

COMORBILIDAD ENTRE ABUSO/DEPENDENCIA DE DROGAS Y EL DISTRÉS PSICOLÓGICO, BRASÍLIA - BRASIL

Edgar Merchán-Hamann¹, Bruna Brands², Carol Strike³, Robert Mann⁴, Akwatu Khenti⁵

¹ Ph.D. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Distrito Federal, Brasil. E-mail: merchan.hamann@gmail.com

² Ph.D. Investigator. 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 Toronto. Toronto, Canada. E-mail: bruna_brands@camh.net

³ Ph.D. Investigator. 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. Investigator. Centre for Addiction and Mental Health. University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: robert_mann@camh.net

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

RESUMEN: El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia de distrés psicológico en pacientes atendidos en centros públicos especializados en alcohol y drogas en Brasilia, Distrito Federal, Brasil. Es un estudio de prevalencia, en pacientes atendidos en los Centros de Atención Psicosocial - alcohol y drogas. Fue realizado auto-diligenciamiento de un cuestionario, o entrevista en pacientes analfabetos. Fue utilizada la escala K-10 de distrés psicológico. Los resultados muestran que 165 personas participaron, 90% hombres, edad promedio 42.9 (mediana=43). Fue relatado diagnóstico previo de depresión en 40.8% y ansiedad en 37.9%. Hubo diagnóstico actual de depresión y ansiedad en 42.9% y 48.8%, respectivamente. K-10 mostró que 31% tenían niveles severos y ~39% muy severos de distrés. Se concluye que los niveles encontrados de distrés psicológico (severo y muy severo, ~70%), cuya escala es más sensible para ansiedad y depresión, son mayores que los relatados en estudios internacionales.

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

COMORBIDITY OF DRUG ABUSE/DEPENDENCE AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS, BRASÍLIA - BRAZIL

ABSTRACT: We aimed to ascertain the prevalence of psychological distress among patients under treatment at specialized health care centers for alcohol and drugs, at the Federal District, Brasília, Brazil. Was conducted a cross-sectional study at the three Centers for Psycho-social Health Care - alcohol and drugs, using a self-administered questionnaire or interviews when patients were illiterate. We used the K-10 Psychological Distress scale. Results shown of the 165 patients who participated, 90% were male (age mean=42.9; median=43). Previous diagnosis of depression was reported by 40.8%; anxiety by 37.9%. Current diagnosis of depression and anxiety were reported by 42.9% and 48.8%, respectively. K-10 scale showed that 31% had severe and ~39% very severe psychological distress. Conclude that levels of psychological distress found in this research (severe and very severe ~70.0%), whose scale is more sensible for anxiety and depression, are higher than those found in the literature.

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

COMORBIDADE ENTRE ABUSO/DEPENDÊNCIA DE DROGAS E O SOFRIMENTO PSÍQUICO, BRASÍLIA - BRASIL

RESUMO: O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de sofrimento psíquico entre pacientes atendidos em centros públicos especializados em álcool e drogas, no Distrito Federal, Brasília, Brasil. Trata-se de um estudo de prevalência nos Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas. Foi realizado autopreenchimento de um questionário, ou entrevista em pacientes analfabetos. Foi utilizada a escala K-10 de sofrimento psíquico. Os resultados mostram que participaram 165 pessoas, sendo 90% homens (média de idade 42,9; mediana 43). Foi relatado diagnóstico prévio de depressão em 40,8% e de ansiedade em 37,9%. Houve diagnóstico atual de depressão e ansiedade em 42,9% e 48,8% dos pacientes, respectivamente. K-10 revelou que 31% tinham níveis severos e 39,0% muito severos de sofrimento. Conclui-se que os níveis encontrados de sofrimento psíquico (severo e muito severo ~70%), cuja escala é mais sensível para ansiedade e depressão, são maiores que os reportados em estudos internacionais.

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

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre abuso/dependencia de sustancias psicotrópicas y otros trastornos mentales constituye un fenómeno de alta relevancia. La conocida interacción entre los dos grupos de eventos (los relacionados con las drogas y los otros aspectos de la salud mental) plantea nuevos retos a los equipos de profesionales en los servicios de salud. Es importante determinar la frecuencia con que ocurre este fenómeno y si los centros de tratamiento por abuso y dependencia de drogas ofrecen cuidados del mismo. Este tema ha sido poco abordado en el Brasil.

La política de atención a los trastornos de dependencia y abuso ha sido incluida en el campo más amplio de la salud mental, cuya asistencia ha sido definida por el Ministerio de Salud dentro de la racionalidad del Sistema Único de Salud (SUS). Un paso fundamental en la política de salud mental fue dado en 2001 con la promulgación de la Ley Paulo Delgado (Ley Federal 10.216 de 2001). Se trataba de la culminación de los movimientos de desinstitucionalización de los pacientes (llamada "lucha antimanicomial") y de la reforma psiquiátrica que ya venía en curso desde la década de 1970. Un doble proceso fue desencadenado entonces: por una parte, la reducción progresiva del número de hospitales de gran tamaño y de camas de hospitalización de estadía prolongada; por otra parte, la organización e implantación de una red de cuidados en salud mental en la comunidad.¹

La base de esa red de atención de salud mental es constituida por los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), algunos de los cuales se han ideado para atender los principales trastornos de salud mental, estando situados en la jerarquía del SUS muy cercanos a la atención primaria. Dirigidos específicamente a personas en situaciones de abuso o dependencia, fueron concebidos los CAPS - alcohol y drogas (CAPS-AD), que operan en el primer nivel de atención, a pesar de contar con funciones especializadas y ser ideados para ciudades con más de 200.000 habitantes o en fronteras y rutas del tráfico. A partir de 2002 se desencadenó el proceso de implantación descentralizada de CAPS, y dentro de ellos de CAPS-AD. Datos de 2010 muestran que ya hay cerca de 200 CAPS-AD en el país.

Muchos estudios han sido realizados con relación a la prevalencia del uso de sustancias y trastornos de salud mental en el Brasil. Datos disponibles sobre el uso a lo largo de la vida en la comunidad muestran que la prevalencia de

dependencia de alcohol es el trastorno mental más frecuente (7.6%-14.9%), seguido de depresión mayor (3%-13%), distimia (4.9%), trastorno bipolar (0.6%-2.1%), psicosis no afectivas (0.3%-2.4%), pánico (1.3%) y dependencia de drogas ilícitas (1%).² Tales datos son compatibles con otros estudios de base poblacional realizados en el país.³

Han rescatado y revisado los datos de encuestas epidemiológicas realizadas en el Brasil al final de la década de 1990, en la base de la población, enfocando la presencia de la enfermedad mental. La prevalencia de ansiedad para el último año ha variado entre 2.4% y 12.7%.⁴ Para la depresión, las cifras varían entre 3.5% y 9.7%. Otros trastornos son más raros. Como dato curioso señalamos que estudio multicéntrico,⁵ incluyó a Brasilia, en donde se concluyó que el trastorno de ansiedad más frecuente eran las fobias cuya prevalencia en el último año fue de 11%.

El objetivo de esta investigación fue averiguar la prevalencia del distrés psicológico en los pacientes que están recibiendo atención en CAPS-AD del Distrito Federal - Brasilia. Este artículo destaca aspectos descriptivos relacionados con variables socio-demográficas, así como diagnósticos previos y actuales de comorbilidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de prevalencia, dirigido a la población adulta que está en tratamiento por abuso/dependencia de drogas en los CAPS-AD del Distrito Federal.

La investigación fue realizada en 2010, en el Distrito Federal (5.000 km²; población aproximada: 2,8 millones de habitantes), unidad federal compuesta de 30 Regiones Administrativas, de las cuales lo que se conoce como Brasilia (El Plan Piloto, Lagos Norte y Sur, y áreas aledañas), son apenas cinco. Las demás constituyen las ciudades satélites.

El escenario institucional del presente trabajo corresponde a los tres CAPS-AD, los únicos especializados de su género existentes en el Distrito Federal en el momento del estudio y todos pertenecientes a la Secretaria de Estado de Salud del Distrito Federal (Figura 1).

El primero está localizado en la ciudad satélite de Guará-II, distante 12 km del centro de Brasilia, hacia el sur. Cuenta con una sede que comparte con un Centro de Salud. El transporte por medio de autobús urbano para este centro es posible pero, debido a la distribución espacial de las ciudades satélites y las ciudades del entorno del

Distrito Federal ubicadas en el Estado de Goiás, el acceso es más difícil y toma más tiempo. En este momento, el CAPS-AD Guará es el que tiene mayor capacidad instalada y atiende la mayor clientela. Cuenta con huerta, dos espacios de convivencia

multi-uso, además de cinco consultorios. Tiene enfermeros generales y especializados en salud mental, psiquiatra, psicólogos, clínico especializado en Medicina Interna, terapeutas ocupacionales, asistente social y auxiliares de enfermería.

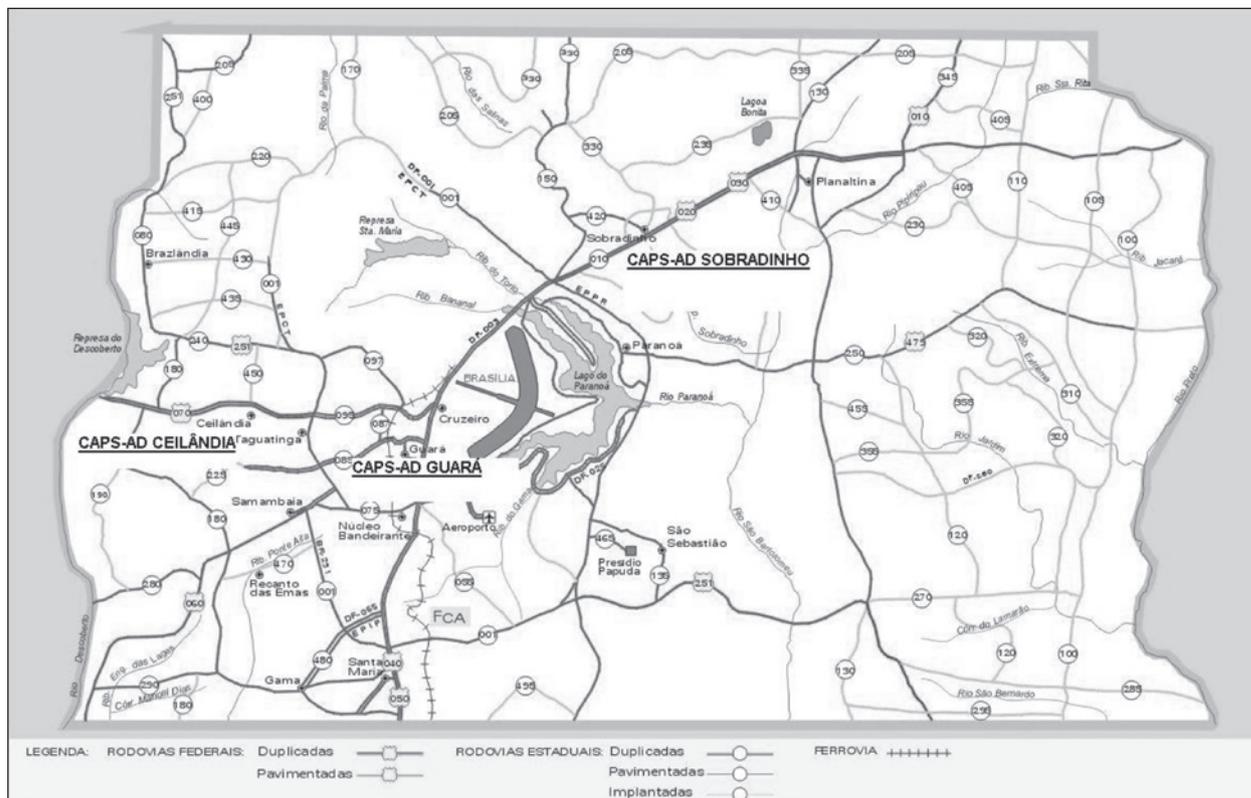


Figura 1 - Mapa del Distrito Federal con localización de los tres Centros de Atención Psicosocial para Alcohol y Drogas en Guará, Sobradinho y Ceilândia, 2010

El segundo CAPS-AD está localizado en la ciudad satélite de Sobradinho-II, a 25 km hacia el nororiente del centro de Brasilia y cuenta con una sede propia. Es distante de otras ciudades satélites y el transporte tiene que ser hecho por líneas específicas de autobús porque está en un área periférica de la ciudad. Cuenta con una huerta e instalaciones para terapia ocupacional, terapia de grupo y cinco consultorios. Tiene enfermeros generales y especialistas en salud mental, psiquiatra, psicólogos, clínico especializado en Medicina Interna, terapeutas ocupacionales, asistente social y auxiliares de enfermería. Desgraciadamente, ocasionalmente faltan profesionales.

El tercer CAPS-AD es el de Ceilândia. Está ubicado en un centro de salud, al lado del Hospital Regional de Ceilândia. En el momento de la investigación, esta unidad compartía algunos espacios de consultorios del centro de salud y una parte administrativa en un anexo del hospital. Algunas

actividades de grupo tenían que ser realizadas fuera del complejo Hospital-Centro de Salud, en la sede de una Organización No Gubernamental a un km de distancia. A pesar de estas dificultades, esta unidad tiene un profesional de enfermería especialista y uno general, un psiquiatra, un psicólogo, un clínico especializado en Medicina Interna, una terapeuta ocupacional especializada en musicoterapia, asistente social con estudios en el área de salud mental y auxiliar de enfermería.

Fueron invitados a participar de la investigación pacientes con 18 años o más y que voluntariamente proporcionarían su consentimiento. No fueron aceptados pacientes incapaces de contestar el cuestionario debido a deficiencia mental, intoxicación, y/o quienes se negaron a dar su consentimiento informado.

Dos estudiantes universitarios de pregrado en medicina y una estudiante psicóloga de postgrado en ciencias de la salud hicieron parte del

equipo de recolección de los datos, además del coordinador. Se procedió a llenar un cuestionario auto-administrado. Los asistentes de investigación ayudaron a los participantes en caso de dudas o llevaron a cabo entrevistas a personas que no sabían leer o escribir.

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, trastornos mentales diagnosticados (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), que consiste en 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 niveles altos de distrés). Con base en estas puntuaciones se ha hecho una clasificación del distrés 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.⁷

Fue utilizado el *software* Epi Info versión 3.5.1 (CDC, 2008) para introducir y analizar los datos. Para el análisis preliminar de datos fueron calculadas las proporciones de variables dicotómicas y otras categóricas (prevalencias). Para las variables numéricas fueron calculadas las medidas de tendencia central y de dispersión.

Fue realizada una prueba piloto del instrumento en el CAPS-AD de Guará en febrero de 2010. Su análisis permitió identificar las dificultades, modificar y mejorar la redacción de alguna de las preguntas.

El estudio fue sometido al *Research Ethics Board* del Centro de Adicción y Salud Mental (REB - CAMH), afiliado a la Universidad de Toronto, y al Comité de Ética en Investigación de la Fundación Escuela Superior de Ciencias de la Salud (FEPECS), siendo aprobado en las dos instituciones (XII/2009 y II/2010, respectivamente).

RESULTADOS

En total participaron 165 personas, siendo 148 hombres y 17 mujeres, mostrando una sobre-

representación masculina de cerca de 90% (Tabla 1). La edad varió de 20 a 86 años (promedio=42,9; mediana=43). Hubo pocos adultos jóvenes, i.e., de 18 a 24 años 3%, predominando los de edad superior a los 40 años (~61%). Todos los participantes eran de nacionalidad brasileña. La categoría más frecuente de autodenominación de color/raza fue el "pardo" (59.1%), seguido de "blanco" (26.2%) y "negro" (~13%). Apenas dos personas (1.2%) se clasificaron como indígenas.

Tabla 1 - Características socio-demográficas de pacientes atendidos en Centros de Tratamiento de abuso/dependencia de alcohol y drogas en el Distrito Federal-Brasilia, Brasil, 2010

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	17	10.3
	Masculino	148	89.7
Total		165	100,0
Edad	18-23	5	3.0
	24- 39	59	35.4
	40 - +	101	60.7
Total		165	~99,0
Raza/Grupo étnico	Branco	43	26.2
	Pardo	97	59.1
	Preto	21	12.8
	Índio	2	1.2
	No respondió	1	0.6
Total		164	~99,0

En lo que se refiere a la escolaridad (datos no mostrados en tablas), aproximadamente 10,0% no sabía leer o escribir y 36.4% no habían completado la escuela primaria. La distribución por nivel de educación mostró que 51.5% de la población de estudio se situaba en los que no habían ido nunca a la escuela, o habían hecho hasta la educación primaria completa (en el Brasil, ocho años de educación). Cerca de 14% tenían alguna educación universitaria.

La pregunta sobre cuál sería la droga - lícita o ilícita - más relevante para los pacientes, que motivó el presente tratamiento (Tabla 2) fue respondida por los todos los participantes. De ellos, casi 70% señalaron el alcohol. Fue mencionado también el crack (llamado en el argot "*pedra*" - 15.2%), seguido de la marihuana (6.7%), pasta de coca (o bazuco, llamada en el centro del Brasil "*merla*" - 4.8%) y cocaína en polvo (4.2%).

Tabla 2 - Primera, segunda y tercera drogas mencionadas como más relevantes, utilizadas en los últimos 30 días antes del actual tratamiento en centros especializados en el Distrito Federal-Brasilia, Brasil, 2010

Orden de substancia	Drogas lícitas e ilícitas	n	%
Primera droga	Alcohol	114	69.1
	Marijuana	11	6.7
	Cocaína en polvo	7	4.2
	Pasta de coca	8	4.8
	Crack	25	15.2
	No respondió	-	-
Total		165	100
Segunda droga	Alcohol	12	20.0
	Marijuana	17	28.3
	Cocaína en polvo	16	26.7
	Pasta de coca	9	15.0
	Crack	6	10.0
	No respondió	-	-
Total		60	100
Tercera droga	Alcohol	10	25.0
	Marihuana	8	20.0
	Cocaína en polvo	10	25.0
	Pasta de coca	2	5.0
	Crack	9	22.5
	Esteroides anabólicos	1	2.5
No respondió	-	-	
Total		40	100

La pregunta sobre cuál sería la segunda droga que en orden de importancia sería también relevante para la situación actual, fue respondida por 60 pacientes, correspondiente a 36,4% del total

(también en la Tabla 2). Esto porque el uso de más de una substancia entre los pacientes dependientes de alcohol fue más raro. Sin embargo, eso no significa que haya habido poliuso de substancias debido a que la pregunta no fue referente al uso simultáneo. Fue mencionada como "segunda droga" la marihuana (28.3% de los que respondieron a esta pregunta), seguida de cocaína en polvo, alcohol, pasta de coca y crack.

Una tercera droga más relevante (Tabla 2) fue mencionada apenas por 40 pacientes (24,2% del total). Entre los pacientes que respondieron esa pregunta, alcohol y cocaína en polvo fueron los más mencionados (25% para cada una de esas substancias). Siguió en orden el crack, marihuana, pasta de coca y esteroideos anabólicos.

La droga más mencionada (ya fuera como primera, segunda, o tercera), fue el alcohol (82.4%) (n=136), seguido del crack (24.2%) (n=40), marihuana (21.8%) (n=36), cocaína en polvo (20%) (n=33), y pasta de coca (11.5%) (n=19). Fue relatado un diagnóstico previo de depresión en cerca de 41% de los pacientes y de ansiedad en cerca de 39% (Tabla 3). Menos de 4% declararon no saber si habían sido diagnosticado con ansiedad, depresión o esquizofrenia. El número que no respondió fue mínimo.

Con respecto a las condiciones actuales (también en la Tabla 3), el diagnóstico y tratamiento en el propio CAPS-AD para depresión y ansiedad fueron relatados por cerca de 43% y de 49% de los pacientes, respectivamente. La proporción que no sabía acerca del diagnóstico actual de esos dos trastornos fue de menos de 2.4%. Cerca de 5% y 8% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento para esquizofrenia y trastorno bipolar, respectivamente.

Tabla 3 - Diagnósticos previos y actuales de trastornos mentales en pacientes de centros especializados para alcohol y drogas en el Distrito Federal-Brasilia, Brasil, 2010

Variável	Categoria	Sim		Não		Não Sabe		NR	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Diagnósticos psiquiátricos previos	Ansiedade	64	37.9	94	57.0	6	3.6	1	0.6
	Depressão	69	40.8	88	53.3	6	3.6	2	1.2
	Esquizofrenia	12	7.1	145	87.9	6	3.6	2	1.2
	Transtorno bipolar	14	8.3	139	84.2	10	6.1	2	1.2
	Outros	10	6.0	155	94.0	-	-	-	-
Diagnóstico psiquiátrico atual	Ansiedade	80	48.8	80	48.8	3	1.8	1	0.6
	Depressão	70	42.9	88	54.0	4	2.4	1	0.6
	Esquizofrenia	8	4.9	150	92.0	3	1.8	2	1.2
	Transtorno bipolar	13	8.0	142	87.7	6	3.7	1	0.6
	Outros	3	100	-	-	-	-	-	-

Los valores de las puntuaciones de la escala K-10 de distrés psicológico variaron entre 10 y 45 (promedio=26.4; mediana=27). La distribución indica que, en media, los pacientes tienen niveles de distrés considerados en la franja de "severos" (entre 22 y 29). Con respecto a la distribución de los resultados según los niveles de distrés psicológico (Tabla 4), 19% mostraron niveles bajos, cerca de 11% moderados; 31% severos y cerca de 39% muy severos. Niveles severos y muy severos fueron observados en cerca de 70%.

Tabla 4 - Distrés psicológico entre pacientes atendidos en centros de tratamiento de abuso/dependencia de alcohol y drogas en el Distrito Federal-Brasilia, Brasil, 2010

Variable	Categoría	Si	%
Distrés psicológico (escala K-10)	Bajo (10-15 puntos)	31	18.8
	Moderado (16-21 puntos)	18	10.8
	Severo (22-29 puntos)	51	31.0
	Muy severo (30-50 puntos)	64	38.9
Total		164	99.5

DISCUSIÓN

La cuestión de la comorbilidad se encuentra en la agenda mundial de la prevención, diagnóstico, manejo clínico y reintegración social de los pacientes con abuso/dependencia de alcohol y drogas ilícitas.⁸ En este estudio, los pacientes son en su mayoría hombres de bajos ingresos, estando más representados los que tienen abuso y dependencia de alcohol, con edades de más de 40 años y menor escolaridad. Probablemente representan la realidad de la cohorte de población de los contingentes de obreros y personas de oficios de escasa cualificación que afluyeron al Distrito Federal para la construcción de Brasilia (fundada en 1960), en las dos primeras décadas de su construcción, procedentes principalmente del Nordeste del país, la región más pobre. Actualmente, la mitad de los habitantes del Distrito Federal no nacieron en el local que habitan, siendo el estado brasileño en que este fenómeno se presenta con mayor frecuencia.⁹ Por otra parte, hay un segmento que de alguna manera representa los pacientes con abuso/dependencia de crack y otras drogas, que son más jóvenes y de mayor escolaridad.

La muestra consecutiva de pacientes quedó representada por 59% y 12.8% de pacientes que se auto-denominaron como siendo de colores pardo y negro ("cor parda" y "cor preta"), siendo que esta proporción corresponde a 44.2% y 6.9%,

respectivamente, en nivel nacional.⁹ Tales datos corroboran la sobrerrepresentación de personas de bajos ingresos.

Sobre la prevalencia de relato de diagnóstico previo, podemos decir que cerca de 40% de los pacientes reportaron haber sido diagnosticados con ansiedad y depresión, respectivamente. El diagnóstico actual de esas dos entidades fue de ~49% y ~43%, respectivamente.

El diagnóstico previo puede ser comparable con la proporción de personas que, en varias investigaciones, reportan el antecedente de haber sufrido alguna vez en la vida de alguno de esos trastornos. En un estudio⁴ sobre pesquisas realizadas en el Brasil y en los Estados Unidos, las prevalencias encontradas son semejantes a estudios en poblaciones de Latinoamérica.² Las cifras obtenidas en el presente estudio fueron bastante mayores (al menos el doble), coincidiendo en lo que se refiere a depresión¹⁰ y sugiriendo comorbilidad importante entre nuestros pacientes.

Al comparar la prevalencia actual obtenida en el presente estudio con las respuestas dadas por participantes de encuestas epidemiológicas realizadas en la base de la población, sobre la presencia de la enfermedad en los últimos 30 días o en los últimos 12 meses,⁴ se verifica que las cifras obtenidas son por lo menos tres veces más elevadas.

Niveles de distrés severo y muy severo fueron encontrados en casi 70% en el presente estudio. Investigadores¹¹ encontraron esos niveles de distrés en 30% de los jóvenes australianos en custodia. En otra investigación con jóvenes que habían cometido delitos en el mismo país, ese porcentaje fue 25% y cuando utilizaban más de una droga, el porcentaje subía a 38%.¹² Incluso el uso de escalas para detección de otros tipos de afección, por ejemplo de trastornos de personalidad entre personas en abuso/dependencia, han mostrado también diferentes resultados.¹³ En efecto, es curioso que en el estudio previamente mencionado realizado en el mismo ámbito de la presente investigación, los estados depresivos hayan sido menos frecuentes (2.8% en toda la vida y 1.5% en el último año) que los trastornos fóbicos,⁵ pero el instrumento utilizado para rastreo fue el Cuestionario para Morbilidad Psiquiátrica de Adultos. Las diferencias han sido atribuidas a los distintos escenarios de diagnóstico y tratamiento, a sesgos en acceso y oferta de servicios, a diferencias entre las poblaciones de distintos estudios, a las escalas utilizadas para rastreo (*screening*) y a los procedimientos de evaluación para comprobación diagnóstica (*assessment*).

Algunos autores han estudiado la validación de instrumentos de *screening* para trastornos mentales en personas con abuso/dependencia.¹⁴⁻¹⁵ Tales investigadores utilizaron el mismo instrumento en poblaciones diferentes concluyendo que no puede darse por consensuado que la validez sea la misma en distintos ámbitos y poblaciones.

Con respecto a la comprobación diagnóstica,¹⁶ ha señalado las limitaciones de los procedimientos de evaluación que se basan en datos categóricos. Entre ellas se destacan la arbitraria diferenciación entre condiciones mórbidas y síntomas con base en puntuaciones, el peso similar que se da a síntomas, la falta de correlación entre diagnóstico y tratamiento, la restricción del diagnóstico a ciertos profesionales, y la pluralidad de diagnósticos derivados de un único *screening*. El mencionado autor piensa que un abordaje fenomenológico dimensional podría cambiar la manera de evaluación de problemas complejos.

Para finalizar la discusión sobre la frecuencia de síntomas/trastornos mentales, es recomendable ponderar que, desde hace más de una década es reconocido que la presencia de síntomas que conducen a una sospecha de existencia de trastornos del humor/afecto (depresión y otros) o de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, pánico y otros), que es lo que detecta el K-10, pueden resultar de intoxicación o de la abstinencia por sustancias. Los trastornos de abuso de alcohol y de cocaína en todas sus formas pueden causar (por intoxicación o por abstinencia) síntomas de depresión mayor, distimia, ansiedad persistente o generalizada.¹⁷ La intoxicación por marihuana puede causar tanto ataques de pánico como ansiedad generalizada.

Hemos usado en este trabajo el K-10, herramienta dimensional que, es útil para responder a la pregunta: "¿Hay evidencia de un posible problema de salud mental que requiera una mayor investigación en esta población?".¹⁸ La cuestión del instrumento de *screening* a ser usado debe ser decidida con cautela. Los instrumentos, no solamente para propósitos de investigación, deben pasar por un proceso de validación loco-regional. No es suficiente detectar la comorbilidad mediante rastreo.¹⁹ Esto nos lleva a reflexionar sobre un segundo paso. En ámbitos de tratamiento cercanos a la atención primaria, la simple comunicación o reporte de la comorbilidad ha hecho poco para alterar el curso y tratamiento de esos trastornos. Esto puede explicarse por factores dependientes de los pacientes, los profesionales, o de problemas relacionados con el propio tratamiento, i.e., la decisión de referir el

paciente a otra instancia terapéutica para tratar la comorbilidad, o que el propio servicio tenga capacidad para ese propósito.

Finalmente, es necesario señalar que algunos de los obstáculos para la detección de las comorbilidades dependen del contexto sanitario. La existencia de flujos instituidos de referencia y contrarreferencia es fundamental en estos casos. En el Brasil, la existencia de sistemas que conviven, el público gratuito, el particular que exige pago por parte del paciente, el particular en convenio con el público ("*conveniado*"), que recibe aportes de órganos públicos de salud, hace difícil la evaluación de la realidad. La presente investigación fue realizada solamente en el servicio público. Múltiples dificultades han atrasado la implementación de un sistema orgánico de cuidados de acceso universal y alcance integral.²⁰

CONCLUSIONES

Podemos concluir que en un servicio público de atención a personas de bajos ingresos con dependencias, predominando el abuso de alcohol, la prevalencia de distrés (severo y muy severo) fueron encontrados en casi 70,0%. El diagnóstico de trastornos mentales está siendo realizado entre esos pacientes (principalmente ansiedad y depresión, cerca de 50,0% y 43,0%, cada una) y es más frecuente que lo encontrado en la literatura.

Limitaciones

El tipo diseño del estudio y su naturaleza de corte seccional o transversal presenta una limitación, porque siempre se asumen los sesgos de supervivencia ya que la información que se obtiene corresponde a un momento de la vida del paciente siendo imposible ver en la población eventos de manera dinámica.

La selección de los sitios de estudio que dependen de la estructura sanitaria local existente y la organización de los servicios de salud genera dificultades en encontrar pacientes que realmente representen el universo de la demanda pudiendo éste diferir de la muestra del presente estudio. No caso concreto do presente estudio, hay una clara sobrerrepresentación de hombres con dependencia alcohólica. El servicio público de escasa cobertura no está captando la demanda de mujeres y de personas con dependencia de otras sustancias.

La escala utilizada para la mensuración del distrés psicológico puede comportarse de modo diferente entre poblaciones, aún en el mismo país.

Recomendaciones

Sensibilizar y capacitar a los profesionales que trabajan en los centros especializados para alcohol y drogas sobre la existencia y relevancia de la comorbilidad.

Implementar en los centros de asistencia a personas con abuso/dependencia de drogas el uso de rastreo (*screening*) de la presencia de trastorno mental coexistente para la identificación precoz de casos de comorbilidad.

Realizar la validación local de la escala de detección de comorbilidad y utilizar la escala que es más sensible para trastornos de prevalencia relativamente alta.

Introducir en los currículos de pregrado y postgrado de profesionales de salud (médicos y enfermeros, psicólogos) actividades docentes sobre la importancia de la comorbilidad psiquiátrica y de su detección en el ámbito del tratamiento para abuso/dependencia de drogas.

Realizar un diagnóstico operacional de cada centro de tratamiento para evaluar su capacidad de manejo de pacientes con comorbilidad, los factores facilitadores y limitantes, las necesidades y factibilidades de su superación, así como la articulación con niveles diferentes del sistema de salud.

Realizar estudios complementarios que contribuyan a revelar la situación de mujeres y de dependientes de otras sustancias.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó gracias al apoyo, asesoría y patrocinio del Gobierno de Canadá; de la Organización de los Estados Americanos (OEA); de la Secretaria de Seguridad Multidimensional (SSM); de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); y del Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH - Ontario/Canadá). También se agradece la colaboración de otros colegas que contribuyeron, de forma directa o indirecta, a la implementación del estudio y finalmente, a los pacientes que participaron.

REFERENCIAS

1. Delgado PGG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F, et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.39-83.
2. Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnurga J, Khon R, Levav I, Caldas de Almeida M. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2005 Nov; 18(4-5):229-40.
3. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA. First dwelling survey on psychotropic drug use in Brazil: a survey involving 107 major municipalities 2001. Brasilia (DF): Brazilian Secretariat Anti-Drugs; 2002.
4. Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.119-41.
5. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho ESF, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity :methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry. 1997 Dec 171(6):524-52.
6. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Medicine. 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. Rush B. Editorial. Int J Ment Health Addiction. 2008 Jan; 6(1):1-7.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostragem domiciliar PNAD-2009. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2009.
10. De La Haye W. Dual diagnosis [online]. 2006 [acceso 2009 Jun]. Disponible em: http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/esp/pp-eng.p Distrito Federal
11. Allerton M, Champion U, Beilby R, Butler T, Fasher M, Kenny D, et al. 2003 NSW young people in custody health survey: key findings report. Sidney (AU): NSW Department of Juvenile Justice; 2003.
12. Kenny DT, Nelson PK. Young offenders on community orders: health, welfare and criminogenic needs. Sydney (AU): Sydney University Press; 2008.
13. McMain S, Ellery M. Screening and assessment of personality disorders in addiction treatment settings. Int J Ment Health Addiction. 2008 Jan; 6(1):20-31.
14. Castel S, Rush B, Scalco M. Screening of mental disorders among clients with addictions: the need for population-specific validation. Int J Ment Health Addiction. 2008 Jan; 6(1):64-71.
15. Rush BR, Castel S, Brands B, Toneatto T. Validation and comparison of screening tools for mental disorders in substance abusers. In: Abstract Book of the Annual meeting of the College on problems of drug dependence, 2008 jun 14th-19th; San Juan, Puerto Rico: CPDD; 2008.
16. Toneatto T. Screening and assessment of co-occurring disorders: towards a phenomenological

- approach *Int J Ment Health Addiction*. 2008 Jan; 6(1):37-44.
17. Miele GM, Trautman KD, Hasin DS. Assessing comorbid mental and substance-use disorders: a guide for clinical practice. *J. Prac Psych and Behav Hlth*. 1999 Sep; 5:272-82.
18. Zimmerman, M. To screen or not to screen: conceptual issues in screening for psychiatric disorders in psychiatric patients with a focus on the performance of the psychiatric diagnostic screening. *Int J Ment Health Addiction*. 2008 Jan; 6(1):53-63.
19. Parikh SV. Screening and treating mental disorders in addiction treatment settings: a stepped care model. *Int J Ment Health Addiction*. 2008 Jan; 6(1):137-40.
20. Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.85-100.