

Artículo original

Factores de riesgo en pacientes con patología adictiva en la Clínica Montserrat y Centro de Rehabilitación Campoalegre

Juan Camilo Varón Forero¹
Laura Milena Saavedra Ramírez²

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias ilegales en nuestro país ha venido en aumento en las dos últimas décadas y se ha documentado ampliamente una comorbilidad alta entre el abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas, dicha comorbilidad se asocia a peor pronóstico de ambas condiciones. Aunque existen estudios que describen factores de riesgo a nivel mundial, no encontramos dentro del alcance de nuestra búsqueda, estudios que investiguen factores de riesgo para adicciones en nuestra población.

Objetivo: Identificar las comorbilidades más frecuentes y explorar los factores de riesgo asociados a la patología adictiva en una población psiquiátrica hospitalaria.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles mediante una revisión documental de historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de trastorno mentales y del comportamiento secundario a uso de sustancias (casos) hospitalizados en la Clínica Montserrat y el Centro Campo Alegre entre octubre de 2012 al mismo mes de 2013. Se realizó apareamiento uno a uno, por edad, sexo, sitio de origen y de residencia con pacientes hospitalizados que no tuvieron diagnóstico de trastornos asociados a sustancias (controles). Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS 20 y STATA 10.0 y EPI INFO 3.5.4.

Resultados: Se recolectó una muestra de 96 pacientes entre casos y controles. La edad media de la muestra fue de 28 años (± 13) y 84% de los casos fueron de sexo masculino. El 63% eran solteros y 24% estaban desempleados. El 50% reportó antecedentes de problemas académicos. Solo el 36.5% de los pacientes presentó comorbilidad diagnosticada en el Eje I, siendo los trastornos afectivos más frecuentes con un 15.6%. Con respecto al diagnóstico en el Eje II con mayor frecuencia se dejó diferido en el 77.1% seguido por trastorno de personalidad limítrofe con un 8.3%. En el Eje III solo el 42.7% presentaron una enfermedad médica.

¹ Médico Psiquiatra· Docente del Posgrado de Psiquiatría· Universidad El Bosque · Instituto Colombiano del Sistema Nervioso·
coloju⁰¹@gmail.com

² Médica Psiquiatra· Docente del Posgrado de Psiquiatría· Universidad El Bosque · Instituto Colombiano del Sistema Nervioso·
dralaurasaavedra@gmail.com

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias ($P < 0,05$) con los siguientes factores de riesgo: el sexo masculino (OR 5,05), la ausencia de lactancia (OR 3,2), antecedente de conflicto con autoridades (OR 2,8), problemas académicos (OR 6,7), problemas disciplinarios (OR 3,1), antecedente familiar de consumo (OR 4,9), hospitalización previa por psiquiatría (OR 3,0) y problemas legales por consumo (OR 5,8). No se encontró asociación con antecedente de violencia intrafamiliar ($P = 0,3$).

Conclusión: En los pacientes con patología adictiva es más probable que sean de sexo masculino, con ausencia de lactancia materna y antecedentes de conflicto con autoridades, dificultades académicas, problemas disciplinarios, hospitalizaciones por psiquiatría, problemas legales y antecedentes familiares de consumo.

Palabras clave: Factores de riesgo, trastornos relacionados con sustancias, atención hospitalaria, Colombia.

Summary

The use of illegal substances in our country has been increasing in the last two decades also high comorbidity between substance abuse and other psychiatric illnesses has been widely documented and such comorbidity is associated with poor prognosis of both conditions. The main objective of our study was to document the risk factors associated with addictive disease in a psychiatric population, at the same time we achieved a demographic description of the sample and it was documented the prevalence of the most frequent comorbidities.

Materials and Methods: The medical records of all patients with diagnoses of mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use were retrospectively reviewed (cases) and a table of variables that facilitated data collection was created. On a second stage, and considering the age, sex and place of origin and residence we selected as controls patients with no diagnosis of mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (controls), thus minimizing confounding factors. The medical records of these individuals were reviewed and the data collected in the same table as the cases.

Statistical analysis: two programs for statistical analysis, SPSS Statistics 20[®], STATA[®] 10.0 (Data Analysis and Statistical Software) and EPI INFO 3.5.4[®] statistical software program was used.

Results: We found as risk factors male gender, lack of breastfeeding, conflict with authorities, academic difficulties, disciplinary problems, family history of consumption, previous psychiatric hospitalizations for any cause and legal issues related to the substance abuse.

Conclusion: The data that we found are consistent with those reported worldwide.

Keywords: Risk factors, substance-related disorders, hospital care, Colombia

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas a lo largo del mundo se ha ido estabilizando en los últimos cinco años de acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra

la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) y se ha mantenido entre un rango del 3.4-6.6% de la población adulta hasta los seguimientos hechos en el

año 2010 (1). En Colombia el panorama tiende a ser un poco controversial, dado que los métodos de obtención de la información a través de los diferentes estudios suele variar y su comparación aún más, sin embargo en un estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE) en el año 2010 se evidencia una tendencia a la disminución en el consumo de sustancias legales, con un incremento en el consumo de la ilegales, especialmente el de la marihuana (2). La población que se expone a un factor de riesgo tiene una mayor probabilidad para que desarrolle una condición patológica determinada; en el caso del consumo de sustancias psicoactivas los factores de riesgo tenderían a exponer, continuar o agravar el consumo de una o varias sustancias. Los primeros estudios publicados en la década de los 70, inician a evaluar los múltiples factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas, no solo con el fin de identificarlos sino con la necesidad de desarrollar estrategias de prevención primaria y secundaria (3); desde esta época se han identificado y descrito múltiples factores de riesgo que predisponen a las personas al alcoholismo o consumo de sustancias psicoactivas, los cuales van desde una historia familiar de alcoholismo y experiencias traumáticas en la niñez temprana hasta la detección de marcadores biológicos y genéticos (3,4,5). En la última década en Colombia se han realizado estudios que demuestran el alto nivel de prevalencia de los trastornos por uso de sustancias dentro de la población general, ubicándolos dentro del segundo y tercer lugar de prevalencia de trastornos mentales durante el último año, según la población valorada (6,7) lo que sumado al aumento en la tendencia de consumo de sustancias psicoactivas (2), genera la pre-

ocupación sobre la continua exposición de la población colombiana a múltiples factores de riesgo que se han identificado, pero que posiblemente aún haya que valorar y describir. El presente trabajo de investigación busca identificar los posibles factores de riesgo presentes en una muestra de población de pacientes psiquiátricos hospitalizados durante el curso de un año en una clínica de la ciudad de Bogotá.

Metodología

Escogimos realizar un estudio de casos y controles; este tipo de estudio es observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo; ya que se investiga la asociación a partir del desenlace que en nuestro caso contempla la patología adictiva. Escogimos este estudio ya que nos permite establecer una asociación entre la exposición a determinados factores y la enfermedad, ya sea como factor de riesgo, factor protector o factor sin asociación.

Nos decidimos por este diseño teniendo en cuenta que el objetivo general del proyecto de investigación fue identificar los factores de riesgo relacionados con la patología adictiva. El estudio se llevó a cabo en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, el cual está compuesto por dos centros de hospitalización la Clínica Montserrat, área donde se hospitalizan pacientes con patología psiquiátricas y pacientes en fases iniciales del tratamiento de patología adictiva (desintoxicación); y en el Centro de Adicciones Campoalegre, área diseñada para el tratamiento exclusivo de pacientes con patología adictiva quienes desean continuar tratamiento posterior (fases de deshabitación, rehabilitación y reinserción).

Nuestro principal objetivo fue el describir los principales factores de riesgo para la patología adictiva en la población que consulta al ICSN, ya que aunque existen estudios que describen factores de riesgo a nivel mundial y en otras poblaciones específicas como la española, no encontramos dentro del alcance de nuestra búsqueda, estudios que investiguen factores de riesgo para adicciones en nuestra población, para este fin se realizó una revisión en PubMed utilizando los términos Mesh (risk factor, substance-related disorders, Substance Use Disorders, addiction, drug addiction, substance addiction) se obtuvieron 2432 artículos, revisamos los abstracts disponibles y no encontramos ningún artículo en Colombia que describiera factores de riesgo en población psiquiátrica hospitalizada.

Se revisaron por parte de ambos investigadores las historias clínicas de los pacientes que consultaron en el periodo de octubre de 2012 a octubre de 2013 buscando un número significativo de casos que permitiera dar poder al estudio.

Como ya se especificó en nuestro estudio, los casos son hospitalarios, se escogió esta modalidad por el fácil acceso a los pacientes. Nuestra definición de caso es el paciente que tras la valoración inicial recibió un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta los criterios CIE 10 para dichas patologías, y que se clasifican entre los códigos F10 a F19.

En busca de garantizar un número significativo de pacientes se tomaron el total de pacientes que consultaron de octubre de 2012 a octubre de 2013 y se revisaron las historias clínicas de cada paciente.

Se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de datos, el primero fue un formato de entrevista clínica semiestructurada que se utiliza en el ICSN, como medio para la evaluación de pacientes a su ingreso a la institución (anexo 1), basados en los datos que se documentan en dicho formato se diseñó con la asesoría del asesor metodológico una tabla en Excel que tomaba el mayor número de variables posibles para aumentar la probabilidad de encontrar la mayor cantidad de asociaciones probables.

A continuación especificamos cómo construimos la tabla y describimos las variables que la conforman: la primera parte de esta tabla de recolección de datos se encarga de facilitar la consignación de los principales factores demográficos, las variables son: edad, sexo, estado civil, ocupación, seguridad social, escolaridad y religión; para la recolección de datos con respecto al embarazo y el periodo perinatal tomamos las siguientes variables: embarazo deseado, embarazo planeado, complicaciones gestacionales, lactancia y tiempo de lactancia, desarrollo psicomotor y del lenguaje. Para investigar la conformación familiar recolectamos datos, tanto del núcleo primario en el cual las variables fueron: configuración familiar, número de hermanos, ocupación de los padres; como del núcleo secundario, en este campo se recolectó la información correspondiente al tipo de unión, número de hijos, número de uniones, número de personas con que reside en la actualidad y presencia o no de violencia intrafamiliar. También se recolectamos datos acerca de la historia académica y laboral del paciente, para este fin las variables fueron número de colegios a los que asistió, presencia

de problemas con figuras de autoridad, académicos, disciplinarios y/o con pares y cambios de trabajo.

En cuanto a antecedentes se recolectaron variables correspondientes a antecedentes familiares de consumo, antecedentes familiares psiquiátricos y tipo de diagnóstico, antecedentes de enfermedad orgánica y en el campo de antecedentes personales, se documentó antecedente de hospitalizaciones previas, edad inicio de consumo de sustancias legales (definidas previamente como cigarrillo y alcohol) y edad de inicio de consumo de sustancias ilegales (definidas como sustancias psicoactivas diferentes al alcohol o cigarrillo), problemas legales y uso intravenoso de sustancias psicoactivas.

Se documentó también lo concerniente al diagnóstico multiaxial, eje I: diagnóstico, comorbilidad y tipo de diagnóstico comórbido, eje II, eje III, eje IV y escala de funcionamiento global.

Entre los sesgos que monitorizamos está el sesgo de selección, ya que los casos por el hecho de asistir al ICSN pueden no ser representativos de los pacientes con patología adictiva, lo cual disminuye la capacidad para la generalización de los datos obtenidos en el estudio. Para lo anterior tuvimos en cuenta el principio de la base del estudio para la selección de casos y así disminuir el riesgo del sesgo de selección; nuestra base es primaria ya que se desarrolló en una población definida tanto temporal como geográficamente, en la cual se realizó la identificación de todos los casos dentro de la población previamente definida.

Una vez se identificaron los casos se procedió a identificar a los controles de la misma base primaria y se escogieron individuos que

consultaron en este mismo periodo de tiempo (octubre de 2012 a octubre de 2013) al ICSN y que no tenían diagnóstico relacionado con sustancias, diagnósticos clasificados según el CIE 10 con códigos diferentes a los F10 a F19, esta fue nuestra definición de control.

Posteriormente y de acuerdo a la recomendación del asesor metodológico, se procedió a realizar un apareamiento uno a uno, buscando pacientes con edades, sexo y áreas de nacimiento y residencia concordantes con los casos. Una vez se seleccionaron los casos se revisó individualmente la historia clínica de cada control, consignando las variables ya anotadas en la tabla de recolección de datos, previamente descrita.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede evidenciar que tuvimos en cuenta el principio de precisión comparable, ya que para la identificación tanto de los casos como de los controles se utilizó la misma entrevista clínica

Para la aprobación del estudio se redactó una propuesta de investigación como primer paso, esta fue sometida a valoración por el comité de investigación del ICSN. Para la realización de dichos documentos y el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta como se evidencia en los párrafos anteriores, las instrucciones y lineamientos tanto del ICSN como de la universidad El Bosque y aún más a fondo nos guiamos de acuerdo a la legislación nacional, teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud (35).

De acuerdo a dicha resolución nuestra investigación que involucraba la revisión retrospectiva de historias clínicas, es clasificada

sin riesgo (artículo 11) y de acuerdo al párrafo primero del artículo 5, de la misma resolución, no fue necesaria la firma de un consentimiento informado por parte de los participantes.

El plan de análisis del presente trabajo fue llevado a cabo con el uso de medidas estadísticas de resumen, frecuencias, porcentajes, frecuencias relativas y el consiguiente análisis de cada una de ellas.

Se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 20® y STATA 10.0®, (Data Analysis and Statistical Software) para realizar la descripción de las variables socio demográficas de la base de datos, así como las diferentes pruebas estadísticas y la realización de regresión logística de la variable diagnóstico. De igual forma, se utilizó el programa estadístico EPI INFO 3.5.4® para obtener la razón de momios (OR) de las diferentes variables en estudio en cada uno de los grupos (Casos y Controles).

Resultados

En el presente estudio se recolectó una muestra de 96 pacientes de la Clínica Montserrat y el Centro de Rehabilitación Campoalegre en el período comprendido entre octubre de 2012 a octubre de 2013, 49 de los pacientes correspondían a los casos y 47 a los controles; durante el análisis de las variables sociodemográficas encontramos del total de la población una frecuencia de sexo masculino del 84.4% frente a un 15.6 % del femenino, así mismo una distribución en el grupo de control de 40 hombres y 7 mujeres a diferencia del grupo casos que tenía 41 hombres y 8 mujeres.

La edad presentó una media de 28 años

con una edad mínima de 13 años y una máxima de 75 años y una desviación estándar de 13.54; el lugar de nacimiento y de residencia predominante en la población fue el área urbana con un 90.6% y 96.9% correspondientemente. De igual forma, se observó en la variable estado civil mayor frecuencia de solteros con un 63.5% seguido de los casados con un 20.8%, con porcentajes menores entre los casados y divorciados. Asimismo se evidencio que el 71.9% de los pacientes se encuentran laborando y obteniendo ingresos frente a un 24% de desempleados.

Por otra parte, en cuanto a vinculación al régimen de seguridad social en salud predomina el régimen de medicina prepagada con un 53%, seguido de particulares con un 27% y régimen contributivo con un 14%. Dentro de nuestro estudio evidenciamos que la población consultante tiene predominantemente un nivel de escolaridad técnico con una frecuencia de 27% en los casos y 25% en los controles, seguido de un nivel universitario en un 17% en los casos y 10% en los controles.

En cuanto a la religión tenemos que el 72.9% de la población a estudio es creyente, se observó que sólo 12.5% presentó alteración del lenguaje en el desarrollo psicomotor y el 71.9% no presentó alteraciones.

Al mismo tiempo se evidencio que solo el 15% presentó violencia intrafamiliar, un 27.1% conflictos con figuras de autoridad, 36.5% problemas disciplinarios y 25% problemas con pares, al contrario si un alto porcentaje presentó problemas académicos con un 50%.

Además el diagnóstico en el Eje I más frecuente observado en los pacientes fueron los trastornos afectivos con un 34.4% seguido de los trastornos mentales y del comporta-

miento debidos al consumo de sustancias múltiples y en tercer lugar el trastorno mental secundario al consumo de alcohol. Solo el 36.5% de los pacientes presentó comorbilidad existente en el Eje I, siendo los trastornos afectivos más frecuente con un 15.6%. Con respecto al diagnóstico en el Eje II de los pacientes se realizó con mayor frecuencia un diagnóstico diferido con un 77.1% seguido de trastorno de personalidad límite con un 8.3%; en el Eje III solo el 42.7% presentaron trastorno físico. Por otro lado, en el Eje IV se presentó con mayor frecuencia más de 2 alteraciones en este nivel con un 18% en el grupo de casos y 22% en el grupo control, los otros valores tuvieron porcentajes similares, a diferencia del laboral que presentó un 6% en el grupo control frente a un 1% en los casos.

El funcionamiento global presentó un mayor porcentaje en el rango de 40 a 59 puntos con un 65.6% del total de la población lo que indica que los pacientes presentaban síntomas de severa intensidad, de los cuales el 61.9% correspondían a los casos y 38.1% al grupo control.

Se evidencio dentro de la distribución de diagnóstico familiar psiquiátrico como más frecuentes trastornos afectivos y trastorno esquizotípico, esquizofrenia y de ideas delirantes con un 28.1% y 10.4% respectivamente.

Al igual, se identificó en la población un 52% de hospitalizaciones previas por cualquier causa psiquiátrica, frente a un 48% sin ese antecedente, con una edad de inicio de consumo de sustancias ilegales entre los 16 y 20 años en un 21.9% y una edad más temprana para sustancias legales en menores de 15 años con un 28.1%.

Finalmente la población a estudio presento uso de sustancias intravenosas en un

4.2% y problemas legales por consumo solo en un 14.6%

Se realizó como medida de asociación la razón de momios (OR) de las diferentes variables, en cada uno de los grupos estudiados (casos y controles), evidenciando como estadísticamente significativas las variables anteriormente descritas en la tabla 1. Encontrándose como factores de riesgo el sexo masculino que tiene 5.05 veces la probabilidad de tener trastorno mental en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas frente al sexo femenino con intervalo de confianza que va de 1.92 a 13.17; el cual es estadísticamente significativo.

Así mismo se identificó la ausencia de lactancia como un factor de riesgo con un OR= 3.18 (IC= 1.23-8.14), al igual presentar conflicto con autoridades, problemas académicos, problemas disciplinarios, antecedentes familiares de consumo, hospitalizaciones previas por cualquier causa psiquiátrica y problemas legales de consumo, con valores de P estadísticamente significativos ($P < 0.05$). Cabe anotar, que la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo ampliamente conocido pero en el presente estudio no se encontró con valores de asociación estadísticamente significativos.

Se realizaron modelos de regresión logística tomando como referencia los diagnósticos en el Eje I más frecuentes (Trastornos por uso de alcohol, Cannabis, consumo de múltiples sustancias y trastornos esquizotípicos, afectivos y neuróticos) concluyendo como datos estadísticamente significativos con respecto al consumo de alcohol, que el nivel de escolaridad universitario con $\beta = -2.27$ tiene menos probabilidad de presentar trastornos mentales y del comportamiento secundario al consumo de alcohol

Tabla1. Factores de riesgo

| VARIABLE | OR | Intervalo de confianza | | Probabilidad | Factor |
|-------------------------------|------|------------------------|-------|--------------|--------|
| Sexo | 5,05 | 1,92 | 13,17 | 0,0007 | Riesgo |
| Lactancia | 3,18 | 1,23 | 8,14 | 0,01 | Riesgo |
| Violencia intrafamiliar | 1,62 | 0,57 | 4,55 | 0,36 | ----- |
| Conflicto con autoridades | 2,88 | 1,18 | 7,03 | 0,01 | Riesgo |
| Problemas Académicos | 6,75 | 2,76 | 16,48 | 0,000 | Riesgo |
| Problemas Disciplinarios | 3,09 | 1,33 | 7,15 | 0,0079 | Riesgo |
| Ant familiar de consumo | 4,98 | 1,7 | 14,4 | 0,002 | Riesgo |
| Hx previa por cualquier causa | 3,05 | 1,33 | 6,99 | 0,007 | Riesgo |
| Problemas legales por consumo | 5,86 | 1,64 | 20,61 | 0,004 | Riesgo |

con un IC (0.011-0.930), contrario a lo que se evidencia con el uso de sustancias intravenosas con $\beta=1.705$ y un IC (1.154 -26.214). De la misma forma, en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, encontramos como factor de riesgo las hospitalizaciones previas con una $\beta=3.319$ IC (2.462-309.9) a pesar de ser significativo el intervalo de confianza es muy amplio, posiblemente secundario al tamaño de la muestra.

Discusión

Nuestro estudio se correlaciona con datos mundiales que asocian la patología adictiva con el sexo masculino, en nuestro caso nuestra relación fue de 85.1% en hombres para el grupo de casos, con un OR= 5.05 (IC=1.92-13.17), lo cual supera considerablemente lo encontrado en otros estudios (36), sin embargo manteniéndose como el género predominante en los trastornos por uso de sustancias.

Teniendo en cuenta la evidencia amplia que

sugiere la edad temprana como factor de riesgo para el desarrollo de adicción a sustancias psicoactivas, el apareamiento se llevó a cabo buscando la minimización de esta variable como factor confusor, siendo la edad promedio en nuestro estudio de 28 años, con extremos entre los 13 a los 75 años, que no difiere mucho de lo observado en otros estudios, respecto al diagnóstico y aparición clínica de estos trastornos (29,30,36) También coincidió la distribución urbana de la población, que en nuestros hallazgos llegó a ser del 90.6%. La mayor parte de la población en este estudio es soltera y tiene alguna ocupación principal, frente a sólo el 24% que se encuentra cesante, lo que implica algún grado de funcionalidad en los pacientes pese a su condición.

En cuanto al tipo de seguridad social de los pacientes que consultan al ICSN es importante resaltar que el instituto tiene contratación con empresas de medicina prepagada predominantemente y la atención de pacientes del régimen contributivo se limita a pacientes con condiciones

crónicas o que han instaurado acciones legales como la tutela para acceder a la atención especializada del centro; así mismo las empresas de medicina prepagada cuentan como factor de exclusión del tratamiento psiquiátrico los trastornos asociados al consumo de sustancias. Esto sumado a que en nuestro país solo está incluido dentro del plan obligatorio de salud (POS) el manejo de la patología adictiva en fases agudas, es decir durante la intoxicación y la abstinencia, lo que se conoce como fase de desintoxicación. Teniendo en cuenta lo anterior se puede considerar que estos parámetros son factores confusores importantes que explicarían en cierta medida la mayor distribución de pacientes atendidos por medio de medicina prepagada o como particulares.

Los aspectos religiosos de la población a estudio mostró que el 71.2% de los participantes tenían alguna creencia religiosa, esto en concordancia con la historia de Colombia como un país con historia de afiliación religiosa significativa (37), en el cual se incluyó la educación en la religión católica en la mayoría de colegios hasta hace muy pocos años.

En concordancia con el desarrollo en la adolescencia de la mayoría de los trastornos asociados al consumo de sustancias, observamos que la gran mayoría de pacientes no sufrieron alteraciones en el desarrollo psicomotor.

De acuerdo a datos de otros estudios el nuestro mostró una frecuencia alta de violencia intrafamiliar (23,36,38), conflictos con figuras de autoridad o con pares, pero evidenció un porcentaje aún mayor porcentaje de dificultades académicas (50%) lo que concuerda con la hipótesis inicial de preservación de algún grado de

funcionalidad en ciertas áreas a expensas de otras y el bajo rendimiento escolar como indicador indirecto de la posibilidad de padecer un trastorno mental, especialmente por uso de sustancias.

En cuanto a la patología más frecuente en el eje I se observó que en el total de la población están los trastornos afectivos (trastornos depresivos y trastorno afectivo bipolar) seguido de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, este resultado se debe a que la clasificación por consumo de sustancias específicas (alcohol, cannabinoides, etc), cuya frecuencia individual sumadas a la frecuencia de consumo de múltiples sustancias sobrepasaron el diagnóstico de trastornos afectivos y equivaldrían a aproximadamente el 50% de la muestra. Es llamativo que dentro del grupo de los casos por frecuencia individual es más prevalente el uso de múltiples sustancias psicoactivas, seguido por alcohol, cannabinoides y cocaína, lo que difiere de datos previamente publicados, ya que no es frecuente en los estudios el reportar el consumo de múltiples sustancias (1,6), lo que sugiere en nuestra muestra la progresión crónica y deteriorante que concuerda con la historia natural de la patología adictiva y es evidenciado por la experiencia clínica de expertos.

Un aspecto importante en el diseño de nuestro estudio y que consideramos una fortaleza es la evaluación en una misma muestra del consumo de sustancias legales e ilegales, ya que es frecuente que se realicen estudios separando dichos consumos y que en nuestra opinión sesgan y limitan los resultados, ya que el consumo de tabaco y alcohol es bastante frecuente en consumidores de sustancias ilegales

como se observa en nuestros resultados, especialmente en la población masculina en edades jóvenes. Esto en concordancia con el predominio de las sustancias legales, como sustancias puerta para el consumo de sustancias ilegales, lo que ha sido ampliamente reportado en la literatura.

La prevalencia de patología dual en nuestro estudio muestra que un 36.5% de los pacientes cumplen criterios para dos o más diagnósticos del eje I y/o II, lo que se acerca al promedio reportado por otros autores, dado que hay estudios que reportan hasta la presencia de un 50% (39) (40). Sin embargo es importante resaltar que en nuestro estudio la recolección de información correspondiente al eje II se encuentra limitada, ya que se reportan hallazgos como rasgos de personalidad y no trastornos, o en su gran mayoría se difiere la evaluación de este eje, teniendo en cuenta recomendaciones basadas en la evidencia que sugieren que tanto el consumo activo como la abstinencia pueden ser factores confusores para el diagnóstico de trastornos de personalidad (41). En nuestra muestra a diferencia de otras, la prevalencia de trastornos de desarrollo durante la infancia (TDAH, trastornos disociales, etc) tienen un bajo reporte (24), como patología dual, lo que sugiere un sub diagnóstico de estas condiciones o la inadecuada recolección de datos al respecto.

Se encontró una diferencia amplia en cuanto a la clasificación de la escala de funcionamiento global (GAF) cercana al 23%, reportándose un puntaje mucho menor en la población de casos, en comparación con el grupo control, lo que indica una severidad sintomática importante en la población que consulta por la patología adictiva al ICSN.

Los factores de riesgo con OR que fueron estadísticamente significativos fueron el sexo masculino OR= 5.05 (IC=1.92-13.17), la ausencia de lactancia OR= 3.18 (IC=1.23-8.14), conflicto con autoridades OR=2.88 (IC=1.18-7.03), problemas académicos OR= 6.75 (IC=2.76-16.48), problemas disciplinarios OR=3.09 (IC= 1.33-7.15), antecedentes familiares de consumo OR= 4.98 (IC=1.7-14.4), la hospitalización previa por cualquier causa OR=3.05 (IC= 1.33-6.99) y problemas legales por consumo OR=5.86 (IC= 1.64-20.61), factores de riesgo que han sido ampliamente relacionados con el desarrollo de trastornos asociados al consumo de sustancias (5,23,25,27). De los anteriores factores de riesgo que encontramos en nuestra muestra, observamos una gran concordancia con lo reportado en la literatura mundial, sin embargo es importante destacar un factor de riesgo que evidenciamos como novedoso, dado a su bajo reporte en otras investigaciones; la ausencia de lactancia materna es entonces según nuestros hallazgos un factor de riesgo significativo para el desarrollo de la patología adictiva (aumenta el riesgo en 3 veces), esto en concordancia con teorías psicodinámicas que ligan alteraciones en las etapas tempranas del desarrollo psicosexual como la fijación en la primera etapa de la fase oral con el desarrollo de los trastornos asociados al consumo de sustancias (42); este hallazgo es producto de la amplia recolección de datos de historia personal y familiar del individuo que consulta al ICSN, lo que sugiere una fortaleza en la historia clínica, posiblemente influenciado por el modelo psicodinámico con el que trabaja la institución y los individuos que en ella laboran.

Es llamativo también que en nuestro estu-

dio la presencia de violencia intrafamiliar está presente como un factor de riesgo, sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo, lo que varía de lo reportado en otros estudios (23).

La población de pacientes con trastornos asociados por consumo de sustancias que consulta al ICSN es de predominio masculina, con una media de edad de 28 años, siendo el paciente más joven de 13 años y el mayor de 75 años, la población es de predominio urbana, con ocupación permanente y solteros en su mayoría.

Los principales factores de riesgo asociados a los trastornos por uso de sustancias son: ser hombre, no haber recibido lactancia materna, tener historia de conflicto con autoridades, antecedentes de dificultades académicas y disciplinarias, tener historia familiar de consumo de sustancias, haber estado hospitalizado previamente por cualquier causa psiquiátrica y tener historia de problemas legales asociados al consumo. De estos factores solo dos se presentan tardíamente, lo que sugiere un amplio intervalo de tiempo en el cual se pueden realizar campañas de prevención del consumo y promoción de la salud, aspectos que requieren mayor estudio por su potencial en el área de la salud pública.

El 63.5% de los pacientes no tenían comorbilidad en el eje I o II, de los pacientes que tenían patología dual en orden de frecuencia fueron: trastornos del afecto, consumo de múltiples sustancias, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad y trastornos de la infancia.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio no son extrapolables a la población general, representan exclusivamente a los pacientes que consultan al ICSN.

Recomendaciones

De nuestra experiencia podemos evidenciar una gran variabilidad en la recolección y registro de los datos correspondientes a la historia clínica que varía con cada atención y que puede deberse al carácter semi estructurado del formato de historia con la que cuenta el ICSN, por lo anterior sugerimos promover la recolección sistemática y estructurada, buscando una mayor homogeneidad en los datos que permitan la realización de otros estudios, ya que una de las dificultades más grandes en la realización de nuestro trabajo fue la desestimación de variables debido a la ausencia de datos. Sin embargo es el carácter del enfoque psicodinámico y el tipo de entrevista que se realiza en la institución en gran medida responsable del hallazgo de la ausencia de lactancia materna como un factor de riesgo importante para la patología adictiva; aspecto que sin duda nos da luces acerca de la importancia de otros enfoques más integrales en la buena atención y asistencia a los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Vienna : United Nations, 2012.
2. Scopetta, Orlando. Consumo de drogas en Colombia: Características y Tendencias. Bogotá DC : Guadalupe S.A., 2010. 978-958-9463-39-0.
3. Primary and secondary prevention of alcoholism: emerging trends and research strategy. Radouco, Thomas, et al. 5-6, 1979, Progress in neuro-psychopharmacology, Vol. 3, pp. 579-600.
4. Genetic epidemiology and the prevention of functional mental disorders and alcoholism.

- lism: family study and biological predictors. Radouco, Thomas, et al. 1-3, 1979, *Progress in neuro-psychopharmacology*, Vol. 3, pp. 165-89.
5. Childhood family influences on risk of alcoholism. Barry, H 3rd. 5-6, s.l. : *Progress in neuro-psychopharmacology*, 1979, Vol. 3, pp. 601-12.
6. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali : Ministerio de la Protección Social - Fundación FES, 2003.
7. Universidad CES; Universidad de Harvard; Secretaría de Salud de Medellín. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín : s.n., 2012.
8. Aportes antropológicos sobre la construcción del tema "drogas". Folgar, Leticia. Montevideo : s.n., 2000. *Actas del Encuentro con la Antropología Social y Cultural en el Uruguay*.
9. Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de Trastornos Adictivos. s.l. : Panamericana, 2006, 17.
10. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen. Suiza : s.n., 2004.
11. Mental health promotion initiatives for children and youth in contexts of poverty: the case of South Africa. Petersen, Inge, et al. 3, 2010, *Health promotion international*, Vol. 25, pp. 331-341.
12. UNODC. World Drug Report 2010. Vienna : United Nations Publication, 2010.
13. United Nations Office on Drug and Crime. Global illicit drug trends. New York : s.n., 2003.
14. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Griffith, Edwards and Milton, Gross. s.l. : *British Medical Journal*, 1976, Vol. 1, pp. 1058-1061.
15. World Health Organization. Third report of the WHO Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction. s.l. : WHO Technical Report Series, 1952. 57.
16. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO Memorandum. World Health Organization. 2, 1981, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 59, pp. 225-242.
17. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM - IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). Hasin, Deborah and al, et. s.l. : *Addiction*, 2006, Vol. 101, pp. 59-75.
18. Neurological complications of drug abuse: pathophysiological mechanisms. Neiman, J, Haapaniemi, H and Hillbom, M. s.l. : *European Journal of Neurology*, 2000, Vol. 7, pp. 595-606.
19. Managing Addiction as a Chronic Condition. Dennis, Michael and Scott, Christy. 1, s.l. : *Addiction science & Clinical practice*, 2007, Vol. 4, pp. 45-55.
20. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Le Mont-sur-Lausanne : World Health Organization, 2011.
21. Departamento Nacional de Planeación. Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010. Bogotá D.C : s.n., 2012.
22. Nederland, Radio. <http://www.semana.com/nacion/articulo/drogas-guerra-perdida/240802-3>. [Online] 2011. [Cited: 10 27, 2013.]
23. Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos, con base en los resultados del WMH-CIDI. Torres de Galvis, Yolanda, Posada, José and Berbesi, Dedsy. 2010, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 39.
24. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su pre-

- valencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. Torres de Galvis, Yolanda, et al. 2010, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 39.
25. Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos Universidades Colombianas. Arias, Francisco, et al. 1, 2012, *El Ágora USB*, Vol. 12.
26. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. Opler, Mark, et al. 4, 2010, *Annals of Clinical Psychiatry*, Vol. 22.
27. Gender-specific predictors of risky alcohol use among general hospital inpatients. Schnuerer, Inga, et al. 1, 2013, *General Hospital Psychiatry*, Vol. 35.
28. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. Hasin, Deborah and Bari, Kilcoyne. s.l. : *Curr Opin Psychiatry*, 2012, Vol. 25, pp. 165-171.
29. Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. Najt, Pablo, Fusar-Poli, Paolo and Brambilla, Paolo. s.l. : *Psychiatry Research*, 2011, Vol. 186, pp. 159-164.
30. Ministerio de la Protección Social; Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá D.C : Guadalupe S.A, 2008. 978-958-9463-37-6.
31. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Degenhardt, Louisa and Hall, Wayne. 2012, *Lancet*, Vol. 379.
32. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia - 2011. 2011.
33. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. Brian, Jack, et al. 3, 2009, *Annals of internal medicine*, Vol. 150, pp. 178-87.
34. A Comparative Study of Psychiatric Inpatients in a General Hospital and a Psychiatric Hospital in Israel: Demographics, Psychopathological Aspects and Drug Abuse Patterns. Katz, Gregory, et al. 6, 2011, *The Israel Medical Association journal*, Vol. 13, pp. 329-32.
35. http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf. [Online] [Cited: Enero 10, 2014.]
36. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Stone, Andrea, et al. 2012, *Addictive Behaviors*, Vol. 37, pp. 747-75.
37. www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4682928. [Online] Noviembre 23, 2008. [Cited: Enero 10, 2014.]
38. Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for Long Lasting Effects. Van der Vegt, Esther, et al. 2, 2009, *Journal of abnormal child psychology*, Vol. 37, pp. 239-49.
39. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study. Langas, Anne-Marit, Malt, Ulrik and Opjordsmoen, Stein. 2011, *BioMed Central psychiatry*.
40. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Hasin, DS, et al. 7, 2007, *Archives of general psychiatry*, Vol. 64, pp. 830-42.
41. New Onsets of Substance Use Disorders in Borderline Personality Disorder Over Seven Years of Follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Walter, Marc, et al. 1, 2009, *Addiction*, Vol. 104, pp. 97-103.
42. Gabbard, Glen. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires : s.n., 2002