevada asociación comórbida entre trastornos de la personalidad y trastornos de eje I, plantean que ambos trastornos compartirían una base etiopatogénica común, a partir de lo cual existiría una continuidad rasgo-síntoma entre la personalidad y la expresión clínica³⁷.

Todo lo antedicho enfatiza no solo la importancia de evaluar la presencia de diagnósticos psiquiátricos comórbidos en los trastornos por consumo de sustancias, sino la complejidad que se asocia a la realización de los mismos.

La importancia de los *trastornos de conducta* radica no solo en su valor en la entrevista psiquiátrica de un consumidor de sustancias, sino también en su frecuencia, en la importancia de la comprensión psicopatológica y en la repercusión social.

En relación con nuestra muestra se destaca que, tanto para la auto como para la heteroagresividad, más de la mitad de quienes las presentaban lo hacían desde antes de iniciar el consumo. Los autores se plantean la importancia de los rasgos de personalidad, particularmente del grupo B, en estas conductas previas al inicio del consumo. Por otra parte, cuando existe un trastorno de la personalidad es difícil discriminar si los trastornos de conducta se originan a partir del mismo o a partir del consumo³⁸. A su vez, la comorbilidad exagera los trastornos de conducta.

En relación con las conductas delictivas y los conflictos con la ley, un porcentaje significativo manifiesta haberlas tenido, en su gran mayoría posteriores al inicio del consumo. Importa enfatizar que se incluyeron los robos intradomiciliarios. Aunque no está discriminado el dato, la impresión de los entrevistadores es que son estos tipos de conductas las que predominan. Vale destacar que se trata de una primera entrevista y que no fue fácil la obtención de este dato, que permitiera consignar si estas fueron previas o no al inicio del consumo.

Agradecimientos

Al Director de Salud Mental de ASSE, Dr. Lizardo Valdez y a la Directora Ejecutiva del Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas "Portal Amarillo", Dra. Susana Grunbaum.

Al Secretario de la Junta Nacional de Drogas, Licenciado Milton Romani.

A las autoridades de INAU.

Al equipo del Portal Amarillo y en especial a la Dra. Laura Puppo Grezzi, por permitirnos utilizar su trabajo.

Referencias bibliográficas

1. **Pouy A, Triaca J.** Drogas. Clínica y psicopatología del uso indebido de sustancias psicoactivas. Montevideo: Vintén Editor; 1995, 134 pp.
2. **Escotado A.** Historia de las drogas 3. 7 ed. Madrid: Alianza; 1998, 469 pp.
3. **Gawin F, Khalsa M, Ellinwood E.** Estimulantes. En: Gallanter M, Kleber H. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997, pp. 111-140.
4. **Martín-Pinillos F, Del Val J.** La respuesta de la sociedad ante el problema de las drogas. Fuentes de información sobre drogodependencias. En: Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC., Lizasoain I. 2ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2003, 651 pp.
5. Junta Nacional de Drogas (2006): Pasta Base: Prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Consultado el 03/02/07 en URL <http://www.infodrogas.gub.uy>
6. **Pérez J.** Clínica de la adicción a la pasta base de cocaína. Rev Chil Neuro Psiquiat 2003; 41(1):55-63.
7. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM IV). Barcelona: Masson; 1995.
8. **Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS et al.** Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:493-502.
9. **Santis R, Hayden V, Ruiz S, Anselmo E, Torres R, Hidalgo C.** Patrones de consumo de sustancias de una muestra

- no consultante de consumidores de PBC. *Rev Chil Neuro Psiquiat* 2006; 44(1):15-22.
- 10. Da Silva F, Severino G, Pérez M, Pereira T.** Características del uso indebido de drogas en centros de tratamiento en Montevideo - Uruguay. 1° parte. *Boletín Foro Alcoholismo y otras fármaco dependencias* 2003; 40:4-13.
- 11. Laudet A, Magura S, Vogel H, Knight E.** Addictions services: support, mutual aid and recovery form dual diagnosis. *Community Ment Health J* 2000; 36:457-477.
- 12. Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG.** The prevalence of psychiatric disorders among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Ner Ment Dis* 2004; 192:503-507.
- 13. Pouy A, Larrobla C.** Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas *Rev Med Urug* 2007; 23:339-350.
- 14. Informe 2007.** Situación y tendencias del consumo de drogas en Uruguay. (JND) Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO); 2007, 160 pp.
- 15. Flynn P.** Comorbilidad del trastorno de personalidad antisocial y de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con tratamiento por dependencia a sustancias. *Revista de Toxicomanías* 1998; 14:34-43. Consultado el 02/07/07 en URL <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/ret>
- 16. Clerici M.** Comorbilidad psiquiátrica y adicciones en Italia. Video Conferencia primer simposium de patología dual. Consultado el 02/07/07 en URL http://www.erasdicciones/webadicciones/número_1_febrero_de_1999
- 17. Myrick H, Cluver J, Swavely S, Peters, H.** Diagnosis and treatment of co-occurring affective disorders and substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:649-659.
- 18. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE.** Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:733-8.
- 19. Grilo CM, Martino S, Walker ML, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH.** Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1305-7.
- 20. Rounsaville BJ, Kranzler H, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E.** Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to Substance Use. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:87-95.
- 21. van den Bosch L, Verheul R, van den Brink W.** Substance abuse in borderline personality disorders: clinical and etiological correlates. *J Pers Dis* 2001; 15:416-425.
- 22. McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, Mulvaney FD, O'Brien CP.** Prognostic significance of antisocial personality disorders in cocaine dependent patients entering continuing care. *J Ner Men Dis* 2000; 188:287-296.
- 23. Katzman R, Rodríguez F.** Situación de la educación en Uruguay. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. [www.ine.gub.uy/situación de la educación en Uruguay](http://www.ine.gub.uy/situación_de_la_educación_en_Uruguay) Consultada el 02/10/07.
- 24. Enoch MA, Goldman D.** Genetics of alcoholism and substance abuse. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22:289-99.
- 25. Roy A.** Emergencias psiquiátricas: Suicidio. En: *Tratado de Psiquiatría/VI. Tomo 3.* Kaplan H, Saddock B. Buenos Aires: Ed. Intermédica; 1997, 2.752 pp.
- 26. Castro Morales J.** Suicidabilidad en adolescentes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Consultado el 02/07/07 en URL http://www.erasdicciones/webadicciones/número_8_mayo_de_2001
- 27. Roy A.** Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1215-1219.
- 28. Cottler L, Campbell W, Krishna V, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB.** Predictors of high rates of suicidal

- ideation among drug users. *J Ner Ment Dis* 2005; 193:431-437.
- 29. Greenbaum PE, Foster-Johnson L, Pretila A.** Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: prevalence research and future directions. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:52-60.
- 30. Roizblatt A, Bustamante F, Bacigalupo F.** Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. *Rev Med Chile* 2003; 131:1195-2001.
- 31. Junta Nacional de Drogas:** Cuarta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Noviembre-Diciembre de 2006. Consultado el 07/10/07 en URL <http://www.jnd.gub.uy>
- 32. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Drogas.** Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO); 2007, 137 pp.
- 33. Bolla KI, Funderburk FR, Cadet JL.** Differential effects of cocaine and cocaine alcohol on neurocognitive performance. *Neurology* 2000; 54:2285-2292.
- 34. Kessler F, De Boni D, Benzano B.** Cocaína: aspectos clínicos. En: Pérez de los Cobos, J. et al. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006, pp. 258-261.
- 35. Looby A, Earleywine M.** Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users. *Substance Abuse Treatment prevention and policy* 2007; 2:3. Consultado el 02/07/07 en URL <http://www.substanceabusepolicy.com/content/2/1/3>
- 36. Santis Barros R, Casas M.** Diagnóstico dual. Ponencia: Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario CPD de Cádiz. Consultado el 02/07/07 en URL <http://www.drogascadiz.es>
- 37. Cervera Martínez G, Martínez Aldunat D, Bolinches Claramente F, Haro Cortes, G.** Trastornos de la personalidad. En: Pérez de los Cobos, J. et al. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006, pp. 366-370.
- 38. Santis Barros R, Pérez de los Cobos J.** Modelos de relación en diagnóstico dual. En: Rubio G. et al. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002, pp. 155-187.