

Observatorio Uruguayo de  
Drogas

PASTA BASE DE COCAÍNA EN  
URUGUAY

Compilación



**OUD**

Observatorio  
Uruguayo de  
Drogas

INDICE

2

Introducción.....	3
<b>Capítulo 1 Información epidemiológica.....</b>	<b>5</b>
1.1 – Magnitud del consumo – Jessica Ramirez – Héctor Suárez.....	5
1.2 – Consumidores de PBC: un estudio RDS en poblaciones ocultas...Jessica Ramirez- Héctor Suárez.....	8
1.3 – Aproximaciones a una estimación del número de usuarios consumidores de PBC: estimaciones indirectas. Jessica Ramirez – Héctor Suárez.....	17
1.4 -Sistema de Gestión de Usuarios en atención y tratamiento por consumo problemático de drogas: incidencia de la PBC Leticia Keuroglian.....	22
<b>Capítulo 2 La investigación cualitativa.....</b>	<b>27</b>
2.1 Investigación etnográfica: Efectos y prácticas de consumo problemático de PBC en poblaciones ocultas de Montevideo Giancarlo Albano, Luisina Castelli, Emmanuel Martínez, Marcelo Rossal (Coord.).....	29
<b>Capítulo 3 Investigaciones preclínicas y clínicas sobre la PBC.....</b>	<b>43</b>
3.1 Repercusiones médico-toxicológicas del consumo de PBC . Shirley García, Alba Negrin, Rocio Ormaechea, Antonio Pascale, Pablo Yemini.....	43
3.2 Pasta base de cocaína: experiencia del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (Montevideo- Uruguay) Antonio Pascale; Alba Negrin; Amalia Laborde.....	45
3.3 - Estudio pre-clínico de los efectos de la Pasta Base de Cocaína en el Sistema Nervioso Central Cecilia Scorza, (Responsable); Juan A. Abinb, José Pedro Prieto; . Martín Galvalisi.....	55
3.4 Evaluación por imagen funcional de los efectos neurobiológicos y cardiovasculares del consumo de PBC y clorhidrato de cocaína Rodolfo Ferrando.....	61
3.5 Consumo de PBC en Uruguay y en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones Mario Moraes, Cecilia Scorza , Juan Andrés Abin-Carriquiry , Antonio Pascale , Gabriel González , Eleuterio Umpiérrez.....	71
3.6 Efectos del consumo de PBC sobre el nivel intelectual Gabriela López-Rega, Verónica Santos, Ma. Soledad Brescia. Alejandra Ferrari, Pablo Fielitz, Santiago López-Rega, Marcelo Mateosa.....	81
3.7 Síntomas psiquiátricos asociados al consumo de PBC en niños y adolescentes: un estudio exploratorio en Montevideo; Uruguay Cédric Galéra , Gabriel Rossi , Xandra Meneghetti , Fabricio Choca , Louis-Rachid Salmi, Manuel-Pierre Bouvard , Laura Viola.....	91
<b>Capítulo 4 - Modelos y protocolos de atención, tratamiento e inserción Social.....</b>	<b>104</b>
4.1 Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas “Portal Amarillo”: Resumen de su modelo Teórico y Metodológico Juan Triaca, Miguel Silva.....	104
4.2 Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación Mario Moraes , Adriana Boccarato , Gabriela Bazan , Susana Grunbaum , Ma. del Carmen Canavessi , Alicia Hoppe , Antonio Pascale , Gabriel González , Beatriz Ceruti , Daniel Borbonet.....	107
4.3- Reporte del Simposio “Avances y desafíos en la investigación científica sobre tratamientos, estrategias farmacológicas y vacunas contra la adicción a las drogas (Santiago de Chile, Noviembre 2012) Cecilia Scorza.....	122
4.4- II Coloquio Emergencia Social: Exclusión/ Explotación. Fronteras-Tramas-Destramas Juan Triaca, Miguel Silva, Samuel Diogo, Marcelo Aprile.....	125
4.5 –Centro de Información y Referencia nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”.PROYECTO: Conformación de Dispositivos Grupales para Usuarios, familiares y/o referentes de consumidores. De drogas en el Primer Nivel asistencial Dr. Juan M. Triaca, Psic. Miguel Silva, Dra Susana Grunbaum.....	134
4.6- Proceso de consolidación de políticas de Inserción Social para personas con consumo problemáticos de drogas. Rosina Tricánico- Gustavo Rotunno.....	142

## INTRODUCCIÓN

El consumo de pasta base de cocaína (PBC) constituye un serio problema en el Uruguay a partir de los años 2002 -2003 asociado en primera instancia a la crisis económica que recrudece en esos años en nuestro país, aunque su presencia en la región es previa, siendo países como Chile y Perú los primeros en registrar consumo ya hace más de 30 años.

3 Su silenciosa, rápida y dramática penetración en los segmentos socioeconómicos más vulnerables de Uruguay hizo que investigadores y clínicos como así también el sistema asistencial se enfrentaran a una nueva problemática, generándose varias dudas acerca de la sustancia, sus efectos (desconocimiento de las acciones farmacológicas sobre el sistema nervioso central); a la vez que involucró a los consumidores en una situación sanitaria de alto riesgo que las instituciones no estaban preparadas para responder.

No obstante ello, cabe señalar que actualmente, luego de más de 10 años de presencia de la sustancia en la sociedad, la comunidad científica de Uruguay ha logrado importantes avances en la investigación logrando determinar su composición, los efectos neurobiológicos y las alteraciones físicas y psíquicas producidas por el consumo crónico de pasta base. Asimismo, investigaciones de tipo cuantitativo y cualitativo han logrado buenas aproximaciones a la estimación de su magnitud como así también en la caracterización y perfil de los usuarios.

Desde el Estado, y a partir de la creación del Centro de Información y Referencia Nacional “Portal Amarillo” se ha generado una vasta experiencia y saber desde lo clínico para la atención y tratamiento de usuarios problemáticos de drogas, especialmente usuarios de PBC que en los primeros años desde su apertura conformaban el 80% de la población atendida.

A partir del 2007, investigadores del Instituto de Investigaciones Clemente Estable (IIBCE) comenzaron un estudio preclínico de los efectos de la PBC en el Sistema Nervioso Central, apoyados por fondos nacionales (DICYT, ANII) a través de diferentes convocatorias (Programa de Desarrollo Tecnológico, Programa de Alto Impacto Social, Fondo Sectorial de Salud). El abordaje científico, sumado a colaboraciones en el ámbito clínico y social, permitió aportar información en respuesta a algunas preguntas claves vinculadas a la alta dependencia generada por la droga así como para reducir algunos mitos existentes en la temática.

El 20 de diciembre del año 2010, investigadores del IIBCE y del Hospital Pereira Rossell organizaron, en las instalaciones del IIBCE, el “Primer Taller Uruguayo de investigación clínica y básica en Pasta Base de Cocaína”, con el fin de comenzar a difundir a nivel nacional los resultados científicos encontrados hasta ese momento. El mismo tuvo una muy buena participación de investigadores (clínicos,

sociales, básicos), de otras instituciones nacionales, un muy buen nivel en las presentaciones orales, determinando además una muy buena instancia de discusión de la temática. En la evaluación final se constató la necesidad de continuar con el desarrollo de este tipo de eventos.

En ese sentido, en el año 2013, la Junta Nacional de Drogas conjuntamente con el IIBCE llevaron a cabo el “Primer Encuentro internacional de Investigadores en Cocaínas Fumables” que se desarrolló durante los días 20 y 21 de marzo de ese año en las instalaciones de Presidencia de la República contando con la participación de expertos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay.<sup>1</sup>

4

La idea fue nuclear a todas aquellas personas e instituciones que trabajan e investigan en cocaínas fumables ofreciéndoles una instancia de presentación y discusión académico-científica de sus principales resultados, desde la visión de que la temática del consumo de las cocaínas fumables es necesaria abordarla desde un enfoque intersectorial e interdisciplinario, como ser el ámbito político, social, antropológico, clínico y básico. Todos estos abordajes fueron incluidos en el programa del evento.

En este informe, preparado especialmente para el Grupo de Trabajo regional coordinado por CICAD (OEA) se presenta el “estado del arte” respecto de la temática Pasta Base desde las diversas disciplinas que tratan la temática como así también de los principales requerimientos y apoyos necesarios a corto y mediano plazo.

En el documento, se encuentran resúmenes de varias investigaciones, artículos y referencias bibliográficas desde un amplio abanico de especialidades y enfoques que tiene por finalidad diseminar y contribuir al avance del conocimiento en la temática.

---

<sup>1</sup> Todas las ponencias se encuentran publicadas en [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy)  
[http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=article&id=921:presentaciones-encuentro-internacional-de-investigadores-en-cocainas-fumables&catid=14:noticias&Itemid=59](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=921:presentaciones-encuentro-internacional-de-investigadores-en-cocainas-fumables&catid=14:noticias&Itemid=59)

## Capítulo 1: Información epidemiológica

### 1.1 - Magnitud del consumo

Lic. Jessica Ramirez – Lic. Héctor Suárez  
Observatorio Uruguayo de Drogas

5

La información epidemiológica del consumo de pasta base surge de los estudios cuantitativos del Observatorio Uruguayo de Drogas, especialmente de la serie de estudios en Hogares (2001,2006,2011)<sup>2</sup> y de la encuesta en Estudiantes de Enseñanza Media (2003,2005,2007,2009,2011)<sup>3</sup>.

Respecto a la magnitud del consumo en población general, es posible inferir a partir de los datos disponibles que el consumo de pasta base se encuentra actualmente en una “meseta” ya que en la V Encuesta en Hogares sobre Consumo de Drogas (2011) se obtuvieron valores similares a los encontrados en la IV Encuesta realizada en el año 2006, no registrándose una variación significativa, con lo cual puede sostenerse que en población general el consumo de pasta base permanece estable. Según lo captado en esta encuesta, (teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de estudio), el consumo de pasta base para el total del universo<sup>4</sup> es de baja magnitud. Sólo el 1,1% declara que consumió pasta base alguna vez en su vida, 0,4% en los últimos 12 meses y 0,2% en los últimos 30 días. Respecto al consumo en el resto de los países del continente americano, se encuentra que Uruguay se encuentra con una prevalencia media<sup>5</sup>.

Pero más allá que el consumo de pasta base puede considerarse de baja magnitud, adquiere una alta visibilidad dada por las características que adquiere el uso y por la alta concentración geográfica, y por tanto, socioeconómica de sus consumidores. En Montevideo -donde la prevalencia duplica a la del interior- según la V Encuesta en Hogares hay zonas (donde se concentra territorialmente la pobreza) donde el consumo alcanza al 4% de la población.

El perfil de los que consumidores de pasta base el estudio consigna que ocho de cada diez son hombres, tres de cada cuatro son menores de 30 años y siete en diez residen en la capital del país. En lo que refiere a las pautas de consumo se observa que prácticamente la totalidad son policonsumidores y la mayoría inicia el consumo con otras sustancias, siendo la pasta base, en esta población, la droga de inicio en una porción menor.

2 Informes disponibles en [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy)

3 Idem anterior.

4 El universo de estudio de la V Encuesta en Hogares sobre Consumo de Drogas es la población de 15 a 65 años de edad residente en localidades de 10.000 y más habitantes del país.

5 Informe del Uso de Drogas en las Américas., 2011, OEA – CICAD.

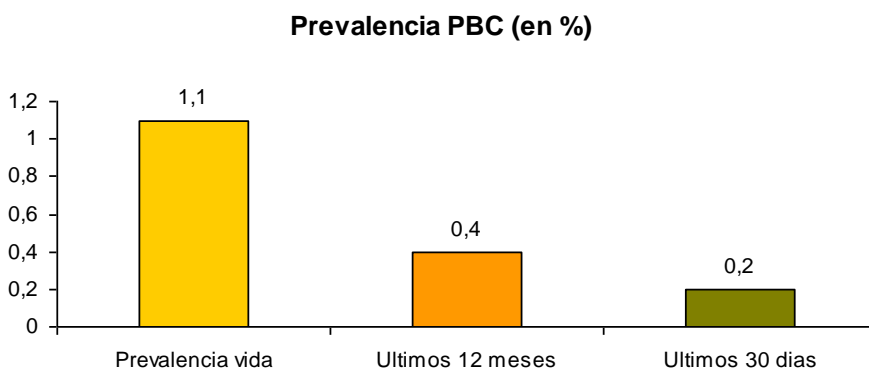
Con respecto al uso problemático de esta sustancia, medido en la V Encuesta en Hogares con indicadores del CIE10, se encuentra que algo más de la mitad de los consumidores de pasta base presentan uso problemático; esta proporción es sensiblemente superior al resto de las sustancias medidas (alcohol, cocaína, marihuana, inhalantes) donde el consumo problemático alcanza a una porción menor de consumidores. No obstante, cabe señalar que en los consumidores captados en este estudio se encuentran algunos usuarios experimentales u ocasionales de esta sustancia.

6

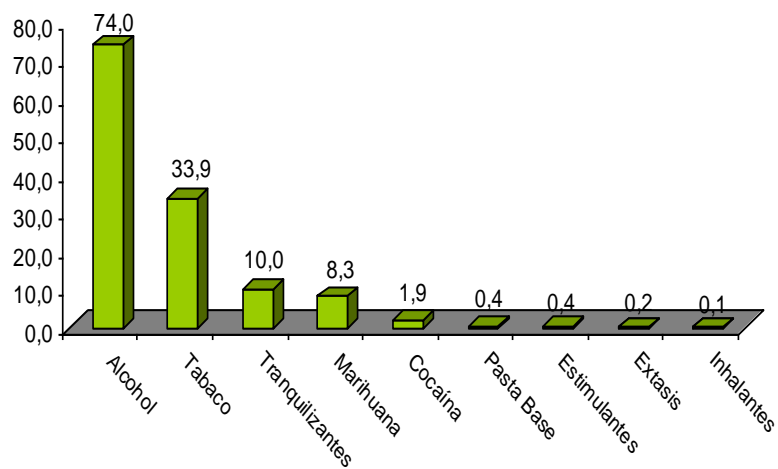
La edad media de inicio del consumo de pasta base en los usuarios captados por este estudio es de 18,9 años, siendo más precoces los hombres quienes en promedio inician el consumo a los 18,7 años en tanto las mujeres lo hacen a los 20,1 años. Por último, se encuentra que, contrariamente a lo que podría esperarse, en el interior del país el consumo se inicia en promedio casi un año antes que en Montevideo.

El consumo en los segmentos más jóvenes, la última encuesta en estudiantes de Enseñanza Media realizada por el Observatorio Uruguayo de Drogas (2011) consigna que el consumo de esta sustancia es marginal en esta población, alcanzando una prevalencia del 0.4% en el último año, siendo este consumo en la mayoría de los casos experimental. Al igual que en la población general, no presenta diferencias significativas respecto a mediciones anteriores.

**Gráfico 1. Indicadores de pasta base**



**Gráfico 2. Consumo en los últimos 12 meses**



Fuente: V Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 2011.  
Base: Total de la muestra

## 1.2 - Consumidores de Pasta Base de Cocaína: un estudio RDS en poblaciones ocultas

Lic. Jessica Ramírez Lic. Héctor Suárez –  
Observatorio Uruguayo de Drogas

8

Uno de los mayores problemas para el avance del conocimiento sobre la problemática del consumo de drogas en general y de la PBC en particular está vinculado a la dificultad de obtener datos precisos y confiables sobre su magnitud pero fundamentalmente sobre eventos como la distribución, prácticas y regularidades respecto a la oferta y demanda ya que los métodos tradicionales de recolección de datos presentan serias limitaciones para la captación de este fenómeno que transcurre en un trasfondo ilegal y sancionado moralmente. En el caso particular de la PBC se suma a estas limitaciones que la magnitud del consumo se eleva significativamente en poblaciones de difícil acceso por métodos tradicionales.

En ese sentido, el Observatorio Uruguayo de Drogas, en colaboración con entidades supra nacionales, ONUDD y CICAD-OEA, el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Humanidades se abocó en al año 2012 a la tarea de llevar a cabo investigaciones que pudieran superar las limitaciones para obtener información relevante sobre este fenómeno. Producto de ello se realizaron dos investigaciones complementarias de los estudios tradicionales realizadas sobre la misma población (personas con uso problemático de cocaínas fumables, básicamente pbc), uno de ellos desde una perspectiva cuantitativa utilizando una metodología especialmente diseñada para abordar a poblaciones de difícil acceso (RDS) y el otro desde una metodología cualitativa (estudio etnográfico). La realización simultánea de ambos estudios tuvo como objetivo lograr una visión integradora y complementaria como forma de aportar a la discusión de la problemática.<sup>6</sup>

El diseño metodológico del primero de estos estudios, y del cual transcribimos a modo de resumen sus principales resultados estuvo basado en la utilización del método conocido como RDS (Respondent Driven Sampling)<sup>7</sup>. Esto es, un muestreo dirigido por el entrevistado. El uso de este tipo de

---

<sup>6</sup> El resultado de ambas investigaciones se encuentran publicadas en "Lecturas directas : Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. OUD. Facultad de Humanidades 2014. En este informe se transcriben los principales resultados y conclusiones.

<sup>7</sup> Fue propuesto inicialmente por Douglas D. Heckathorn en 1997 para obtener muestras de poblaciones ocultas, superando los principales problemas de otro tipo de muestreos dirigidos utilizados hasta el momento como el denominado 'bola de nieve'. El muestreo RDS ha sido efectivamente utilizado en más de 125 estudios en casi 30 países del mundo en investigaciones con hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas. De forma que se implanta como un método válido para la vigilancia epidemiológica de poblaciones ocultas con alta vulnerabilidad. (Estrada y Vargas, 2010).



métodos es imprescindible ante subgrupos poblacionales que por sus características se vuelven ocultos para los muestreos tradicionales en los que se basan las encuestas nacionales en hogares.

El abordaje de la población que se hace a partir de la utilización de éste método de muestreo es de tipo cadena de referencias que sustentado en una sólida red de contactos, constituye en los hechos un reclutamiento en ondas u olas que asegura una composición de la muestra con parámetros poblacionales no sesgados por la carencia de aleatoriedad en la selección de algunos individuos iniciales conocidos como semillas. (Estrada y Vargas, 2010)

9

Los supuestos matemáticos que sustentan los procedimientos recogen elementos de la teoría de redes y de los procesos de Harkov, que entre otros mantienen que las características de un nuevo informante dependen de las características de quien lo ha reclutado, pero no de las de quién reclutó a su reclutador.

El universo de estudio estuvo conformado por las personas entre 18 y 64 años de edad residentes en la Ciudad de Montevideo y su área metropolitana que hubieran usado pasta base, cocaína, crack y otros derivados de la hoja de coca al menos 25 días durante los seis meses anteriores al estudio y/o se hayan inyectado al menos una vez alguna de esas sustancias en el mismo período de tiempo.

## PRINCIPALES RESULTADOS

El análisis de los indicadores sociales de la muestra de usuarios problemáticos de pasta base que conforman la muestra obtenida (318 casos) constata la alta vulnerabilidad social a la cual están expuestos; mínimos logros educativos, nula o baja calificación laboral, precariedad de la vivienda o inexistencia de la misma, dando cuenta en muchos casos de una población prácticamente al margen de la sociedad. El consumo de pasta base se extiende en la población más vulnerable desde el punto de vista social dado por su bajo costo unitario y también a sus efectos que llevan a una alteración de la conciencia que provoca un distanciamiento de una realidad que en algún punto se quiere evitar.

Al realizar un mapeo de las zonas o barrios de estadía habitual de las personas que conforman la muestra estudiada, se encuentra que la mayoría de las personas viven o permanecen la mayor parte del tiempo en territorios con altos niveles de pobreza y marginalidad, como así también de tasas de escolarización y empleo formal, entre otros indicadores, muy por debajo del promedio de Montevideo.

La Tabla 2 pone en evidencia el notorio déficit de educación formal en las personas con consumo problemático de drogas, alcanzando casi al 64% del total los que no han completado más de 6 años de educación formal. Este primer dato evidencia, más allá del rezago o abandono en los siguientes ciclos educativos, una situación pre-existente al inicio del consumo de drogas (por lo menos para esta

porción de la muestra) ya que la mayoría de estos usuarios problemáticos iniciaron sus consumos luego de los 12 años, edad límite de admisión para cursar enseñanza primaria.

**Tabla 1. Nivel Educativo alcanzado. Montevideo y Usuarios problemáticos de pasta base. Personas entre 18 y 64 años de edad**

Nivel Educativo alcanzado	% Montevideo (*)	% muestra UPD
Primaria/sin instrucción	20,9	63,7
Ciclo Básico Secundaria/ETP	22,2	29,8
Bachillerato Diversificado/ETP	30,6	5,9
Terciario	28,9	0,4
TOTAL	100	100

(\*) Fuente: INE

**Tabla 2. Edad de inicio del consumo de pasta base según rango etario**

Edad de inicio PBC (en %)	
9 a 13 años	9,6
14 a 15	14,4
16 a 17	15,4
18 a 20	17,6
21 a 24	11,4
25 a 29	14,4
30 a 39	11,3
40 a 59	2,5
NSNC	3,5
Promedio general	21,1

Respecto a las principales fuentes de ingresos en el último año se encuentra que apenas el 14% declara tener un empleo formal (medio tiempo o completo). Conformarían el grupo de los que tienen o mantienen cierto nivel de integración social. El resto se reparte entre trabajos esporádicos (changas), de tiempo completo o parcial no formales (26%), trabajos de baja calificación (recolección y clasificación de residuos, venta ambulante) (21%). En el conjunto se destaca la precariedad laboral e incertidumbre e inestabilidad en el ingreso.

En el extremo, aquellos que no tienen ningún tipo de integración laboral, conforman un importante 34%; éstos tuvieron en el último año como fuente principal de ingresos la mendicidad, la ayuda familiar o estatal y actividades ilegales como el robo y/o hurto, prostitución o venta de drogas.

En este sentido, las mujeres muestran mayor vulnerabilidad dado una inserción laboral más precaria, esto es, en mayor medida que los hombres obtienen los ingresos de la mendicidad (19% vs 7%), de la Asistencia Pública (31% vs 1%) y de mantener relaciones sexuales por dinero (8% vs 4%).

Estos datos confirman que en esta población la integración social a través del trabajo formal, y a su vez la protección social asociada, presenta serias limitaciones. Esto puede ser consecuencia de una disminución de las oportunidades provocado por el déficit en su conformación de activos (educación, calificación, redes sociales) como así también por aspectos más vinculados a lo actitudinal y conductuales asociadas (inasistencias, despidos, entre otros) en este caso sí asociadas al consumo.

**Tabla 3. Fuentes de ingresos en los últimos 12 meses (en %)**

FUENTES DE INGRESO ÚLTIMOS 12 MESES	TODAS	PRINCIPAL
Trabajo sin contrato formal (changas, temporales)	77,5	25,9
Recolección (latas, cartones, basura, limpiar parabrisas o similar)	42,7	14,8
Ingresos de pareja, amigos, familia	30,3	8,2
Pedir limosna, mendigar	29,9	7,0
Robos, hurtos	23,7	8,1
Trabajo con contrato formal (jornada completa o parcial)	21,9	14,4
Venta ambulante (calle, buses)	20,4	5,6
Relaciones sexuales por dinero	12,5	3,8
Asistencia pública, beneficiencia o similar	12,6	2,8
Venta de drogas	10,2	3,8
Seguro de desempleo	2,4	0
Otros	5,8	3,3
NSNC		2,0

La vulnerabilidad de esta población se ve claramente expuesta también a partir de la situación habitacional para la convivencia diaria. Casi la tercera parte de los usuarios problemáticos de la muestra

vive en la calle, a lo que debe agregarse un 10% que permanecen en refugios durante la noche o en viviendas muy precarias como chozas y ranchos. Esta situación de calle es parte de un proceso que va profundizando la situación desventajosa de la persona, particularmente en lo que respecta al consumo, y va tomando cada vez más difícil la recuperación y re-inserción de los sujetos, los que probablemente llegaron a esta situación por expulsión del hogar/barrio producto de diversos procesos de desvinculación. En una medida extrema que forma parte de la desesperanza u abandono, los usuarios deciden en muchos casos alejarse de su familia y de su barrio, prefiriendo el desamparo de la calle a la inseguridad de un entorno que se vuelve hostil, incluso llegando a la expulsión.

**Tabla 4. Situación habitacional (en %)**

Situación habitacional	%
Casa o apto. propio o de pareja no rentado	12
Casa o apto rentado por él o su pareja	2
Otro tipo de casa o apto (de padres, fliares., etc.)	44
Cuarto de casa o apto rentado	1
En la calle (parque, estación, puente, terreno)	27
En refugio o albergue o casa para indigentes, etc.	5
Rancho, choza, carpa, vivienda provisional	5
Cárcel	0.6
Otros	4

Respecto a la demanda de tratamiento -contraviniendo quizás las ideas instaladas en el imaginario colectivo en cuanto a que el usuario de pasta base no pide ayuda o “no quiere pedir ayuda”- la evidencia recogida muestra que un importante 43% solicitó atención en algún momento de su vida, y entre los que no lo hicieron, la mitad manifiesta que alguna vez pensó en hacerlo. Este dato respecto a la no-demanda de tratamiento si bien es consistente con lo que sucede en la generalidad de los consumidores crónicos y problemáticos de drogas (por lo menos en las etapas de inicio y consolidación del consumo) es sensiblemente menor si se lo compara con la no-demanda de los usuarios problemáticos de otras drogas excluyendo pasta base.

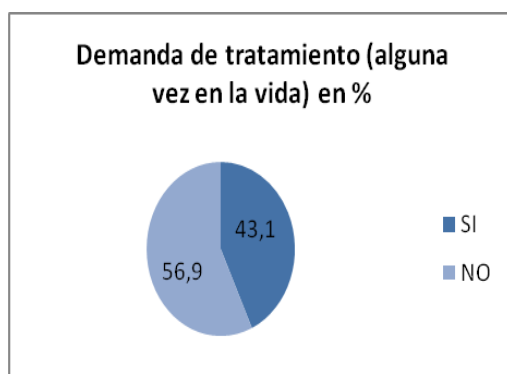
Según datos del informe Mundial sobre Drogas 2010 sólo uno de cada cinco usuarios problemáticos recibe asistencia en algún momento. En nuestro país, de acuerdo a los datos que surgen de la V

Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, el 5% de los usuarios problemáticos de alcohol ha solicitado ayuda profesional alguna vez en la vida, 18% de los usuarios de cocaína y apenas un 2% de los usuarios de Marihuana<sup>8</sup>.

A su vez cabe consignar que además de demandar tratamiento en mayor medida que los usuarios problemáticos de otras drogas, los consumidores de pasta base lo hacen antes, esto es, transcurre un tiempo más corto entre el comienzo del consumo regular y el momento de solicitud de tratamiento.

El primer Informe del sistema *tratamiento.registra* (Octubre 2013) del OUD, que reporta información diaria de los ingresos a los Centros de Atención y Tratamiento, incluyendo datos sociodemográficos y sobre la historia de atención de estas personas, muestra que entre el inicio del consumo regular de pasta base y el primer pedido de ayuda transcurren, en promedio cuatro años, mientras que en el caso de cocaína es de 8 años y para el alcohol 15.

**Gráfico 1. Demanda de tratamiento alguna vez en la vida**



Ahora bien, y en relación con los lugares donde los consumidores en general solicitan asistencia se encuentran tres elementos clave que configuran una situación de emergencia, dadas las características, el perfil de los usuarios y las consecuencias graves del consumo de pasta base.

En primer lugar la baja demanda de tratamiento en centros especializados. Un factor que incide en este comportamiento tiene que ver con las respuestas tradicionales del sistema de atención las que habitualmente son de enfoque abstencionista, requiriéndose la abstinencia total como requisito para la asistencia; lo que funciona como barrera ya que son pocos los usuarios que se encuentren dispuestos a renunciar a todo consumo inmediatamente. Los lugares más buscados fueron instituciones no especializadas.

En segundo lugar, en los casos que demandaron tratamiento se ha de destacar la alta rotación por las instituciones; los usuarios pasaron en promedio por casi tres instituciones en su trayectoria de

<sup>8</sup> La determinación de usuarios problemáticos se realiza según parámetros AUDIT en el caso del alcohol y de CIE10 para las drogas ilegales.

intentar controlar o detener el consumo (con el cual todavía continúan), lo cual interpela de algún modo a la efectividad de la oferta de asistencia.

En relación a la salud (componente principal del capital humano) se encuentra que en su mayoría la autopercepción del estado de salud es relativamente positiva: el 64% la describe como buena o excelente. Sin embargo, uno de cada cuatro la define como regular y uno de cada diez como mala.

14 Esto parece tener una correspondencia real con diversos problemas de salud diagnosticados a los usuarios como ser fundamentalmente la alta prevalencia en forma relativa de HIV y enfermedades respiratorias. A partir del análisis de los resultados de los test rápidos realizados a los participantes en el estudio, puede mantenerse que la prevalencia de VIH alcanza al 6.3%.<sup>9</sup> Este porcentaje es sensiblemente mayor al de la prevalencia de VIH en población general (0.45%).

De todos modos, es necesario profundizar el análisis en la segmentación socioeconómica de los infectados para controlar la incidencia del uso problemático de pasta base en las probabilidades de infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual. Verificar las prevalencias de éstas en grupos de personas con perfiles similares en las variables socioeconómicas básicas pero sin consumo de drogas permitiría conocer la fracción atribuible a las prácticas de riesgo asociadas al consumo de pasta base.

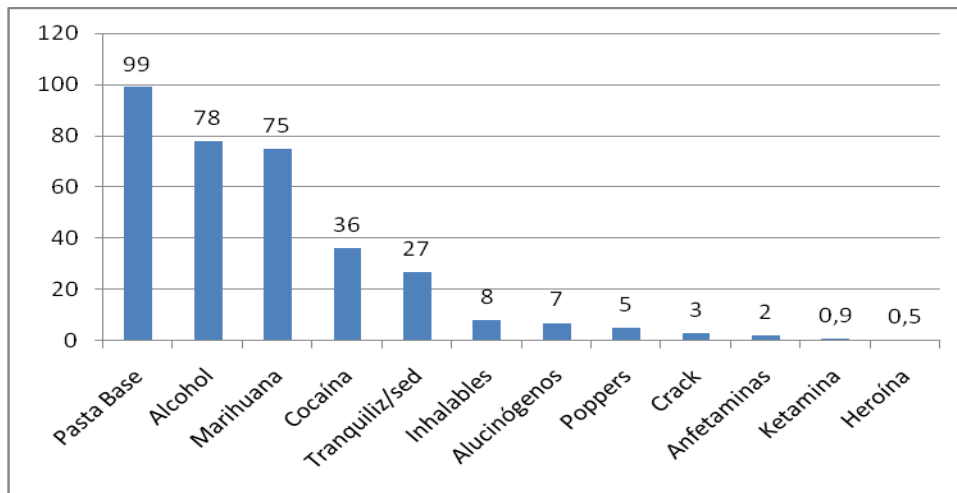
El patrón de consumo de drogas de los usuarios de pasta base que se observable en esta muestra coincide con lo encontrado tanto en los centros de tratamiento como en la encuesta de hogares. Se trata en la mayoría de los casos de policonsumidores, aunque en éstos es verificable una mayor cantidad de drogas consumidas y una mayor intensidad del consumo en las drogas “secundarias”.

En el último año, además de pasta base, se destacan altos niveles de consumo de alcohol (78%) y marihuana (75%). Otras sustancias que aparecen con niveles de consumo relevantes son la cocaína en polvo (36%) y los tranquilizantes/sedantes (27%). En todos los casos, las prevalencias de las drogas mencionadas son marcadamente superiores a las observadas en la población general, presentando algunas diferencias con respecto a los usuarios en tratamiento, mayor consumo de marihuana y menor de cocaína.

---

<sup>9</sup> Como parte del protocolo, todos los casos positivos fueron confirmados en el Laboratorio Central de Salud Pública localizado en el Instituto de Higiene y las personas con diagnóstico positivo fueron vinculadas a servicios de atención.

**Gráfico 2. Prevalencia año según sustancia**



**Tabla 3. Prevalencia año por sustancia según grupos poblacionales**

	Población general	Usuarios en tratamiento	Muestra usuarios problemáticos estudio RDS
Alcohol	74,0	76,9	78,0
Marihuana	8,3	61,5	75,0
Cocaína	1,9	58,3	36,0

## CONCLUSIONES

La pasta base pasa a ser quizás el más elocuente signo de un problema social inocultable que interpela no solo las formas de abordaje de la temática drogas, sino también las razones más profundas que tienen su origen, en gran parte, con la desigualdad social.

La paradoja de la pasta base: droga de gran facilidad de acceso dado su bajo costo unitario, pero de rápida adicción y con importante síndrome de abstinencia; de rápidos efectos dada la vía de consumo (fumada) pero también de cesación de los mismos lo que determina que el usuario deba consumir varias veces al día, lo que lleva a que en definitiva, se transforme en una sustancia de alto costo. Un usuario problemático de esta droga puede requerir entre 600 y 800 dólares mensuales para sostener, luego de un tiempo, para evitar el padecimiento de la abstinencia.

Asimismo, la expansión del consumo de pasta base en el país generó una alarma social que fue más allá del consumo de drogas conformando un proceso de desinformación, tergiversación y creación de estereotipos que nada aportaron (por el contrario perjudicaron) al abordaje de la problemática y fundamentalmente a los mismos usuarios.

De todos modos, y por más que se hubo amplificado y demonizado el fenómeno, es indudable que su importante y concentrada expansión generó un cambio social significativo en los consumidores y

su entorno. En el plano sanitario generó a su vez, diversas problemáticas donde la alta prevalencia en términos relativos de HIV es un duro ejemplo.

Superada la discusión de la pertinencia del “Estado mínimo” de los años 90, nos encontramos como sociedad frente al dilema de cómo superar las disfunciones en primer lugar del sistema y luego las de los organismos del Estado, para luego “pensar” la situación de los excluidos en general y en particular la de los consumidores problemáticos de drogas, sin eludir por supuesto la discusión de los principios rectores (y vigentes) de la solidaridad social y de los derechos sociales compensatorios como herramientas eficaces ante la problemática.

16

El desafío es intelectual y político; por un lado realizar una revisión radical del análisis social relativo a las desigualdades y el consumo de drogas y por otro las acciones públicas respecto a cómo enfrentarlas, lo que incluye el aspecto normativo.

Para esta población específica, parece existir evidencia suficiente respecto a que las habituales herramientas y estrategias de intervención no son suficientes y/o adecuadas. Hace falta arriesgar nuevas políticas y medidas de emergencia focalizadas a esta población particular sobre un problema que, con matices, es global.

La evidencia indica que no se puede hablar de “rehabilitación” en personas que, además del padecimiento de estar atrapados en un consumo problemático, nunca contaron con los recursos elementales que los habilitara para construir un proyecto de vida medianamente satisfactorio. No bastará entonces con atender solamente las consecuencias del consumo, lo relevante es ahondar en las causas que generar estos comportamientos alienantes que quizás resulten menos hostiles que una realidad evidentemente intolerable.

No habiendo lugar a discusión sobre el hecho que la problemática del consumo de drogas debe abordarse desde una concepción integral (no hay patología sin contexto), se entiende que toda atención o tratamiento por el uso problemático de sustancias debe incluir necesariamente la inserción social de las personas.

Los obstáculos que presentan las instituciones sanitarias para una atención y tratamiento efectivo del consumo problemático, generadoras en parte de la “puerta giratoria”, los problemas de falta de disponibilidad temporales y las distancias geográficas hacen que los usuarios, demanden la instalación de dispositivos con “anclaje territorial”, de baja exigencia, agentes que intervengan en los territorios mas comprometidos como ser por ejemplo los espacios de “achique” de los consumidores, refugios nocturnos, entre otros.



### 1.3 - Aproximaciones a una estimación del número de consumidores de pasta base de cocaína en Uruguay: estimaciones indirectas. <sup>10</sup>

Lic. Jessica Ramírez -Lic. Héctor Suárez  
Observatorio Uruguayo de Drogas

17

Como ya fue señalado, la metodología utilizada (RDS) para la conformación de la muestra en la que finalmente se basó la caracterización de los consumidores de alto riesgo de pasta base, garantiza una composición muestral representativa de la población con estimación de parámetros no sesgados por la carencia de aleatoriedad en la selección de los individuos que iniciaron el proceso de reclutamiento.

Ahora bien, una vez logrado el conocimiento respecto a las características de la población usuaria de pasta base, prácticas y patrones de comportamiento, entre otros, es muy relevante estimar el número de consumidores. Y, si bien el estudio no estuvo específicamente diseñado para estimar el tamaño poblacional, la triangulación de los datos obtenidos en este con otras fuentes de información, permite realizar un acercamiento a este parámetro.

De forma que usando métodos indirectos de estimación, asimilables de alguna manera a las técnicas de captura-recaptura, es posible realizar una estimación del número de usuarios problemáticos de pasta base en Montevideo.

Los métodos de estimación indirecta se basan en el análisis del solapamiento de datos procedentes de diferentes fuentes. Por ejemplo, partiendo del supuesto simple de que sólo una cierta proporción de usuarios de drogas, en este caso pasta base, se pone en contacto con los Centros de Tratamiento Especializados, se examina el solapamiento de esta muestra de usuarios con otra muestra de la misma población obtenida independientemente de la anterior (por ejemplo usuarios detenidos en un período determinado); luego de determinar cual es la proporción de población de consumidores de pasta base que está en tratamiento por consumo de esta sustancia y la de detenidos también usuarios de pasta base, se estima el número total de consumidores.

Las muestras deben ser independientes, esto es todos los consumidores pueden aparecer en una u otra muestra, sin que la presencia en una de ellas reduzca la posibilidad de aparecer en la otra.

---

<sup>10</sup> Capítulo extraído del estudio "Lecturas directas :Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. OUD. Facultad de Hunmanidades 2014 – Capítulo 4.

Luego de la identificación de las dos muestras de la misma población que se utilizarán, el tamaño poblacional queda definido de la siguiente manera:

$$N = (n_1 * n_2) / n_{12}$$

Siendo:

$n_1$  = número de casos en la primer muestra

$n_2$  = número de casos en la segunda muestra

$n_{12}$  = número de casos solapados (de ambas muestras)

En este apartado, se realizaran dos estimaciones del tamaño de la población consumidora problemática de pasta base, en ambos casos usando como primer muestra la conformada por los consumidores problemáticos de pasta base que participaron del estudio con RDS, y como segunda muestra en la primera estimación, a la conformada por los consumidores problemáticos de pasta base que ingresaron en un Refugio del Programa de Atención a la Situación de Calle del Ministerio de Desarrollo Social<sup>11</sup> en el trimestre setiembre-diciembre 2012. Por tanto, lo que se busca analizar en este caso es la existencia de superposición de consumidores problemáticos de pasta base que participaron del Estudio con metodología RDS entre setiembre y noviembre del 2012 y aquellos consumidores problemáticos que ingresaron a un Refugio en el período setiembre-diciembre 2012, esto es, observar si en ambas muestras aparecen casos que hayan ingresado a un refugio en el período mencionado y a la vez haya participado del estudio RDS.

En la segunda estimación -para la que también se utiliza la muestra de consumidores que participaron en el estudio RDS- la segunda muestra utilizada es la conformada por los consumidores problemáticos de pasta base que demandaron tratamiento por el consumo de esta sustancia en el Portal Amarillo durante el año 2012. Entonces, en este caso el análisis refiere a la búsqueda de superposición entre los que declaran en el estudio con RDS haber demandado tratamiento en el Portal Amarillo en los últimos 12 meses previos a este estudio, y el reporte realizado por el Portal Amarillo respecto a la cantidad de pacientes que ingresaron a tratamiento por consumo de pasta base durante el año 2012.

---

<sup>11</sup> MIDES, 2013, Programa de Atención a la Situación de Calle.

### Primera Estimación

Muestra 1= consumidores problemáticos de pasta base que participaron del estudio con RDS (setiembre-noviembre 2012)

$$n_1 = 318$$

Muestra 2= consumidores problemáticos de pasta base que ingresaron en setiembre – diciembre 2012 en un Refugio del Programa de Atención en Situación de Calle del Mides.

$$n_2 = 327 \text{ casos}$$

Superposición de muestras: Consumidores problemáticos de pasta base que participaron del estudio con RDS y que pernoctaron alguna vez en un Refugio.<sup>12</sup>

$$n_{12} = 16$$

$$N = (318 \cdot 327) / 16 = 6499$$

### Segunda Estimación

Muestra 1= consumidores problemáticos de pasta base que participaron del estudio con RDS (setiembre-noviembre 2012)

$$n_1 = 318$$

Muestra 2= consumidores problemáticos de pasta base que demandaron tratamiento por el consumo de pasta base en el Portal Amarillo durante enero – diciembre 2012<sup>13</sup>

$$n_2 = 411$$

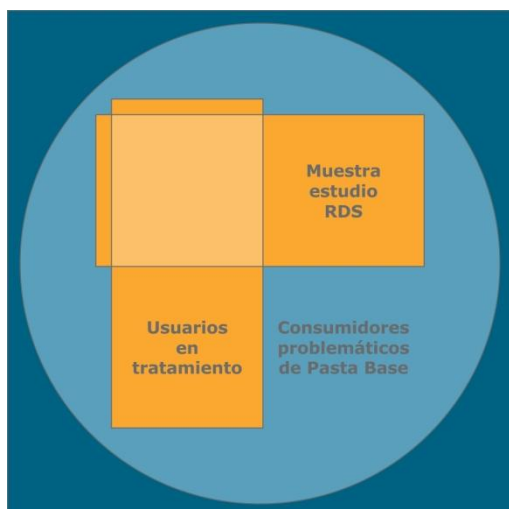
Superposición de muestras: Consumidores problemáticos de pasta base que participaron del estudio con RDS y demandaron tratamiento en el Portal Amarillo durante el año 2012.

$$n_{12} = 9$$

$$N = (318 \cdot 411) / 9 = 14522$$

<sup>12</sup> El estudio no permitió discriminar en los tipos de refugio donde pernoctaron estas personas y por lo tanto aquí se toma la hipótesis más conservadora que lo hicieron en aquellos del Programa de Atención en Situación de Calle. Esto estaría indicando que el dato obtenido sería el más conservador o "piso" de la estimación indirecta.

<sup>13</sup> Informe Comité de Recepción Portal Amarillo

**Figura 3. Solapamiento de dos muestras independientes de la población**

Es posible considerar que ambas estimaciones dan una aproximación al parámetro buscado, por tanto es posible mantener que **el tamaño poblacional de los consumidores problemáticos de pasta base de entre 18 y 64 años en Montevideo y zona metropolitana se encuentran entre 6500 y 14500 personas.**

Es pertinente aclarar respecto a esta estimación alcanzada, que claro está resulta en un número más alto de usuarios de pasta base, que esto no implica que haya un crecimiento de la problemática, sino que lo que se logró es realizar un estudio con un método más eficaz para la determinación del número de usuarios y fundamentalmente su distribución espacial.

Como fue señalado anteriormente en este documento, el diseño de investigaciones de consumo de drogas por encuestas en hogares presenta limitaciones al no acceder a las que pasan a ser poblaciones ocultas para esa investigación dado que no residen en hogares, sino que están en situación de calle, en refugios, centros de tratamiento u otras situaciones habitacionales precarias; de ahí la pertinencia de estudios con metodologías diseñadas específicamente para llegar a segmentos de población de difícil acceso, como es el caso de la estudio RDS presentado.

De forma que es plausible sostener que los que declararon consumo de pasta base en el último año en las encuestas de hogares, más allá de algún solapamiento puntual, conforman una población diferente a la que participo del estudio de RDS, lo que hace que se puedan añadir para realizar la estimación final de los consumidores de pasta base.

Al respecto es necesario señalar entonces, que de acuerdo a lo estimado en la V Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas del OUD que la prevalencia de consumo de pasta base en el último año en la población de Montevideo de entre 18 y 64 años es del 0,4%, por tanto estima en 3319 personas a los usuarios de pasta base actuales. **Por tanto es posible estimar que los consumidores de pasta base en Montevideo de entre 18 y 64 años son entre 9800 y 17800.**

21

Ahora bien, dado que se accedió a una población diferente a la estudiada en las encuestas en hogares, y que ésta además de ser consumidora problemática de pasta base presenta consumo de otras sustancias, se puede hacer el ejercicio de dimensionar también estos consumos.

Respecto al consumo de marihuana, se encuentra, por un lado que el 75% de los consumidores problemáticos de pasta base declararon en el estudio con RDS que consumieron marihuana en el último año, lo que se estima son entre 4.875 y 10.875 personas. Y, en segundo término, que de acuerdo a la V Encuesta Nacional en Hogares de Consumo de Drogas, el 8,3% de la población entre 18 y 64 años de Montevideo consumió marihuana en el último año, lo que representa a 116.054 personas. Por tanto **los consumidores de marihuana en el último año en este rango de edad en Montevideo se estimarían entre 120.900 personas y 126.900.**

En lo que refiere al consumo de cocaína, se observa que el 36% de los participantes del estudio de RDS declaran haber consumido esta sustancia en el último año, lo que se estimaría entre 2340 y 5220 personas. En la Encuesta de Consumo en Hogares, se encontró que el 2,1% de las personas entre 18 y 64 años son prevalente año cocaína, lo que representa a 29.103 personas. De esta forma, finalmente puede estimarse que **en Montevideo las personas entre 18 y 64 años que consumen cocaína en el último año serían entre 31.400 y 34.300.**

## 1.4 - Sistema de Gestión de Usuarios en atención y tratamiento por consumo problemático de Drogas: Incidencia de la pasta base de cocaína

Lic. Leticia Keuroglian

Observatorio Uruguayo de Drogas:

El presente informe recoge información de los usuarios ingresados al sistema de atención y tratamiento en el período Enero-Diciembre 2013 a través del sistema [tratamiento.registra](#).<sup>14</sup>

22

### ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS

Universo: Todos los usuarios registrados en el Sistema a través de la ficha de Ingreso entre 01/01/2013 y el 18/12/2013.

Selección de casos: Secuencial. Los casos estudiados conforman un censo de usuarios atendidos y registrados en la ficha de ingreso del Sistema.

Instrumento: Software [Tratamiento.Registra](#)

Método de recolección: Administrado por personal capacitado y debidamente entrenado. El personal abocado a completar la información del formulario corresponde al equipo técnico de cada uno de los Centros.

Tipo de cuestionario: Estructurado

Lugar de recolección: Centros de atención.

Procesamiento de datos y redacción del Informe: Personal técnico del Observatorio Uruguayo de Drogas

Dimensiones básicas del estudio:

- Perfil sociodemográfico del usuario
- Caracterización del consumo de sustancias psicoactivas
- Respuesta del Dispositivo

---

<sup>14</sup> Sistema de registro online obligatorio de pacientes ingresados al sistema de Atención y tratamiento coordinado por el Observatorio Uruguayo de Drogas. Actualmente en fase de desarrollo.

## PRINCIPALES DATOS

En el período comprendido entre Enero y el 18 de Diciembre de 2013 se han ingresado un total de 903 usuarios al sistema [Tratamiento.Registra](#). Del total de ellos, el 65,2% son usuarios que demandan tratamiento principalmente por consumo de Cocaínas Fumables (en este caso, Pasta Base o Crack).

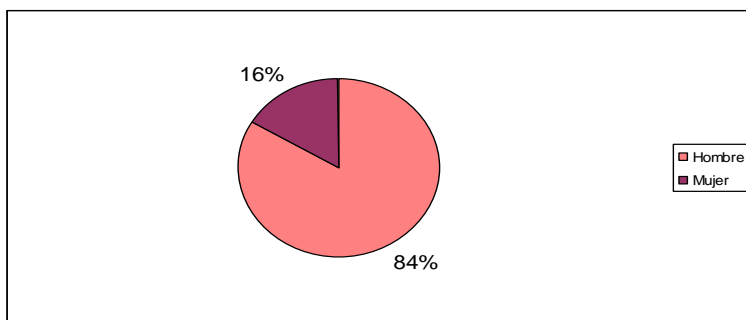
En cuanto al perfil sociodemográfico, 8 de cada 10 usuarios son hombres. Sin embargo, si se tienen en cuenta las variables sexo y sustancia principal en simultáneo, se observa que la concentración de hombres es menor entre aquel grupo de usuarios que demanda tratamiento por aquellas sustancias que no son Cocaínas Fumables que por el que si lo hace.

23

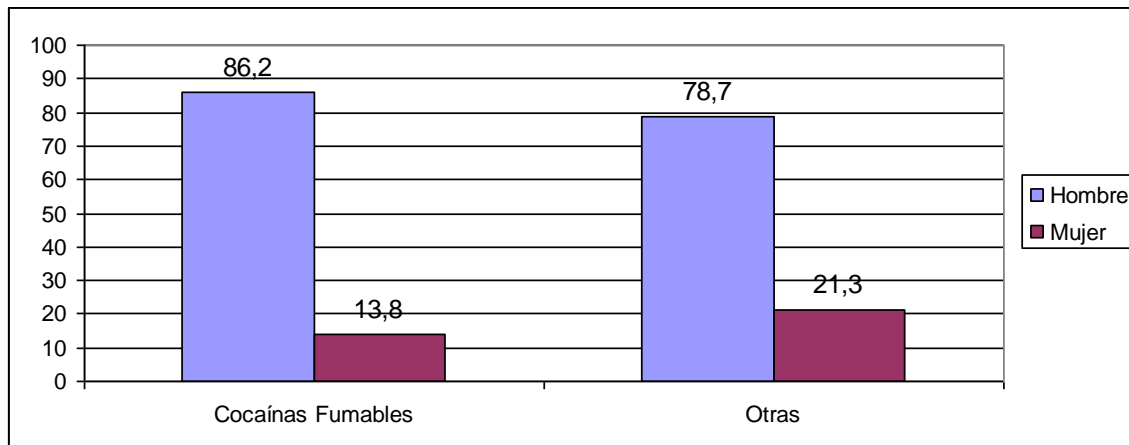
**Cuadro 1. Usuarios ingresados según tipo de sustancia**

Sustancia Principal	Frecuencia	Porcentaje
Cocaínas Fumables	589	65,2
Otras	314	34,8
<b>Total</b>	<b>903</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 1. Usuarios por sexo (%)**



**Gráfico 2. Usuarios por sexo según sustancia principal**



A la luz de la variable Edad, se detectan algunas cuestiones a destacar:

- El promedio de edad es más bajo entre los usuarios cuya sustancia principal es una Cocaína Fumable de los que no lo es.
- La edad máxima de los usuarios cuya sustancia principal es una Cocaína Fumable es menor con respecto al resto de la población.

**Cuadro 2. Estadísticos Edad**

Edad							
Cocaínas fumables	N	Válidos	589	Otras	N	Válidos	314
		Perdidos	0			Perdidos	0
	Media	24,92	Media	29,88			
	Mediana	24,00	Mediana	28,00			
	Moda	23	Moda	22			
	Mínimo	13	Mínimo	14			
	Máximo	48	Máximo	70			

En concordancia con esto, si se analiza por grupo de edad, casi la mitad de la población con sustancia principal alguna Cocaína Fumable tiene entre 18 y 25 años, mientras que para aquellos



usuarios que demandan tratamiento por otro tipo de sustancias, dicho grupo de edad solo alcanza al 29,3% del total.

### Experiencias previas de tratamiento

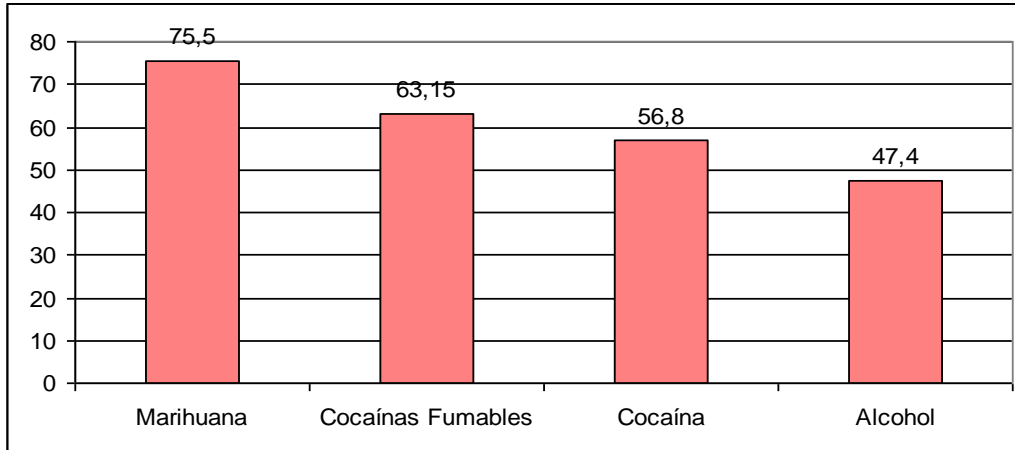
Aproximadamente, 6 de cada 10 usuarios no han tenido tratamiento previo.

25

**Cuadro 3. Usuarios según tratamiento previo**

Tratamiento Previos	Frecuencia	Porcentaje
Si	351	39,2
No	552	60,8
<b>Total</b>	<b>903</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 1. Usuarios sin tratamiento previo según tipo de sustancia**



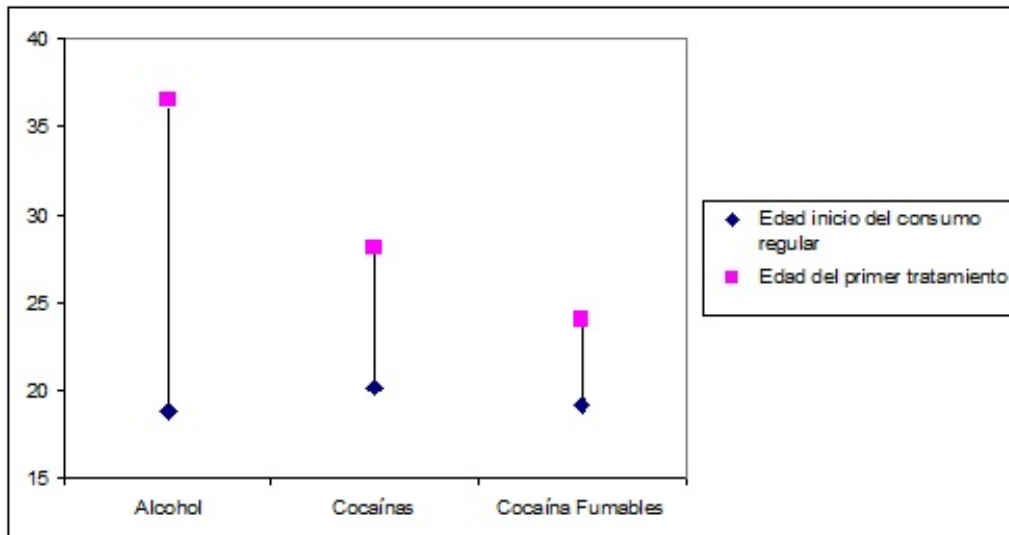
Por otro lado también, se puede analizar la celeridad con la cual los usuarios inician algún tratamiento en relación a la edad de inicio del consumo regular de la sustancia principal.

En este sentido, se puede apreciar que mientras los usuarios que identifican a alguna Cocaína Fumable como sustancia principal, demoran en promedio 5 años entre que inician el consumo regular de la misma y solicitan el primer tratamiento, los usuarios que señalan a la Cocaína en esta condición tardan 7 años en promedio, y los de Alcohol, casi 14 años.

De esta manera, se demuestra que los usuarios cuya sustancia principal es alguna Cocaína Fumable (en este caso, Pasta Base o Crack), llegan de forma más rápida al primer tratamiento una vez que han iniciado el consumo regular de la misma. Esto podría explicarse a través del potencial adictivo de estas sustancias, así como del contexto de vulnerabilidad en el cual suele darse el consumo de las mismas, y la alta percepción del riesgo asociado a sus usos.

Lo anterior ayuda a comprender también porque la población que demanda tratamiento por Cocaínas Fumables es, como se mostró anteriormente, más joven con respecto a los usuarios cuya sustancia principal es de otro tipo.

**Gráfico 2. Brecha entre la edad de inicio del consumo regular y la edad de solicitud del primer tratamiento según sustancia (Alcohol, Cocaína, Cocaínas Fumables)**



## Capítulo 2 – La investigación cualitativa

En Uruguay y escenarios próximos, se han llevado a cabo investigaciones que abordan el consumo de cocaínas fumables, algunas de ellas con métodos etnográficos (Castilla, Olsen y Epele, 2012; Castilla y Lorenzo, 2013a, 2013b; Epele, 2007, 2010; Ferreira *et al.*, 2013; Folgar, 2003, 2006; Folgar y Rado, 2003; Garibotto *et al.*, 2006; Míguez, 2006, 2007; Mecha, 2013; Melotto, 2009; JND, 2006, SEDRONAR, 2007; Sepúlveda, 1997; Touzé, 2006; Pawlowicz *et al.*, 2011); asimismo existen antecedentes desde la antropología que abordan el uso de inyectables (Romero, 1999, 2001).

Desde el Observatorio Uruguayo de Drogas se realizó un estudio multimétodo que abarcó 18 diagnósticos sobre consumo de drogas en localidades del interior del país (año 2010) y 8 diagnósticos locales en barrios de Montevideo y área metropolitana (año 2012)<sup>15</sup> donde la problemática de la pasta base es abordada en forma integral.

En cuanto a las investigaciones etnográficas enfocadas en el consumo de sustancias psicoactivas en general y de pasta base en particular, se encuentran desde el año 2006 trabajos del Área de Estudios Interdisciplinarios de la Facultad de Humanidades, alguno de éstos realizados conjuntamente con el Observatorio Uruguayo de Drogas (Fraiman, Montealegre y Rossal, 2007).

En el año 2008, el proyecto “Reciprocidad y distribución de la Pasta Base de Cocaína. Un enfoque antropológico” obtuvo una beca en el marco de los Fondos Concursables NIDA/CICAD; parte de este estudio se publicó en el marco del libro: “Si tocás pito te dan cumbia. Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo” (Fraiman y Rossal, 2009), publicación que da cuenta de una investigación realizada en la zona de Malvín y Malvín Norte en Montevideo; el diseño metodológico incluyó observación con enfoque en las prácticas de consumo de pasta base de los jóvenes y la realización de entrevistas a estos usuarios, incluyendo a jóvenes del barrio privados de libertad en el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

Siguiendo esta línea, entre 2010 y 2011 se realizó otro estudio en la zona céntrica de Montevideo (Fraiman y Rossal, 2011). Allí se observaron prácticas de adolescentes y jóvenes que sobreviven en el espacio céntrico de la ciudad, entrevistándose a decenas de ellos, muchos de los cuales son usuarios de pasta base. Asimismo, problematizando aspectos específicos vinculados a los intercambios en el contexto del consumo de PBC se encuentra el trabajo de Rossal (2013), tesis de

<sup>15</sup> Publicación disponible en [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy). “Documento de Trabajo. Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana”.

maestría sustentada en aproximaciones etnográficas realizadas en el marco de las citadas investigaciones, tomando como lugares de indagación el barrio de Malvín Norte, la cárcel (CNR) y la vida en las calles y plazas céntricas.

Anteriormente, Leticia Folgar (2003, 2006) había realizado algunas aproximaciones etnográficas entre fumadores de pasta base (“lata”) en el barrio Casavalle, constituyendo un temprano estudio exploratorio sobre consumidores de pasta base en condiciones de pobreza extrema.

28

Abordando otra dimensión del uso de sustancias psicoactivas, existen investigaciones relacionadas con el consumo de ayahuasca en tanto prácticas de religiosidad alternativa, como por ejemplo el culto del Santo Daime. (Frenopoulo, 2011; Scuro, 2012a y 2012b; Apud, Petrone y Scuro, 2013). Finalmente, se señalan los trabajos del libro Aporte universitario al debate nacional sobre drogas, libro en el cual se contienen aportes desde distintas disciplinas, destacándose los trabajos provenientes de la antropología, la psicología social y la sociología (Bayce, 2012; Filardo, Aguiar, Musto y Pieri, 2012; Guigou, 2012; Magnone, 2012 y Eira, 2012).

En suma, los estudios cualitativos y etnográficos sobre sustancias psicoactivas, si bien incipientes en el país, brindan una base que podría potenciarse con la generación de vínculos con otras disciplinas, así como en la profundización de lazos con investigadores de la región.

Como último antecedente, el cual incluye el abordaje desde ambas perspectivas, se encuentra el trabajo realizado en forma conjunta por el Observatorio Uruguayo de Drogas y la Facultad de Humanidades “Lecturas directas: Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas” auspiciados por ONUDD y CICAD (OEA) del cual se presentan en esta compilación en forma resumida algunos datos y conclusiones.

## 2.1 - Investigación etnográfica: Efectos y prácticas de consumo problemático de Pasta Base de Cocaína (PBC) en poblaciones ocultas de Montevideo <sup>16</sup>

**Autores:** Equipo de investigación de Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación – Universidad de la República (CEIL): Giancarlo Albano, Luisina Castelli, Emmanuel Martínez, Marcelo Rossal (Coord.)

29

### RESUMEN

El avance de investigación que presentamos es producto de la realización de un estudio en conjunto con el Observatorio Uruguayo de Drogas (Secretaría Nacional de Drogas) y auspiciado por CICAD (OEA). En dicho estudio realizamos un acercamiento etnográfico a un universo de 320 consumidores habituales de pasta base de cocaína como asimismo se realizaron 40 entrevistas formales. De dicho estudio se desprenden datos que vendrían a problematizar afirmaciones instaladas en los discursos dominantes. Se intenta mostrar a continuación, someramente, estas problematizaciones.

Palabras claves: Drogas ilícitas, pasta base de cocaína, trayectorias de consumo.

### ABSTRACT

This advancement of research is the result of a study in conjunction with the SND (National Drug Secretariat). In this study, we conducted an ethnographic approach to a universe of 320 regular users of cocaine base, and also 40 formal interviews were conducted. This study presents data that would come to problematize assertions installed in dominant discourses. It then attempts to show these problematizations briefly.

Keywords: illicit drugs, cocaine base, trajectories of consumption.

### INTRODUCCIÓN

La aproximación etnográfica de la que presentamos su avance fue enfocada en las trayectorias de consumo de usuarios de pasta base de cocaína (PBC, sea fumada en pipa o en basoco) e implicó la realización de 40 entrevistas así como tres meses -septiembre, octubre y noviembre- de observaciones en el Club de Pesca Belvedere. En el contexto de estas observaciones se sostuvieron diálogos de “sala

---

<sup>16</sup> Publicado en ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL EN URUGUAY Vol. 11 – 2013

de espera” con personas o grupos de personas que aguardaban ser encuestadas<sup>17</sup>; en base a estos diálogos se seleccionaron los 40 entrevistados, cuidando que esta selección contemplara la heterogeneidad étnica, socioeconómica y de capital cultural de la totalidad de los encuestados.

El proceso de investigación etnográfico resultó en un espacio de aprendizaje para los investigadores acerca de la cotidianidad, las moralidades, el vínculo con las facetas represivas y protectoras del Estado, el mundo del trabajo precario y la vida obrera, el trabajo formal e informal, incluso el delictivo de estos usuarios de PBC; en ese marco se hizo posible comprender no sólo modos, frecuencias y dinámicas sobre sus prácticas de consumo sino también aspectos relacionados a las distintas circunstancias sociales en que se desarrollan las trayectorias como usuarios de PBC, los significados que les atribuyen a estas prácticas, las estrategias de obtención de las distintas drogas, la sexualidad y las relaciones de género, las relaciones familiares y los vínculos institucionales que han tenido a lo largo de dichas trayectorias.

En una primera instancia nuestro equipo ha podido constatar tres aspectos que debemos considerar sobre la realidad de estos sujetos:

- Se trata de una población heterogénea
- Sus prácticas de consumo son también heterogéneas
- En un sentido, no se trata de una población “oculta” sino sujetos que han tenido trayectorias atravesadas por vínculos con distintas instituciones del Estado.

De todos modos, las líneas que se presentan en este avance deben considerarse provisionalmente ya que no se ha podido analizar la totalidad de las entrevistas y ponerlas en relación con el conjunto de observaciones.

### **Inicio del consumo**

Tal vez el inicio al consumo sea lo que es más homogéneo entre los consumidores: para diversas sustancias se señala, consistentemente con los estudios previos, a la adolescencia como el momento de los primeros consumos, si bien pueden darse algunas excepciones. De todos modos, se

---

<sup>17</sup> Las 40 entrevistas se seleccionaron de una muestra de 320 encuestas realizadas por Equipos Mori en base a la metodología RDS. El local elegido está en la zona del Paso Molino. En todo momento se trabajó en coordinación con el grupo de Equipos Mori. Las entrevistas, las observaciones y la redacción de este avance fue una realización colectiva de los cuatro investigadores (Giancarlo Albano, Luisina Castelli, Emmanuel Martínez y Marcelo Rossal), en tanto que la coordinación del estudio corresponde a Marcelo Rossal en colaboración con Héctor Suárez y Jessica Ramírez del OUD.

advierte que es diferente la trayectoria del sujeto según la edad que tenía en sus primeros consumos; se puede diferenciar un primer momento en algunos casos anterior a los 12 años, otro en que se inicia el consumo entre los 12 y 15 y otro posterior a los 16. Excepcionalmente algunos sujetos se inician en el consumo en torno a los 25 años e incluso más.

El momento inaugural de la trayectoria de consumo ocurre por lo general en circunstancias de reunión con amigos y fuera del ámbito familiar, aunque éste aparece a edades más tempranas cuando el contexto social de los sujetos es de mayor precariedad, donde muchas veces el consumo es una práctica frecuente en el entorno barrial e incluso en la propia familia, y donde no existe una moralidad extendida que lo sancione. Sin embargo en su desarrollo las trayectorias tienden a diversificarse dependiendo del capital social y económico de los sujetos y sus familias; aunque se trate incluso de las mismas sustancias, los *habitus* (Bourdieu, 1997) se configuran de maneras distintas para los distintos sectores sociales.

Otra característica que tiende a cierta homogeneidad entre los sujetos de estudio es que la mayoría se inició en el consumo de drogas con la marihuana y el alcohol, conociendo más adelante otras sustancias como la cocaína o la PBC -dependiendo esto último de la generación a que se haga referencia-. No obstante hay casos en que el consumo se inicia con la PBC sin haber tenido experiencias con otras sustancias. Frecuentemente se señaló también al alcohol como la droga “que siempre está” o como “la que te lleva a todo lo demás”, mientras la marihuana es utilizada con mayor frecuencia cuando se intenta “achicar” o para “bajar” luego de un consumo fuerte de cocaína y/o PBC<sup>18</sup>.

Si bien se aspira a que los datos generados por la encuesta aporten información estadística al respecto, a partir de nuestras entrevistas se puede vislumbrar trayectorias distintas iniciadas en un momento distinto del desarrollo del sujeto. Asimismo se puede apreciar que el inicio del consumo en estos distintos momentos estaría asociado a determinadas circunstancias económicas y sociales, al contexto familiar, barrial, educativo.

Algunos fragmentos de entrevistas ilustran los inicios del consumo en diferentes momentos de la adolescencia e incluso durante la juventud:

(Javier, 37 años)

L- Bueno, Javier ¿te acordás cuáles fueron las primeras drogas que empezaste a probar?

---

<sup>18</sup> De todos modos, muchas veces se consume PBC junto con alcohol y, generalmente en otros contextos, cigarrillos de marihuana con PBC (basoco) o tabaco con PBC (tabasoco).

J- *Sí me acuerdo, tenía... ocho años, mirá lo que te cuento, ocho años y... me daban mis hermanos mayores marihuana y yo iba a la escuela, entonces pasaba durmiendo en la escuela o vomitaba o me dormía... me pasaban cosas*

L- *Por fumar marihuana*

J- *¡Claro!, yo tenía ocho años, iba a primer año de clase, entonces un día llamaron a mi padre, que era muy conocido mi padre, el moneda, aparece mi padre y yo de ahí me enfermo en la escuela y me lleva al hospital y resulta que por ese consumo yo estuve internado casi dos años...*

(Darío, 27 años)

32 D- *A los 12 eh... ta, iba para el brazo, porque ta, a los 9 ya consumía por la nariz. Y a los 12, como andaba con gente más grande, mucho mayor que yo, eh, ellos andaban con esa y ta, los veía como viajaban y yo tomaba por la nariz y decía, "pa, pero yo no viajo así". Y allá le encajé, hasta los 14. Dos años estuve pinchándome, y he llegado a pincharme hasta en el talón para que mi vieja no se rescate de que... porque si le das mucho al brazo te queda el cayo. Entonces te pinchás abajo, en el talón. Y ta, no te ve nadie en el talón, porque en el talón no te... no te miran, ¿viste?*

G- *A ver, ¿pero vos arrancaste a los 9 años?*

D- *A los 9 años arranqué consumiendo merca*

(Lorenzo, 53 años)

M- *¿A qué edad fueron tus primeras experiencias de consumo?*

L- *La primera droga a los diez años*

M- *¿Y qué fue lo que consumías?*

L- *Y consumía... anfetaminas*

M- *¿Y qué tipo de anfetaminas?*

L- *Ee... ((desocin))...*

M- *Ah pastillas*

L- *Pastillas*

M- *Pastillas que habían en la vuelta*

L- *Pastillas que habían en la vuelta y vamos que vamos*

M- *¿Y en qué barrio andabas?*

L- *No yo en... en Pocitos [niño viviendo tempranamente entre la calle, principalmente Parque Rodó y Pocitos, y el Consejo del Niño de los años 70]*

[Julio, 40 años]

J- *¿Cómo llegué?, bueno... empecé a consumir drogas cuando me mudé para acá para Verdisol hace... unos veinticinco años*

L- *¿Tenías cuántos años más o menos?*

J- *Y tenía quince, tenía quince, bueno... estaba... mi situación familiar era media... media complicada con mi padre, él era una persona muy agresiva y bueno, no le voy a echar la culpa a él, el tema es que ahí agarré calle, juntas y conocí la marihuana, las primeras veces que consumí me parecía que no me hacía nada, las primeras tres cuatro veces me parecía que no, no le prestaba atención no se*

L- *¿La primera vez que consumiste?*

J- *Como que no le sentí... el pegue digamos ¿no?, después, como a la tercera vez fue que me empezó a dar mucha risa y ahí descubrí lo que era, la combinaba con alcohol también, ya tomaba alcohol en esa*



*época y bueno y... así fue, me creía que era... quería ser... sí, me acuerdo que en esa época quería ser el más drogadicto de todos, entonces consumía mucho*

[Lara, 40 años]

*L- Yo empecé tarde a fumar marihuana, empecé a fumar a eso de los veinticuatro, veinticinco años por... estuve muy protegida en realidad porque empecé a militar en la Juventud Comunista a los ((doce años)) entonces revolución con droga no va bien... entonces estuve protegida hasta eso de los veinticinco y por un conflicto familiar... creo que me debilité, no sé si socialmente o psicológicamente, no sé, no recuerdo bien... sé que empecé a fumar marihuana, y me gustaba mucho fumar marihuana*

33

En relación al inicio al consumo de PBC se señala a la primera década del siglo XXI como momento de su aparición, seguido de la rápida adicción a la misma por parte de muchos usuarios de otras drogas, suplantándolas, con mayor o menor celeridad, así como a otras formas de consumo de derivados de la hoja de coca; minoritariamente, también se iniciaron al consumo de PBC personas que no consumían otras drogas.

(Pablo, 40 años)

*P- Eso fueron... se va dando en la calle, viste que hay un grupito por acá, formamos grandes grupos, ese tiempo fue por el 2001, perdón, 2002 que me vine de allá, 2003, ee... 2005... y ya después ya paré, ahí cuando ya estaba re latoso de verdad, me había puesto latero, latero firme, lo único que quería era pasta base y para bajar algún psicofármaco o marihuana y ahí fue medio complejo en el sentido de... de que ya había perdido el rumbo, definitivamente había perdido el rumbo, ya no me interesaba, cuando me dan otro tiro más ahí me pegan*

### **Familia, amistades, sistema educativo**

Ya desde los primeros accesos al consumo de sustancias la familia, las amistades y el sistema educativo (o instituciones de protección a la infancia) están presentes de distintas formas, pero también en el despliegue del consumo y el acceso posterior a la PBC, la familia y las amistades y, ya no, el sistema educativo, aparecen relacionados. A medida que el consumo de vuelve un hábito cotidiano cambian aceleradamente los vínculos con la familia y el grupo de amigos, y cuando hay trabajo, éste acaba perdiéndose finalmente y aparecen vínculos esporádicos con el mundo del trabajo informal y/o las actividades ilícitas, la familia, las amistades y las instituciones de protección social o sanitaria. Asimismo, las relaciones de contención -afectivas e institucionales- se ven dificultadas por la movilidad en la que los sujetos desarrollan en sus estrategias de supervivencia, pasando de uno a otro barrio.

Generalmente son las mujeres las que mantienen durante mayor tiempo la residencia o las visitas frecuentes con su familia de origen, siendo éste mediado fundamentalmente por el cuidado de sus hijos. No sucede de igual modo con los varones quienes llegan a vivir en situación de calle más rápidamente. En gran medida son las familias -las abuelas principalmente<sup>19</sup>- las que se encargan del cuidado de los hijos de los y las consumidoras, pero son estas últimas las que visitan a su familia con mayor frecuencia manteniendo incluso una semi-residencia. Esto les permite mantener relativamente ciertos cuidados, en la higiene y la alimentación por ejemplo, pero también los vínculos afectivos, mientras los varones viéndose interpelados por la *moralidad del proveedor* (Fraiman y Rossal, 2009), al referirse a la familia hablan de “su mujer y sus hijos”, no tanto de su familia de origen, y a aquella se acercan cuando obtienen algún dinero; pero en ello es fundamental el factor edad y su relación con la clase<sup>20</sup>.

Veamos el caso de una pareja que desarrollaron prácticamente juntos su trayectoria de consumo:

(Alicia, 33 años)

A- ... .. *El bebé... el bebé tuvo la suerte que pobrecito es... era el único nieto, el único sobrino, el único todo, el primero de todo, entonces no le faltaba nada, gracias a Dios, alquilábamos a dos cuadras de la casa de mamá, entonces yo iba y venía, lo llevaba, lo dejaba, me quedaba consumiendo con él... nunca quise... .. siempre me sentí como muy culpable [con el bebé, por el consumo]*

L- ¿Y ahí tu familia ya sabía o se habían dado cuenta que ustedes habían empezado a consumir pasta base o no?

A- *No, fue después cuando ya terminamos en... fue a lo último, que ya quedamos en la calle y bueno...*

L- ¿Hace cuánto entonces que ustedes fuman pasta base más o menos?

A- *Aah... .. dos años*

L- Dos años, de los cuales más o menos uno hace que están en la calle

A- *Sí, uno que estamos en la calle*

---

<sup>19</sup> Para el caso de las mujeres podríamos hablar de una moralidad del cuidado, una suerte de homología inversa de la moralidad de provisión, básicamente masculina, aunque en la práctica sean muchas veces las mujeres tanto las que cuidan como las que proveen. Desde otro lugar teórico, Benhabib (1992) desarrolla un recorrido sobre las concepciones feministas acerca del cuidado y la discusión de una ética del cuidado en relación a los criterios universalistas de la ética (Ver también Fascioli, 2010: 43). Evidentemente, tomamos una concepción de moralidad que responde a un momento histórico y cultural particular, aunque éste trascienda largamente las fronteras nacionales y de nuestra historia reciente y hunda sus raíces en las formas que ha asumido la dominación masculina en las sociedades mediterráneas (Bourdieu, 2003). De todos modos, estas moralidades están en tensión y su relación con las prácticas es compleja, generándose acelerados cambios en el momento actual, algunos de estos cambios en la concepción moral de las mujeres usuarias de PBC se visualizarán con mayor detalle en el informe final de presente investigación.

<sup>20</sup> Aquí deberíamos relacionar la edad de inicio al consumo (inicio de un tipo de práctica juvenil) y las diferencias, difícilmente perceptibles a la distancia, entre no terminar la escuela, hacer uno o dos años de liceo y haber llegado a cumplir el ciclo básico. Estas diferencias de alcance del sistema educativo configuran diferencias fundamentales en las trayectorias de los sujetos más vulnerables y se relacionarían a las prácticas de cuidado y moralidades de las familias de origen. (Fraiman y Rossal, 2011).

Las relaciones de amistad son un punto delicado. Todos entienden que en el mundo del consumo no hay amigos sino “conocidos”. La figura del amigo aparece asociada a la vida anterior al momento de iniciarse en el consumo de las “drogas duras”, principalmente la pasta base. El consumo de marihuana sí aparece asociada al compartir, al pasar tiempo con amigos, pero con el consumo de PBC sucedería lo opuesto: predominaría la desconfianza, el desinterés por el otro y la alianza oportunista cuando se está en busca de los recursos para comprar luego la sustancia. La manera en que se dan las relaciones con otros sujetos, también consumidores, tiene que ver con la percepción de los riesgos, como más adelante se muestra. Sin embargo, no dejan de haber formas de solidaridad, generalmente en todo aquello que excede a la PBC; especialmente cuando algún usuario quiere dejar de consumir.

De tal forma, es de destacar que los sujetos hacen referencia a que estando en situación de consumo permanente -todos o casi todos los días- su red social está conformada fundamentalmente por consumidores, primando en esta dinámica una necesidad de cercanía con los proveedores y de la sustancia y los barrios en cuyos contextos el consumo está ampliamente extendido.

Varios de estos aspectos aparecen ilustrados en la siguiente observación con una muchacha:

Katherine iba expresando cosas sobre su vida y se reprochaba a si misma los errores, *“arruiné todo, estoy atrapada en esta mierda”* repitió varias veces, tapándose la cara o echándose rendida hacia atrás en la silla. El dinero que obtiene día a día es teniendo relaciones sexuales; *“en esta semana creo que fue cuando más sexo tuve con desconocidos”* dijo, *“¿sabés lo que es ir a pararte ahí para hacer una moneda?, porque si dijeras que es para comida para mis hijos, para un pan, pero no estoy trabajando para mis hijos, no estoy haciendo nada por ellos ¡me prostituyo por un chasqui!”* expresa casi gritando y dirigiéndome la mirada. Sostengo su mirada pero no tengo palabras para contestarle, y sigue diciendo *“lo que hago no es trabajar, eso es una mentira, es la rosquita en la cabeza que me hago yo, pero si sé que no es así. Hace un año que salí de la cárcel y no he hecho nada, no se qué hacer, a los lugares donde he ido a tratarme me he escapado siempre”*.

Katherine estuvo 5 años en la cárcel por rapiña, y también de eso habló con ironía: *“me vine para Montevideo [antes vivía por la Costa de Oro] y me metí en esa, ¿y sabés cuántas rapiñas hice?, ¡dos!, porque ni correr sabía la muy tonta”*. Luego de salir, a mediados de 2011 probó por primera vez cocaína cocinada y la ha consumido desde entonces a diario. Hace unos meses atrás intentó ingresar a Beraca, pero no llegó a quedarse ni una noche; *“ahí te tratan con la biblia y yo no soy católica, te sacan todo, el tabaco, todo, y yo así no puedo”*. Más adelante le pregunto sobre sus hijos, con quién se encuentran y contesta *“con una tía, no puedo tenerlos conmigo y mi marido murió hace cuatro meses de un paro cardíaco”*; *“nos casamos, nuestros hijos los buscamos, son fruto del amor y yo lo arruiné todo, ya nadie me quiere ver (...) mis intentos han sido una semana, dos semanas que me quedo en la casa de mi madre pero la gente se cansa, se pudren de uno”*. Y aunque en su familia, como dijo luego, nadie consume drogas, sus primeros consumos se dieron a los trece años con cocaína, marihuana y alcohol. *“Todos mis conocidos son consumidores, no puedo decirte cuántos son porque durante toda mi vida me relacioné con ese tipo de gente, capaz te puedo conocer a vos pero no me puedo relacionar contigo porque no consumís”* dijo, intentando dar cuenta de lo difícil de alejarse o intentar salir de esa red social.

Pero ello no obsta a que se tenga conciencia del riesgo y la necesidad de cuidado, tanto propia como de otros, incluso aleccionando a otros más jóvenes con su discurso y con el cuerpo, con su cuerpo “arruinado”, como narra Hugo (25 años):

*H- La otra vuelta estaban en el liceo fumando, había unos pibes fumando un faso y voy y me acerco y les pido una pitada, allá en un liceo por Pocitos, me acerco así y me preguntan qué fumaba, me entraron a cuestionar los pibes ¿viste?, unos pibitos eran, del liceo ahí, corte mi edad cuando yo empecé y ahí le entré... los miré así, bien de hermano corte... y les entré a hablar, les digo mirá ¿viste cómo estoy yo así?, bien seco así bien pum, arruinado, ando fisurado, vivo en la calle, duermo en la calle, no tengo familia, no tengo nada, perdí todo, no tengo una gata, ¿sabés hace cuánto no tengo una mujer?... ¿sabés por qué ganas todo esto?, esto es lo que te trae hacer así con una pipa y darle fuego así, después que le diste el fuego, fuiste, le digo, así que cuando vos tengas una pipa adelante tuyo y la tengas ahí; les hablaba viste, le digo ¡no la toqués, pasá!, le digo, si decís pasá sos un súper héroe... me miraban así como diciendo, porque claro, gurises muy bien vestidos, de Nike todo... sus novias y esas cosas, le decía ¿viste todo lo que tenés ahora, viste tu familia, tu cuarto, tu cama, tus pum?, bueno en unos meses no lo vas a tener más le digo, el día que vos levantés esa pipa y la toques... lo perdés todo*

(Francisco, 29 años)

L- ¿Vos ahí estabas solo con tu abuela viviendo?

*F- No, vivía con mi abuela y dos tías mías... ta, falleció mi abuela y mis tías no se querían hacer responsables de mi, veían que yo me andaba drogando, robando y dijeron que no que me llevara y que se hiciera cargo de mi, me fui para Piedras Blancas, eso fue lo peor que me pudo pasar porque... estaba acostumbrado acá a un barrio relativamente tranquilo, que había ladrones como en todos lados pero... no era cosa, me fui pa Piedras Blancas zona roja... imagínate, a mi que no me gustaba ya me empecé a meter caño, todo, ya era un peligro*

(César, 28)

E- Sí, y a tu vieja, tus hermanos los ves ahora o?

C- Sí pero también hay una cierta distancia, hasta ahí nomás

E- Hasta ahí nomás

C- Mis hermanos no me quieren ni ver. Hay uno de ellos que está todo bien, el que me sigue a mí, tiene 22 años, toma merca y todo, está medio perdido también

E- ¿Está medio perdido también?

C- Sí sí, toma merca. Es el único que más o menos me defiende ahí, el mayor no me quiere ni ver, no me puede ni ver, y después el otro, el otro más chico, me ve y tá, se esconde, piensa que le voy a robar, tiene 14, 16 años, ese estudia, tiene una pensión él porque nació con un problema, es sordomudo, y tiene implante, puede escuchar y hablar todo lo más bien, y le dieron una pensión a los 5 años. Y también, le he robado un montón de cosas, ropas, championes, camperas, y ya me ve y como que tiene miedo, un miedo bárbaro así, no que le vaya a hacer algo, sino a que le robe de vuelta

(Sofía, 27 años)

G- Ahora ¿cuánto hace que estás consumiendo así, periódicamente?

S- Periódicamente, mirá, te paso a explicar: él [señala a un hombre, su compañero, que en ese momento estaba cerca, con su hijo en brazos] no es el papá de mi nene, el papá de mi nene está privado de

*libertad. Yo estuve viviendo con el papa de mi nene 5 meses en el centro, después nos separamos, y cuando me separé de él, ya había empezado con el tema del consumo, ¿viste? Fumaba un día, otro día no fumaba... Ta, después empecé mas seguido. Después, cuando me enteré que estaba preso, hasta ahora estoy más perdida todavía... Porque digo, o sea... No perdida, digamos, perdida... O sea consumo más desde que yo me enteré que él estaba preso, consumo más.*

G- ¿Por que? ¿por un tema de aliviar el dolor?

S- *Es que a veces te saca, no se, eso no sabría como explicarte. A veces te deja la mente en blanco, no pensás en nada, no te interesa nada en ese momento, entendés. No pensás que si el padre de tu hijo está preso, o si tu hijo llega a estar enfermo, entendés. No, no pensás.*

### **Dinámicas de consumo. El pegue<sup>21</sup>**

Existen distintos momentos en sus trayectorias en que el pegue se experimenta de modos distintos, ya se trate del consumo de marihuana, cocaína o PBC que son las tres sustancias utilizadas con mayor frecuencia además del alcohol, aunque al hablar del pegue por lo general se hace referencia a aquellas y no a ésta última. El pegue en el momento de los primeros consumos se presenta de un modo revelador, según contaron los sujetos, si bien en ciertas ocasiones consideran que “no pegó”, no sintieron los efectos o incluso que no les gustó la primera vez, no obstante lo cual continuaron haciéndolo. A medida que el consumo de nuevas sustancias se convierte en un hábito más frecuente e incluso cotidiano la percepción del pegue no es igual, necesitándose mayores dosis para lograr los mismos efectos que al comienzo, aspecto que resulta especialmente notorio en relación a la PBC. Pero incluso el significado que se le atribuye a la sustancia va cambiando.

Veámoslo en sus propios relatos:

(Francisco, 29 años)

F- *Y a raíz de la cocaína fue que conocí la pasta base, porque qué pasa, había una boca, una boca equis ahí en Garzón que venía merca y ta y un día fui a comprar y me dice no merca no tengo, lo que tengo es esto... y ta, y le pregunté cómo era, me explicó ahí y ahí empecé, y me gustó mucho más*

L- ¿Te lo ofrecieron en la boca entonces?

F- *Claro*

L- Y ahí la conociste por primera vez, no habías escuchado antes

F- *No yo ya había visto fumar a pibes de ahí de mi barrio y todo pero yo no, pero... ahí fue que... nadie sabía que yo fumaba, no fue que un amigo me dijo tomá fumá esto, fue así de rebote*

L- ¿Y la primera vez que probaste pasta base cómo te sentiste?

F- *Faaa... es un pegue superior a los demás, está bueno*

L- ¿Te gustó?

---

<sup>21</sup> Efecto, deseado o no, del consumo de una sustancia psicoactiva en jerga rioplatense.

F- *Si... el gustito... está bien está, aparte es un pegue que te pega instantáneamente, vos fumás, respiraste el humo y ya... es... está bien está*

L- *O sea que vos decís que conociste antes que tus amigos la pasta base digamos*

F - *Sí...*

L- *¿Y después la empezaron a consumir juntos o siguió cada uno?*

F *No, a lo primero consumíamos todos juntos, aparte... ya corte ya después crecimos un poco más y empezamos a laburar, yo no, ellos trabajaban y siempre hacíamos alguna colecta y los fines de semana comprábamos una tiza y ta nos encerrábamos en una casa de alguno y... fumábamos ahí tranquilos*

L- *Fumaban pasta base los fines de semana ponele*

F *Sí, a lo primero los fines de semana, después ya se empezó a...*

L- *Más frecuente*

F *Más seguido seguro, sí aparte quieras o no después el cuerpo te lo va pidiendo, es mentira que no*

L- *¿A qué edad más o menos empezaste con la pasta base?*

F- *A los dieciséis años, si no ¿a ver?, sí yo fumé en el noventa y nueve*

L- *¿En el noventa y nueve te ofrecieron pasta base en una boca?*

F- *No, en sí no era pasta base, era... era una merca que vos la tenías que cocinar, no, pasta base no había todavía*

L- *¿Ahí va, te dieron merca y tu la cocinaste o te dieron ya cocinada?*

F- *Me la dieron ya cocinada, o sea... la mujer me explicó, mirá tengo una merca pero que no es para tomar, es para fumar y ta y me la cocinó ahí y ta ahí ya me enseñó, la pasta en sí llegó en el dos mil dos*

L- *Claro y en ése momento cuando vos probás pasta base, no la cocinada ¿sentiste un cambio de la cocinada a la pasta base?*

F- *Sí... sí es mejor la pasta base*

L- *¿Es mejor la pasta base te parece?*

F-*Si es buena ¿no?, porque... si te la cortan claro que no, lo que tiene la merca cocinada a la pasta base es que... vos al cocinar la merca lo que hacés es que le sacás el corte, queda pura ¿sacás?, al cocinarla le sacás todo lo que es el corte, entonces queda pura por eso la fumás, la pasta ya viene así vamos a decir preparada, también tiene un par de basuras más, dicen que le meten veneno para ratas y no se cuántas...*

L- *Pero en cuanto al pegue la pasta base... ¿te hizo sentir algo diferente que la cocinada?*

F- *No, el gusto de repente, pero en sí era lo mismo*

(Hugo, 25 años)

L- *Y entonces probás pasta base ¿y cómo fue probar base base?, no cocinada*

H- *Claro cuando la probé yo me... ¡ésta es mi droga dije yo! ¡la concha de la lora!*

L- *¿Sí?*

H- *A lo primero decía eso, la droga más rica*

L- *¿Y por qué te gustó?*

H- *Porque me pegaba, porque me dejaba duro... los sentidos y estaba eléctrico y... y veía que con eso sí, tenía ganas de seguir fumando*

(Alicia, 33 años)

L- *¿Y cómo fue el pegue de la pasta base a diferencia de las demás drogas?*

A- *Y es muy parecido al de la cocaína pero... es un segundo, es un suspiro...*

L- No dura tanto el pegue, o sea, con la cocaína podés pasar más tiempo

A- *Ni un minuto, la fisura es impresionante, estuve años consumiendo cocaína y nunca me pasó en la vida con ninguna droga como con ésta*

### **Consumo actual, frecuencia, circunstancias de la vida personal**

Los sujetos del estudio se encuentran en situaciones diversas en relación a su consumo actual, aunque son excepción los usuarios de PBC que reivindican el consumo de la PBC. Como vimos, en la mayor parte de los casos se exalta el “pegue”, pero no sus efectos psicológicos y sociales.

En cuanto a las pautas de cuidado, más allá del conocimiento que se tenga de las mismas o de lo eficaces que estas sean, se ejercerán o no en función de distintas circunstancias marcadas por una cotidianeidad precaria, en riesgo y con un discurso cargado de afectividad. Si “me reencuentro con mi familia”; “por mis hijos”; “por mi madre”. A veces tener un trabajo no es visto como algo que provee para cubrir necesidades materiales sino afectivas; aunque este dualismo entre lo material y lo afectivo es una falsa oposición bastante fácil de desmontar.

Obtener recursos para el consumo es una necesidad cotidiana y cada día es diferente al anterior<sup>4</sup>, lo que permanece es el deseo de consumir PBC en tensión con la necesidad de achicar el consumo o, incluso, “cambiar de vida”. También hay formas de consumo de PBC menos riesgosas, con un “pegue” distinto y una vida menos precaria, como en el caso del basoco.

El riesgo es afectivo y material. Sufrir violencias y el riesgo de seguirlas sufriendo, la cárcel, la “boca”, cometer delitos, vivir en la calle, recibir tiros, puñaladas y violencias domésticas. Todos nuestros entrevistados han pasado por alguna(s) de estas violencias.

De igual forma, los dispositivos de rehabilitación son materiales y afectivos: las “canicas”<sup>22</sup> que se recetan y consumen, el hecho de alimentarse bien y dormir en una buena cama (inequívocamente materiales) se aúnan al trabajo psicológico o religioso de dialogar con un experto (sea un “ex-adicto”, un profesional o un agente religioso) y compartir la vida con sujetos a los que el propio dispositivo convierte en iguales y con los que se realizan trabajos, lecturas de la Biblia o grupos de discusión. De todas formas, no todos los sujetos son capturados lo suficiente por estos dispositivos y “salen” de ellos de

<sup>22</sup> Bolas. Medicamentos en forma de pastillas.

distintas formas, con diferentes visiones e “incorporaciones” -*habitus* y *embodiment* (Csordas, 1990) producto de su paso por estos verdaderos experimentos sociales, no siempre “totales”<sup>23</sup>.

[Darío, 27 años]

G- ¿Se consigue ahí, al toque?

D- *Si no la tenés te la dan, y si no te la dan la vas a ir a manguear. Y como cuando tenés la plata de repente vas y se la dejás, ta, le decís “No tengo bo”, “Tomá, va pahí”, entendés. Entonces, yo que sé, es algo que... por eso te digo, es como un plato de comida, más cuando fumás, y más cuando estás ahí, que ya te conocen todos y saben que fumás. Entonces ta, de repente te ven que vas caminando mirando pa'l piso, con una chance de encontrarte algo ¿entendés? [...]*

G: Estando ahí van y te la dejan nomás.

D: *Claro, corte pa probarla, porque viene la mercancía y te la dan pa probar, entonces pum, estas ahí, ta, la fumas todo el día ahí ¿sabías? La fumás todo el día, abundante, y de repente ta, después de 7, 8 horas que estas fumando, hacés un achique de media hora, pum pum, encarás con cualquier cosita chiquita, porque mucho ya no comés... Yo pesaba 78 kilos y ahora debo estar pesando 60... con la ropa, creo. Y no comés, de dos platos de guiso que te comías ahora te comés medio ahora. Porque ya el estómago no te da tampoco, ¡si no le metés comida! Porque vamos a lo que es, no le metés nunca comida. Le metés de repente si, pum, ehh “¿Que tenés ahí pa comer?”, de la volqueta, de los que andan ahí fumando y todo, los ves con una bolsita, y ta, ehh “¿Qué tenés ahí para bajonear?” “Tomá”, pum, recorte de fiambre, pum, una torta dulce...*

## Expectativas de futuro

De un modo u otro, casi todos nuestros entrevistados plantean la necesidad o el deseo de “rehabilitarse”, “dejar de consumir”, “achicar el consumo”, etc. Sin embargo, en las distintas trayectorias aparecen, por caso, intentos de abandonar el consumo, dispositivos de rehabilitación de distintos tipos, momentos de privación de libertad; viajes a otros lugares; en muchos de estos casos también se narra el abandono de todo consumo de estimulantes o su sustitución por fármacos legales u otras drogas; luego de estos momentos de abandono del consumo de PBC, éste reaparece, signado generalmente por un quiebre emocional: un problema familiar, la pérdida de una pareja, etc.

(Francisco, 29 años)

L- ¿Y por qué es que decís quiero dejar de consumir, cómo surge tomar esa decisión?

F- *Ah porque estaba mal*

L- ¿Estabas consumiendo mucho?

<sup>23</sup> Se alude a Goffman y su conocida noción de institución total. Los usuarios de PBC que contactamos han pasado por distintas experiencias de rehabilitación, incluso por instituciones penales: instituciones más o menos totales, pero siempre campos sociales (en el sentido de Bourdieu), más o menos “aparatazados”, esto es, *locus* sociales que procuran hallarse al margen de la historia.



F- *Sí, estaba mal, aparte ya... estaba jugando con mi vida porque estaba haciendo muchas cosas... muchas macanas y ya... o me iba a matar la policía o alguien que yo le había robado, ya era un peligro, entonces tenía que bajar la pelota al piso porque... se me iba de control, ta ahí...*

L- Claro, y en ese tiempo que estuviste sin consumir ¿qué cosas hacías?

F- *No sé... andaba, jugaba al fútbol, iba a bailar, yo que se... jugaba al play, no se, iba a la casa de mis otras tías a visitarlas, hoy por hoy no voy ni... hacés la vida normal, yo que se, un sábado, un domingo te vas para el shopping, al Parque Rodó a llevar a mi hija...*

41

[Claudio, 37 años]

C- *Naa, perspectivas para mi es que tengo que dejarla, entendés, que tiene que ocurrir algo, no sé, conseguirme una familia, conseguirme una nueva mujer, conseguirme un hijo, tratar de sacarme documentos, sacarme una documentación... Que tengo que dejar, eso es mi perspectiva, y que lo quiero, no te miento, ¿entendés? De aquí al futuro, porque contando mi vida, mi día a día, contando mis años, yo sé que tengo 37 años, se me termina, estoy llegando a la vejez y... está difícil. [...] Ta, quiero volver a la tierra, al mundo, vamos a decir así, no quiero mutar más, quiero tener algo. No se si va a ser en este año o en el otro, si seguiré o no seguiré, pero mi manera de pensar, en mi mente, quiero tener algo, me entendés, ese es mi futuro: volver de vuelta a ser una persona normal. Quiero hacerlo.*

## CONCLUSIONES PRELIMINARES

En el avance se presentan algunas conclusiones muy preliminares que deberán seguirse evaluando a la medida que avanza el proceso de análisis del material recogido en el terreno.

De todas formas pueden delinearse algunos avances bastante firmes: (i) El inicio al consumo de sustancias más o menos temprano (entre antes de 12 años y más de 16) es un fuerte marcador de vulnerabilidad de la familia de origen, las prácticas de cuidado y las moralidades en relación a la niñez, la adolescencia y la educación formal; (ii) el inicio del consumo de la PBC, consistentemente con lo visto en otros estudios (Garibotto et al, , se inicia en el 2002, sin embargo, dicho inicio fue precedido por el uso de “merca cocinada”, promocionada por algunas bocas de venta desde finales de los años 90; (iii) El consumo de PBC vino a sustituir otros consumos muy problemáticos, como es el caso de la cocaína inyectable que hoy subsiste como una práctica muy peculiar y marginal; (iv) los consumidores son heterogéneos, como lo son las clases populares uruguayas: unos tienen su origen en barrios obreros, otros provienen de las clases medias bajas, otros pasaron su niñez en un asentamiento o en estrategias de calle; (v) los procesos de rehabilitación siempre tienen contramarchas propias a la precariedad signada en las trayectorias de estos sujetos, como contraparte positiva, entre las expectativas de futuro se enuncia generalmente la voluntad de dejar de consumir y cambiar de vida.

## REFERENCIAS

Bourdieu (1997) Razones prácticas, Anagrama, Barcelona.

Bourdieu (2003) La dominación masculina, Anagrama, Barcelona.

Benhabib (1992) “Una revisión sobre el debate de las mujeres y la teoría moral”, en: Isegoría, 6.

Csordas (1990) Embodiment as a Paradigm for Anthropology, en: Ethos, 18/1.

42 Fascioli (2010) “*Ética del cuidado y ética de la justicia* en la teoría moral de Carol Gilligan”, en: Actio, 12.

Fraiman y Rossal (2009) Si tocás pito te dan cumbia. Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo, AECID/PNUD/MI, Montevideo.

Fraiman y Rossal (2011) De calles, trancas y botones. Una etnografía sobre pobreza, violencia y solidaridad urbana. BID/MI, Montevideo.

Garibotto et al (2006) Mercado de Pasta Base de Cocaína en Uruguay. Complejidad y prospectiva.

## Capítulo 3: Investigaciones pre-clínicas y clínicas sobre la PBC

### 3.1 - Repercusiones médico-toxicológicas del consumo de pasta base de cocaína

43 Dres Shirley García<sup>1</sup>, Alba Negrin<sup>2</sup>, Rocío Ormaechea<sup>1</sup>, Antonio Pascale<sup>2</sup>, Pablo Yemini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico especialista en Medicina Interna.

<sup>2</sup> Médico especialista en Toxicología Clínica

<sup>3</sup> Médico posgrado de Psiquiatría.

Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas Portal Amarillo. A.S.S.E. Montevideo, Uruguay.

**Trabajo presentado en el 9º Congreso Regional Latinoamericano de TIAFT como presentación oral. URUTIAFT. Publicado en Libro de Resúmenes - Cienc. forense latinoam. 2013 (Suplem): 29.**

El objetivo de este trabajo es presentar las repercusiones médico-toxicológicas vinculadas al consumo crónico de PBC y relacionadas a la sustancia, vía de consumo y conductas de riesgo.

#### MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo observacional en usuarios con trastorno por dependencia a PBC internados en el “Portal Amarillo” durante el período enero-junio 2012. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica y se realizaron estudios bioquímicos y serológicos.

#### RESULTADOS

Se estudiaron 99 pacientes. La mediana de edad fue de 21 años con una relación mujer/hombre de 1:6. Se reporta consumo previo de tabaco (97%), marihuana (94%), alcohol (93%), clorhidrato de cocaína por vía inhalada (83%) e intravenosa (5%). Doce usuarios manifestaron antecedentes de sobredosis por PBC, con manifestaciones neurológicas (75%) y cardiovasculares (25%). El 65% de los pacientes presentaban lesiones orales (focos sépticos dentarios, gingivitis). El 76% presentaba un

normopeso según el índice de masa corporal (IMC). La forma de consumo de basoco (marihuana y PBC) seguido luego de pipa artesanal fue reportada en un 47% de los casos, mientras el 44% reportó uso de pipa desde el inicio. El tiempo de consumo era de 1 a 5 años en un 62% de los casos. Casi la mitad de muestra reportó un consumo diario de más de 20 dosis de PBC. La totalidad eran policonsumidores de sustancias: tabaco (n=94), marihuana (n=74), clorhidrato de cocaína (n=49), alcohol (n=16), crack (n=6), solventes (n=2). Las manifestaciones respiratorias (tos, broncoespasmo, expectoración carbonácea) estaban presentes en un 33 % de los casos, configurando la mitad de los consumidores de PBC con tabaco y marihuana asociados. De 76 pacientes en los que se obtuvo serología infecciosa, se registró un VIH positivo y un VDRL positivo, siendo todos negativos para hepatitis a virus B y C. Las enzimas transaminasas y gammaglutamil-transpeptidasa se encontraron elevadas en 40 casos.

## DISCUSIÓN

El consumo de PBC predomina en varones jóvenes bajo forma de policonsumo. Casi el 50% consumía concomitantemente cocaína, modalidad adoptada por los usuarios para reducir el consumo de PBC. Aproximadamente la mitad inician el consumo bajo forma de basoco. La repercusión nutricional debe evaluarse en forma evolutiva y no debe considerarse el valor del IMC en forma aislada. Las lesiones orales son frecuentes, y las manifestaciones respiratorias traducen la irritación crónica de vía aérea por drogas fumadas. La elevación de transaminasas puede explicarse por hepatotoxicidad (consumo crónico de formas de cocaína y alcohol, reacciones adversas medicamentosas) o rabdomiólisis en caso de consumo reciente de PBC, cocaína y/o alcohol.

### 3.2 -Pasta base de cocaína: experiencia del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico

#### Cocaine base paste: experience from the Montevideo Poison Control Center

Antonio Pascale\*; Alba Negrin\*; Amalia Laborde\*

\*Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (C.I.A.T.), Hospital de Clínicas. Montevideo.Uruguay.

45

Enviar correspondencia a:

Antonio Pascale. Departamento de Toxicología. Hospital de Clínicas. Piso 7. Sala 1. Avda. Italia s/n. C.P. 11600. Montevideo. Uruguay. E-Mail: [dr\\_antoniopascale@yahoo.com](mailto:dr_antoniopascale@yahoo.com)

Recibido: Abril 2009

Aceptado: Marzo 2010

#### RESUMEN

**Introducción:** En Uruguay, a partir del año 2002 hubo un incremento en el consumo de pasta base de cocaína (PBC). Presentamos las principales manifestaciones clínicas vinculadas al consumo de PBC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, de las consultas médicas realizadas al Centro de Toxicología entre el 1 de enero del 2004 y el 31 de diciembre del 2005.

**Resultados:** Se registraron 113 casos. El promedio de edad fue de 22 años (+/-0.5 años) con una relación mujer/hombre de 1:4. El motivo de consulta fue sobredosis (77 %), intento de suicidio (16.8 %) y deseos de abandonar el consumo (6.2 %). En un 48 % el tiempo de latencia entre el consumo y la consulta fue inferior a 6 horas. Las dosis consumidas oscilaban entre 0.5 y 25 g. Fue frecuente la asociación con otras drogas (51 casos), tales como alcohol, marihuana, y benzodiazepinas. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente observadas fueron neuropsiquiátricas y cardiovasculares, seguidas por las respiratorias. En los 16.8 % de los casos el motivo de consulta fue una ingesta de fármacos como intento de suicidio posterior al consumo.

**Discusión:** consumo de PBC predomina en varones jóvenes. Si bien los hallazgos clínicos más frecuentes son similares a aquellos reportados con el uso de clorhidrato de cocaína, la euforia es una manifestación clínica prevalente. La presencia de síntomas respiratorios traduce complicaciones por la vía de ingreso. Los intentos de suicidio ocurridos horas después representarían la ideación suicida en la

etapa disfórica posconsumo descrita por varios autores.

**Palabras clave:** *pasta base de cocaína, manifestaciones clínicas, intentos de suicidio*

## ABSTRACT

46

**Background:** In Uruguay, cocaine base paste (CBP, pasta base) is a widely used form of cocaine. The aim of our study is to determine the main clinical characteristics of CBP abusers.

**Methods:** Retrospective, single-center study of consultations at the Montevideo Poison Control Center between January 1, 2004 and December 31, 2005.

**Results:** One hundred and thirteen consultations were included, with an average age of 22 years (+ - 0.5 years) and a female-male sex ratio of 1:4.3. The consultations were related to drug overdose (77%), suicide attempt (16.8%), and wanting to give up CBP use (6.2%). In 48.1% the time elapsed since inhalation of CBP was less than 6 hours. Doses varied between 0.5 gr. and 25 gr. Use of other drugs at the same time, such as alcohol, marijuana or benzodiazepines, was common (51 cases). The symptoms most frequently observed were neuropsychiatric and cardio-vascular, followed by respiratory symptoms. In 16.8% of patients, reason for the consultation was intentional acute ingestion of drugs, considered as a suicide attempt, occurring within a few hours of drug consumption.

**Discussion:** CBP users are mostly young males. Although clinical findings are compatible with those for cocaine abuse, euphoria is a major clinical feature in CBP abusers. The presence of respiratory symptoms reflects the complications associated with the ingestion route. Suicide attempts occurring within a few hours of CBP confirm the high prevalence of suicidal ideation reported by other authors.

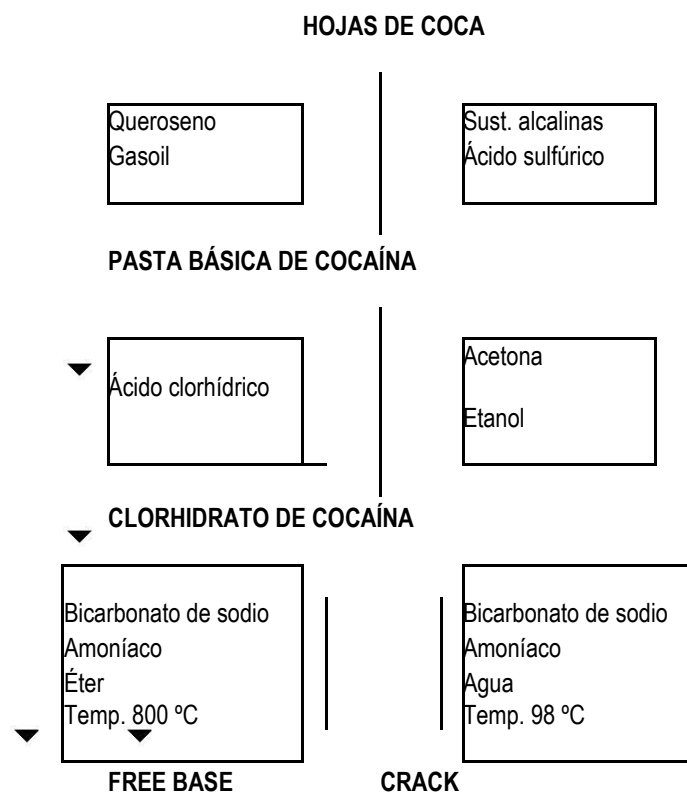
**Key Words:** *cocaine base paste, clinical features, suicide attempts*

## INTRODUCCIÓN

47

El consumo de pasta base de cocaína (PBC) en nuestro país se ha incrementado en forma notoria en los últimos cinco años. Esto se ve reflejado en el aumento de las consultas vinculadas con el consumo o con la abstinencia a dicho compuesto en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) del Uruguay. De 10466 consultas efectuadas en el año 2005, 160 correspondieron a cuadros agudos vinculados con drogas de abuso (1,5%), siendo la mitad de éstos ocasionados por formas de cocaína (pasta base, clorhidrato de cocaína y crack). En el año 2006 hubo 10186 consultas, correspondiendo el 1,1 % a pasta base de cocaína.

La pasta base de cocaína (PBC) es un producto intermediario en la producción del clorhidrato de cocaína. (Figura 1). Contiene el alcaloide cocaína en un porcentaje variable (40 - 85 % según referencias internacionales), otros alcaloides de la hoja de coca, contaminantes e impurezas derivadas del proceso de elaboración y adulterantes<sup>1,2</sup>.



**Figura 1. Elaboración de las distintas formas de cocaína.**

Un estudio analítico realizado en el Polo Tecnológico de la Facultad de Química de Uruguay en el cual se analizaron muestras de PBC decomisadas por la Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, evidenció la presencia de impurezas en un porcentaje variable (0,01 a 9 %), entre las cuales

se destaca la presencia de otros alcaloides (cis y trans cinnamoylcocaína, truxillinas) y la ausencia de solventes, por lo que se trata de compuestos con una alta concentración de cocaína, la cual puede variar con adulterantes añadidos en puntos de venta clandestinos, llamados “bocas”. La PBC se comercializa en forma ilícita en “dosis” llamadas *medios* o *chasquis*, las cuales varían la cantidad del compuesto según su costo, oscilando entre 0,2 a 0,5 gramos.

Esta sustancia es alcalina, liposoluble (lo que le permite atravesar fácilmente las membranas celulares) y posee un punto de volatilización bajo que le confiere la propiedad de ser fumada. La toxicidad de la Pasta Base es debida a su composición y a su forma de consumo: se utilizan diversos dispositivos artesanales, tales como latas metálicas, dispositivos plásticos de broncodilatadores, tubos de PVC o bronce, antenas de autos, entre otros. Puede también mezclarse con marihuana (denominado “basoco”), o con tabaco, y así fumarse en cigarrillos<sup>1</sup>.

Se trata de una sustancia estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) que actúa sobre la vía dopaminérgica mesocorticolímbica (neuronas del área tegmentaria ventral que inervan el Núcleo Accumbens), incrementando la concentración sináptica de dopamina a este nivel<sup>3</sup>. Esta acción es responsable del efecto euforizante, el cual es particularmente intenso por PBC.

La cocaína inhibe además la recaptación y estimula la liberación de catecolaminas endógenas (adrenalina, noradrenalina), con el consiguiente efecto simpaticomimético. Las convulsiones en sobredosis pueden explicarse por diversos mecanismos: estimulación simpática, incremento de actividad glutamatérgica, efecto estabilizante de membrana, disionías y con menor frecuencia como manifestación de un accidente cerebrovascular<sup>4</sup>. Al igual que otras formas fumables de cocaína (*crack*, *free-base*), la PBC tiene un alto poder adictivo. Alcanza rápidamente la circulación sanguínea y el SNC. El efecto euforizante se produce en aproximadamente 5 segundos. La duración del efecto es también muy corta ocasionando una profunda angustia y disforia en los consumidores, seguido por la compulsión por continuar consumiendo. En la etapa de euforia inicial el usuario de PBC presenta con frecuencia un síndrome paranoide característico con alucinaciones visuales y auditivas e ideas persecutorias<sup>5,6,7</sup>. La asociación con otras drogas con fines de abuso es frecuente y puede generar presentaciones clínicas atípicas e incrementar la gravedad de la intoxicación aguda<sup>4</sup>.

Basándonos en consultas vinculadas al consumo reciente de PBC, analizaremos las principales manifestaciones clínicas con el fin de caracterizar la toxicidad aguda de esta sustancia.



## MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico, de las consultas médicas realizadas al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico entre el 1 de enero del 2004 y el 31 de diciembre del 2005. Se incluyeron todos los casos en los que hubo un consumo de PBC en las últimas 48 horas. La noción de consumo surgió del relato del usuario en la consulta. Toda la información fue obtenida de la historia clínica (anamnesis y examen físico).

49

**Tabla 1. Período de latencia entre el consumo de PBC y la consulta**

Período de latencia entre el consumo y la consulta	Número de casos (en %)
Menos de 6 horas	48,1 %
Entre 6 y 12 horas	27,8 %
Entre 12 y 24 horas	15,2 %
Más de 24 horas	8,9 %

**Tabla 2. Sustancias químicas asociadas con fines de abuso o suicida**

Drogas asociadas	Número de casos
<b>Con fines de abuso (62%)</b>	<i>En varios casos asociaron más de una sustancia</i>
Alcohol etílico	18
Benzodiazepinas	11
Marihuana	9
Clorhidrato de Cocaína	3
Fenobarbital	1
Ansiolítico sin dato	1

Con finalidad suicida (38%)	En varios casos asociaron más de una sustancia
Benzodiazepinas	11
Antipsicóticos	5
Alcohol etílico	3
Antiparkinsonianos	2
Antidepresivos	2
IECA*	3
HGO **	2
Antiepilépticos	2
Clorhidrato de cocaína	1
Otros	3

IECA\*: Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina HGO \*\*: Hipoglicemiantes orales

## RESULTADOS

En el período estudiado se registraron 113 casos. El promedio de edad fue de 22 años (+ - 0.5 años) con una relación mujer/hombre de 1:4.. El motivo de consulta más frecuente fue sobredosis (77 %), seguido de intento de suicidio (16,8 %) y deseos de abandonar el consumo (6,2 %). El intento suicida correspondía a una exposición a fármacos pocas horas después del consumo de PBC. El período de latencia entre el consumo y la consulta fue de menos de 6 horas en el 48 % de los casos (Tabla 1). Las dosis consumidas fueron consignadas solamente en 30 casos y oscilaban entre 0.5 y 25 g de PBC.

La asociación con otras drogas fue frecuente (en 51 pacientes), predominando el alcohol etílico y las benzodiazepinas (Figura 1). En la Tabla 2 se detallan las sustancias químicas asociadas al consumo de PBC con fines de abuso y suicida. De los casos en los cuales hubo policonsumo, el 62 % correspondió a abuso y el 38 % restante a intentos de autoeliminación. Cabe destacar que los usuarios asociaron con frecuencia más de una sustancia.

En la Tabla 3 se describen las principales manifestaciones clínicas, predominando aquellas de la esfera neuropsiquiátrica (32.7 %) y cardiovascular (31.4 %). Taquicardia, euforia, midriasis e hipertensión arterial fueron las manifestaciones prevalentes. Los hallazgos clínicos respiratorios estuvieron presentes en un 18,6 % incluyendo sibilancias, polipnea y 1 caso de neumotórax. En un 4,4 % los usuarios se presentaron a la emergencia del Centro Asistencial sin síntomas. Otras manifestaciones clínicas

incluyeron hipertermia, vómitos, sudoración, y dolor epigástrico, y representaron el 12,9 %.

En los 16.8 % de los casos el motivo de consulta fue una ingesta aguda de fármacos como intento de suicidio que ocurrió pocas horas después del consumo de PBC.

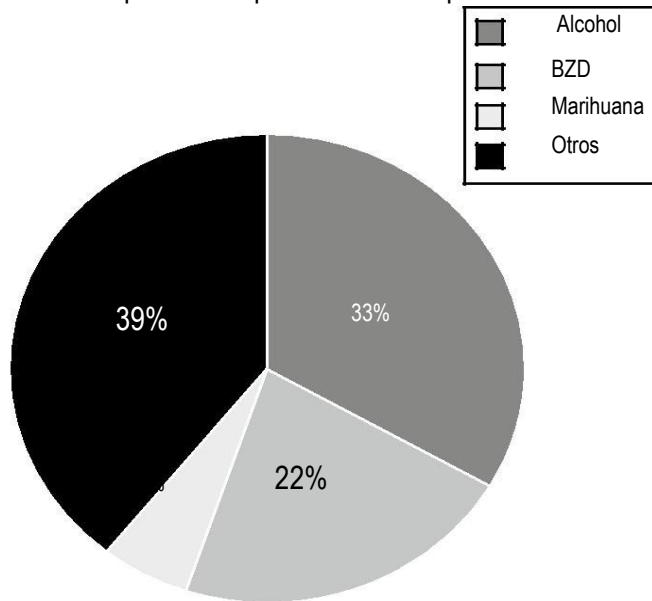


Figura 1. Asociación con otras drogas

Tabla 3. Manifestaciones neuropsiquiátricas, cardiovasculares y respiratorias

Manifestaciones Clínicas	Número de casos
Taquicardia	33
Euforia	31
Dolor precordial (anginoso)	18
Midriasis	16
Hipertensión arterial	12
Depresión de conciencia	11
Convulsión	6
Disforia	8
Dolor torácico (pleurítico)	6
Sibilancias	6
Tos	6

Disnea	5
Ansiedad y deseo de consumo	5
Estertores húmedos	3
Expectoración hemática	2
Ideación paranoide	2
Alucinaciones	2
Distonías	2
Síncope	1
Paro cardiorrespiratorio	1
MAV abolido unilateralmente	1

---

## DISCUSIÓN

El consumo de PBC predomina en jóvenes de sexo masculino. Estos hallazgos coinciden con los datos del Observatorio Uruguayo de Drogas. En el año 2006 un estudio realizado por este Organismo mostró que la edad promedio de los usuarios era de 23 años, siendo 37% menores de 18 años y el 90% menores de 30 años. El 82 % de los usuarios eran de sexo masculino<sup>8</sup>.

En la mayoría de los casos no se logró estimar la dosis, lo cual puede correlacionarse con la forma de comercialización de la sustancia y el contexto clínico de urgencia en el cual consulta el paciente. Las manifestaciones clínicas prevalentes en nuestro estudio se relacionan directamente con la toxicidad aguda por cocaína. La sobredosis es el motivo de consulta más frecuente y su presentación clínica habitual (midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, dolor torácico de origen coronario) es similar a aquella reportada con el uso de clorhidrato de cocaína, configurando un síndrome simpaticomimético. Este hallazgo sugiere una elevada concentración de cocaína en los compuestos consumidos en nuestro país; por otra parte, la euforia marcada es una manifestación clínica frecuente como se ha descrito para el crack (forma básica de cocaína de alta pureza).

El síndrome paranoide se presentó con una muy baja frecuencia en esta serie (4 casos); atribuimos este hecho al contexto clínico que motiva la consulta (síntomatología cardiovascular,

neurológica y respiratoria) y al bajo índice de pesquisa de este síndrome.

Resulta significativo el número de intentos de autoeliminación ocurridos pocas horas después del consumo de PBC (nuestro Centro registra solamente aquellos causados por sustancias químicas), lo que puede asociarse a la presencia de ideación suicida en la etapa disfórica posconsumo descrita por varios autores<sup>5,6</sup>. Resulta entonces de gran importancia la evaluación interdisciplinaria (médico-toxicológica-psiquiátrica) en situaciones de urgencias, ya que al riesgo de la sobredosis se suma el riesgo de suicidio.

53

La asociación con otras sustancias se produce en el contexto del intento suicida referido o con fines de abuso. Cabe destacar que la asociación más frecuente fue con alcohol o benzodicepinas, pudiendo generar dificultades diagnósticas (una manifestación predominante en esos casos fue la depresión de conciencia, ya que tanto el alcohol como benzodiazepinas son depresores del SNC) y multiplicación de riesgos: la asociación de alcohol etílico con cocaína produce formación de cocaetileno, metabolito que aumenta la toxicidad de ambas sustancias<sup>5</sup>.

La presencia de signosintomatología respiratoria evidencia el daño ocasionado por los productos de combustión del compuesto, aquellos generados por el calentamiento de los dispositivos de consumo y la injuria térmica<sup>9,10,11</sup>. Se describe un caso de neumotórax, complicación relacionada a las cocaínas fumables por barotrauma. La vía de consumo determina una amplia gama de patología respiratoria, motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencia de los Centros Asistenciales. Destacamos que en este análisis no fueron objetivadas otras complicaciones por la vía de consumo tales como quemaduras de labios, cara o manos.

Las limitaciones al presente trabajo son las siguientes:

- Falta de confirmación analítica para el diagnóstico de consumo de PBC. Los test de inmunoensayo disponibles en nuestro medio detectan benzoilecgonina, metabolito derivado del alcaloide cocaína que se encuentra en menor proporción en orina de usuarios de PBC. En estos casos debería de detectarse anhidroecgonina metil éster, producto de la combustión de las cocaínas fumables<sup>12</sup>.
- Frente a la ausencia de disponibilidad del estudio analítico, planteamos la hipótesis de que el número de intentos de suicidio posconsumo pueda ser mayor, dado que es posible que un usuario de PBC realice el intento de autoeliminación sin referir el consumo.

Futuros estudios deberán complementar la evaluación clínica con el estudio paraclínico y así poder caracterizar las repercusiones orgánicas relacionadas al consumo agudo de PBC.

## REFERENCIAS

1. Castaño G. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones* 2000; 12:541- 550.
2. Coca Cultivation and Cocaine Processing: An Overview. Drug Enforcement Administration, Intelligence Division, Strategic Intelligence Section, September 1993. Executive Summary. [www.druglibrary.org/schaffer/govpubs/cocccp.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/govpubs/cocccp.htm)
3. Roques Bernard. *La Dangersité des Drogues*; 7: La cocaïne; Ed. Odile Jacob, 1999.
4. Flomenbaum N, Goldfrank L, Hoffman R, Howland, MA; Lewin N; Nelson L. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 8th Edition 2006. Part C: The clinical basis of medical toxicology. Section I – H: Substances of abuse; Chapter 74: Cocaine. Ed McGraw Hill.
5. Jeri FR, Sánchez CC, del Pozo T, Fernández M, Carbajal C. Further experience with the syndromes produced by coca paste smoking. *Bul on Narcotics* 1978.
6. Jeri FR. Coca-paste smoking in some Latin American countries: a severe and unabated form of addiction. *Bul on Narcotics* 1984.
7. Pérez J. Clínica de la adicción a pasta base de cocaína. *Rev Chil Neurosiquiatr* 2003; 41: 55-63.
8. Junta Nacional de Drogas. Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. Pasta base de cocaína. Prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Diciembre 2006. <http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/20061207-LibroPastaBase.zip>
9. Dueñas C, Torres CA. Toxicidad pulmonar inducida por cocaína. *Rev Colomb Neumol* 1999; 11:45-47.
10. Tashkin DP, Khalsa ME, Gorelick D, Chang P, Simmons MS, Coulson AH, Gong H Jr: Pulmonary status of habitual cocaine smokers. *Am Rev Respir Dis* 1992;145:92–100.
11. Terra Filho M, Yen C, de Paula Santos U, Romero D. Pulmonary complications in cocaine users. *Sao Paulo Med J* 2004; 122:26-31.
12. Pascale A. Toxicidad respiratoria por cocaína [Monografía no publicada]. Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay. Año 2009.

### 3.3. Estudio pre-clínico de los efectos de la Pasta base de Cocaína en el Sistema Nervioso Central.

<sup>a</sup>Laboratorio de Biología Celular y <sup>b</sup>Departamento de Neuroquímica del IIBCE. Montevideo. Uruguay

Equipo de investigación: Cecilia Scorza, PhD (Responsable)<sup>a</sup>; QF Juan A. Abín<sup>b</sup>, PhD; Lic. José Pedro Prieto<sup>a</sup>; Lic. Martín Galvalisi<sup>b</sup>

#### ESTADO DEL ARTE

**Situación de partida:** el consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC) constituye un serio problema en el Uruguay desde el 2002 que aparece marcadamente asociado a la crisis económica de ese año. Su rápida instauración hizo que los clínicos y técnicos se enfrentaran a una nueva situación de diagnóstico, con la consecuente aparición de varias incógnitas acerca de la droga. Nuestra formación académica en investigación en Neurociencias y Neurofarmacología permitió aportar información sobre los efectos que genera la PBC en el cerebro y colaborar así en el entendimiento del perfil clínico característico de los consumidores de PBC.

#### **Pasos seguidos y resultados obtenidos hasta el momento:**

1. Generamos un mecanismo legal junto a la Junta Nacional de Drogas y al Instituto Técnico Forense (ITF) para trabajar con muestras de PBC incautadas por la policía y que potencialmente consumirían los usuarios.

2. Participamos en la divulgación de una definición exacta de la PBC.

PBC es un psicoestimulante que induce una rápida y grave dependencia en las personas que la consumen. Constituye un producto intermedio hasta la obtención final del alcaloide cocaína (en su forma de clorhidrato) en un proceso químico con varias fases de purificación. Es por esta razón que en la composición química de la PBC aparece cocaína como principal alcaloide, aunque ésta se encuentra en su forma de base (propiedad que le confiere ser fumable; de ahí su definición como “cocaína fumable”). Se detectan otras sustancias químicas llamadas impurezas (sustancias presentes en la droga como un resultado natural del procesamiento químico). Como toda droga de abuso de venta callejera, PBC se vende adulterada (sustancias deliberadamente agregadas para imitar o potenciar el efecto de la droga de base, o aquellas agregadas para aumentar el volumen, denominados diluyentes). La cantidad de cada

uno de los componentes de PBC es altamente variable y depende de muchos factores (tipo de procesamiento, lugar de preparación, tipo de adulterantes, tráfico, etc.). Su consumo genera una serie de trastornos psíquicos y físicos que conllevan la aparición de un perfil clínico característico en sus consumidores. Una fuerte y rápida dependencia, un *craving* o búsqueda intensa por la droga, rotura de códigos sociales, alteraciones conductuales (impulsividad/agresividad), alteraciones cognitivas y del ciclo sueño-vigilia, son algunos de los síntomas más distintivos de los consumidores.

56

3. La variabilidad en el contenido de cada una de las muestras de PBC hace que sea imprescindible la realización de un análisis químico. En las instalaciones del IIBCE analizamos el contenido de varias muestras de PBC incautadas y proporcionadas por el ITF. Encontramos dos componentes principales: cocaína (principal alcaloide) y cafeína (adulterante mayoritario). Cocaína aparece en un rango de 20-70% mientras que cafeína se detecta en un rango de 1-37%. Así hemos determinado 4 categorías de muestras: 1) alto contenido en cocaína y cafeína; 2) alto contenido en cocaína y bajo o nulo en cafeína; 3) bajo contenido en cocaína y alto en cafeína; 4) bajo porcentaje de ambas. La cuantificación de otros componentes (alcaloides, metabolitos) implica la necesidad de conseguir soluciones estándares específicas para cada uno de los componentes que contiene la PBC.

4. En estudios comportamentales en animales, el alcaloide cocaína y el adulterante cafeína son los principales responsables del efecto estimulante agudo inducido por la PBC. El efecto estimulante es claramente potenciado por la presencia de cafeína en las muestras de PBC. Reportamos entonces que es importante la proporción de cocaína-cafeína en la potenciación de dicho efecto.

5. PBC genera cambios neuroquímicos en el cerebro iguales a los ya descritos para todas las drogas de abuso. Los cambios son en el sistema del neurotransmisor dopamina, en el circuito cerebral motivacional implicado en el poder aditivo e inductor de placer y reforzamiento de las drogas de abuso. Observamos que la cocaína es el principal responsable del aumento de dopamina en la región del núcleo accumbens (*shell*) por su propiedad bloqueadora de la proteína transportadora de dopamina a nivel presináptico. Aunque la cafeína parece no potenciar dicho efecto neuroquímico, no podemos descartar que la cafeína potencie el efecto dopaminérgico inducido por cocaína alterando otros sistemas de neurotransmisión (por ejemplo, glutamato). Futuras investigaciones aclararán este punto.

6. En otra serie de estudios comportamentales, comprobamos que PBC es capaz de generar el fenómeno de sensibilización motora, el cual consiste en observar una potenciación de la locomoción en animales tratados de forma repetida con la droga, un período de abstinencia y una re-exposición a la droga (dosis desafío). Aparece un efecto comportamental (estimulante) significativamente mayor al que se observa



luego del tratamiento con una única inyección y a igual dosis (este es el fenómeno de sensibilización del efecto, el cual modela los cambios neurales que implican la búsqueda, la recaída y poder reforzador de la droga). Nuestros resultados muestran que PBC genera el fenómeno de sensibilización de una manera similar a la cocaína. Sin embargo, en aquellas muestras que contienen un alto contenido en cafeína, la expresión de la sensibilización es de mayor grado y en un menor tiempo. Es decir, la presencia de cafeína potencia y acelera los cambios neuronales que impliquen la aparición de la sensibilización comportamental. El fenómeno de sensibilización comportamental también sucede en humanos y es opuesto al concepto de tolerancia (se necesita una mayor dosis para producir un mismo efecto).

7. Los resultados obtenidos hasta el momento, nos aproximaron a la idea que la presencia de cafeína en muestras de PBC, en colaboración con la cocaína, podría, en parte, explicar el alto poder adictivo de la PBC. Sin embargo debíamos utilizar un modelo animal específico que nos confirmara dicha hipótesis. En colaboración con el grupo de investigación de la Dra. Valentina Valentini, de la Universidad de Cagliari, Italia, realizamos una serie de experimentos utilizando el modelo animal de “self-administration” o auto-administración. El mismo implica entrenar animales a que se auto-administren la droga (sin la intervención del investigador). Luego de un período de entrenamiento, se logra que el animal se auto-administre la droga, acción que comienza a estar en relación con la capacidad reforzadora de la misma. Resultados preliminares mostraron que la combinación de cocaína y cafeína (a las proporciones que aparecen en una muestra de PBC) produce un mayor efecto reforzador, dado que una mayor cantidad de animales se auto-administran dicha combinación en comparación con aquellos que se auto-administran cocaína sola. La culminación de estos experimentos permitirá confirmar la incidencia de la cafeína en el poder adictivo de la PBC.

8. Algunas muestras de PBC mostraron la propiedad neurotóxica (muerte neuronal) *in vitro*, en la cual ni la cocaína ni la cafeína fueron los responsables de ese efecto. Otros componentes parecen participar de dicha acción. En el protocolo ensayado, no se evidenció neurotoxicidad *in vivo* (animal vivo) por lo que no se podría extrapolar la propiedad neurotóxica observada a los humanos. Técnicas de imagenología, altamente especializadas, permitirían determinar si la droga es o no neurotóxica en humanos. Además, para que se observe muerte neuronal el consumo debería ser altamente prolongado y exclusivamente de PBC, para asociar dicha propiedad a la droga. Se sabe que las personas que consumen PBC también consumen otras drogas de abuso (tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, etc).

9. Estudiamos desde el punto de vista preclínico los efectos de PBC sobre el ciclo sueño-vigilia. Hemos encontrado que animales tratados con PBC y cocaína poseen un aumento en el tiempo de vigilia y una disminución significativa en la aparición del sueño, aunque el efecto fue diferencial entre ambas drogas.

Una vez más demostramos que, la presencia de cafeína en la muestra de PBC estudiada, era la responsable de las diferencias encontradas entre ambas drogas en relación a las alteraciones en la vigilia y sueño. PBC adulterada con cafeína generó en los animales una prolongación de la vigilia y un retraso en la aparición del sueño. Estos cambios podrían explicar las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia que poseen los consumidores.

58

**10.** Considerando que la vía de administración es un factor fundamental en el poder adictivo de una droga, logramos reproducir la vía de administración que usan los consumidores de PBC en animales (inhalación pulmonar) utilizando dispositivos similares a los que usan los usuarios de PBC. Bajo esta vía, caracterizamos el efecto estimulante de la PBC. De acuerdo a lo esperado, los resultados comportamentales demostraron que, PBC volatilizada genera un efecto estimulante significativo y que el agregado de una cantidad determinada de cafeína a una muestra de PBC sin adulteración genera un efecto estimulante mayor al provocado por la PBC sin adulterar ( $PBC + Caf > PBC$ ). Esto demuestra la relevancia del adulterante cafeína en el efecto estimulante de la PBC bajo la misma vía de administración utilizada por los consumidores. Además, comprobamos que la cafeína es capaz de ser volatilizada, entendiendo la razón por la que se usa cafeína como principal adulterante de la PBC. Cualquier adulterante de PBC, debe tener la propiedad de ser volatilizable, dado que es una droga fumable. Es fundamental continuar investigando la influencia de cafeína en el poder adictivo de PBC utilizando la vía de administración de los consumidores.

**11.** Esta serie de datos nos lleva a sugerir que la presencia de cafeína en una muestra de PBC podría generar un efecto estimulante mayor en aquellos individuos que la fuman y por lo tanto un efecto adictivo mayor. Los individuos estarían consumiendo (aleatoriamente) dos psicoestimulantes por una vía de administración rápida. Es por esto que nuestra hipótesis actual de trabajo consiste en evaluar si la combinación de cocaína y cafeína generan un mayor efecto reforzador o de recompensa comparado con cocaína sola. Para llevarla a cabo, utilizaremos modelos comportamentales específicos de adicción.

Es importante mencionar que los resultados encontrados hasta el momento fueron logrados gracias a la formación de recursos humanos especializados en la temática de adicción a drogas de abuso. Estudiantes de la Licenciatura en Ciencias Biológicas han conseguido sus Grados académicos luego de la realización de pasantías en el IIBCE participando de la temática de estudio. Actualmente se encuentran realizando sus estudios de postgrado de Maestría en Neurociencias, especializándose en la temática de Neurobiología de la Adicción. Es fundamental por lo tanto, continuar apoyando a estos jóvenes investigadores con el fin de darle continuidad a nuestro proyecto de trabajo. Sus investigaciones permitirán seguir aportando información sobre el fenómeno del consumo de PBC y comenzar así la búsqueda de posibles tratamientos específicos a dicha adicción.

## PRINCIPALES PERSPECTIVAS

59

1. Determinar los niveles plasmáticos de cocaína, cafeína y sus metabolitos en los animales que han sido expuestos a la PBC y cafeína volatilizadas para correlacionarlos con el efecto estimulante inducido por dichas drogas. Contamos con esas muestras plasmáticas, aunque queda pendiente realizar la cuantificación bioquímica.
2. Realizar un análisis químico de una mayor cantidad de muestras de PBC, con el fin de determinar un patrón de composición química en muestras de PBC en el Uruguay. De ser posible, sería interesante, analizar muestras de PBC de otros países de la región, con el fin de identificar posibles diferencias en los perfiles clínicos de los consumidores, asociadas a la composición química de los tipos de PBC.
3. Continuar profundizando en los factores que participan y determinan el poder adictivo de la PBC.
4. Estudiar el papel de la cafeína en el poder adictivo de la PBC y el poder adictivo *per se* de la cafeína volatilizada.
5. Estudiar los factores que expliquen la relación entre la aparición de agresividad/impulsividad y el consumo de PBC.
6. Determinar los cambios anatómicos-estructurales en el cerebro que expliquen el poder adictivo de la PBC.
7. Profundizar en la propiedad neurotóxica de PBC.
8. Identificar posibles sitios blancos en el cerebro para el diseño de tratamientos farmacológicos específicos para la dependencia a PBC.
9. A raíz de la aprobación de Ley 19.172, por la que se busca regular la producción, distribución y venta del cannabis, pensamos investigar la relación entre el consumo de PBC y marihuana. Puntos de nuestro interés se centran en la predisposición al consumo de drogas de mayor poder adictivo por el consumo crónico de marihuana, así como el punto del consumo de marihuana como terapia de remplazo en adicciones más fuertes, entre otras cosas.

## NECESIDADES

El abordar esta temática implicó la formación de recursos humanos especializados. Todos los resultados obtenidos hasta el momento fueron realizados por el equipo de investigación y con fuentes de financiación nacionales. Uno de los principales problemas que tenemos es la continuidad en la financiación de los recursos humanos más jóvenes, así como la financiación continua de los materiales necesarios para llevar a cabo las investigaciones. El intercambio científico, la publicación y difusión de los resultados en trabajos, congresos u encuentros en distintos ámbitos nacionales e internacionales implica

también la necesidad de contar con financiación. Básicamente de esto depende que ésta línea de investigación y las que surjan continúen desarrollándose con éxito.

**Publicaciones y manuscritos en preparación:**

1. Primer estudio pre-clínico de la acción de Pasta Base de Cocaína en el Sistema Nervioso Central. *Revista Psiquiatría del Uruguay* 73(1): 25-36, 2009.
2. Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. *Archivos de Pediatría del Uruguay* 81(2): 100-104, 2010.
3. PASTA BASE DE COCAINA. Artículo de Divulgación. [www.iibce.edu.uy](http://www.iibce.edu.uy)
4. Coca-paste seized samples characterization: chemical analysis, stimulating effect in rats and relevance of caffeine as a major adulterant. *Behavioral Brain Research* 221(1): 134-41, 2011.
5. Relevancia del adulterante activo Cafeína en la acción estimulante de la Pasta Base de Cocaína. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 76 (1): 35-48, 2012.
6. Efectos de la PBC sobre la vigilia y el sueño. Sociedad Uruguaya de Biociencias, 2012. (Colaboración con el Depto. de Fisiología de la Facultad de Medicina, UdelaR)
7. Anti-aggressive effect elicited by Coca-Paste in isolation-induced aggression of male rats: influence of accumbal dopamine and cortical serotonin. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 110: 216-223, 2013.

**Manuscritos en preparación para el 2014:**

1. FDG-uptake in cocaine and coca paste acute administration: Effects on rat brain. (Colaboración con CUDIM y Centro de Medicina Nuclear del Clínicas).
2. Significant role in the interaction between caffeine and psychostimulants (coca-paste and cocaine) in the locomotor sensitization phenomenon.
3. Caffeine increases the rewarding effect of cocaine: relevance to understand the clinical profile in CP consumers. (Colaboración IIBCE- Universidad de Cagliari).

### 3.4 - Evaluación por imagen funcional de los efectos neurobiológicos y cardiovasculares del consumo de pasta base y clorhidrato de cocaína

Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas.Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Investigador responsable: Dr. Rodolfo Ferrando .Prof. Agdo. de Medicina Nuclear MSc en Imagen Funcional Cerebral

61

#### INTRODUCCIÓN

El consumo de pasta base de cocaína (PBC) provoca una importante repercusión social y de salud pública en Uruguay a partir de su aparición en el año 2002. El desconocimiento de las acciones farmacológicas de la droga sobre el sistema nervioso central (SNC), genera la necesidad inmediata de contar con información sobre los efectos neurobiológicos y las alteraciones físicas y psíquicas producidas por el consumo crónico. Debido a la distribución geográfica del consumo de PBC la responsabilidad principal recae sobre la comunidad científica de nuestra región. A partir de los dos primeros proyectos de investigación financiados en nuestro medio por el Programa de Desarrollo Tecnológico del Ministerio de Educación y Cultura (1,2), comenzamos a comprender las características de su mecanismo de acción, lo cual nos permite avanzar en la formulación de otros experimentos que aborden las múltiples interrogantes planteadas en torno a esta droga. Un proyecto en curso del Fondo Sectorial de Salud de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (3), dos Tesis de Maestría del Programa de Investigación Biomédica (4,5) también en curso, y una Tesis de Grado de la Licenciatura en Biología de la Facultad de Ciencias (6), recientemente finalizada, nos permiten avanzar en el estudio de este tema. Durante los últimos 3 o 4 años, investigadores de nuestro centro han aportado las primeras evidencias científicas sobre las alteraciones de la función cerebral en humanos adictos a la PBC determinada por técnicas de imagen funcional(7).

La tomografía por emisión de fotón simple (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET) a través de radioligandos hemodinámicos/metabólicos o radiotrazadores específicos para receptores dopaminérgicos, han aportado evidencia de gran valor en el estudio de la neurobiología de la adicción a drogas de abuso. En consumidores crónicos de cocaína (clorhidrato) se ha descrito en forma repetida una disminución crónica de la actividad dopaminérgica (DAérgica), representada por una reducción en los niveles de receptores del tipo D2 y en la liberación de dopamina en el cuerpo estriado. La corteza prefrontal (CPF) controla la actividad DAérgica de la vía mesolímbica (conformada por proyecciones del área tegmental ventral al núcleo accumbens) a través de fibras glutamatérgicas que ejercen influencia excitatoria e inhibitoria, completando el sistema mesocorticolímbico, correlato

anatomofuncional del llamado sistema de recompensa. De esta forma, las alteraciones funcionales de los circuitos prefrontales pueden ser consecuencia del disturbio del balance DAérgico y pueden también contribuir al mismo.

## **ALTERACIONES DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL EN CONSUMIDORES DE PBC**

62

En el año 2009 nuestro grupo de investigación publica el primer y único artículo existente que muestra las alteraciones funcionales en el cerebro de pacientes consumidores de PBC por medio de una técnica de imagen funcional (7). Mediante SPECT cerebral con  $^{99m}\text{Tc}$ -ECD se evaluó la actividad neuronal a través de la observación del flujo sanguíneo cerebral en 16 individuos (18-35 años) con consumo activo de PBC (menos de 1 semana de abstinencia) de más de 1 año de evolución en comparación con controles sanos. Los resultados se analizaron utilizando el reconocido software SPM (Statistical Parametric Mapping). Los pacientes consumidores de PBC mostraron una hipoperfusión significativa en las estructuras límbicas/paralímbicas y los circuitos prefrontales-subcorticales (CPF bilateral, tálamos e hipocampos). En cuanto a la CPF, la región más afectada fue la dorsolateral, aunque existió extensión al sector externo de la corteza orbitaria bilateralmente y al cíngulo anterior dorsal derecho. Dos de los individuos participantes del experimento fueron re-estudiados luego de un período de abstinencia de casi un año y un año y medio respectivamente, presentando recuperación de la perfusión en las áreas que se encontraban hipoactivas durante el consumo.

Tanto la distribución de las alteraciones descritas durante el consumo, afectando regiones cerebrales moduladas por vías DAérgicas, como su recuperación en los pacientes en abstinencia, apoyan el origen funcional de las mismas, probablemente vinculado a los fenómenos de neuroadaptación producidos por la estimulación repetida de la DA mesolímbica, en contraposición con la injuria crónica irreversible que la PBC podría producir por sus efectos vasoactivos y la presencia de sustancias neurotóxicas en su composición. Esta conclusión no se contrapone al hecho de que la PBC sea más tóxica para el cerebro que la cocaína clorhidrato. Sin embargo, demuestra que probablemente serían necesarios períodos de consumo más prolongados para que se evidencie un daño cerebral crónico a través de estas técnicas y que la injuria crónica irreversible no es la responsable de los trastornos de la perfusión observados en los consumidores. El grado de reversibilidad de las alteraciones con la abstinencia y el tiempo necesario para que la misma se produzca aún no se encuentran suficientemente estudiados. Uno de los pocos estudios de imagen funcional cerebral que evaluaron este fenómeno reportó que los cambios funcionales pueden persistir hasta 3 o 4 meses después del abandono del clorhidrato de cocaína (8).

La presencia de disfunción acentuada en la CPF sugiere una posible vinculación con los trastornos conductuales severos y la predisposición al comportamiento agresivo reportados en los consumidores, debido a que dicha región ha sido asociada con el control inhibitorio, el procesamiento emocional adecuado y la conducta socialmente adaptada. Si bien es necesario realizar correlaciones entre las alteraciones prefrontales y la presencia de conductas agresivas, se trata de experimentos clínicos difíciles de instrumentar.

En resumen, este estudio constituyó la primera evidencia clínica sobre el efecto del consumo de PBC en el SNC de sus consumidores. Ha permitido entonces describir las alteraciones fisiopatológicas existentes en los adictos a dicha droga, desmitificando los trastornos precoces severos e irreversibles que se predecían desde la clínica e incluso desde lo social. Nuestros resultados, además, son coherentes con los de estudios previos en consumidores de cocaína.

Datos obtenidos más recientemente (6, 9,-12) en una serie más numerosa constituida por otros 24 consumidores activos de PBC, 20 de cocaína clorhidrato y 23 controles normales estudiados con la misma técnica de imagen replicaron los hallazgos previos sobre los efectos de la PBC demostrando además mayor compromiso de los circuitos mesial y ventral de la CPF (áreas paralímbicas de la CPF que presentan extensas conexiones con el sistema DAérgico mesolímbico) y del mesencéfalo (uno de los principales sitios donde la droga ejerce su acción). Los individuos consumidores de PBC incluidos en el experimento no presentaban historia de consumo de cocaína y los de cocaína no tenían antecedentes de consumo de PBC. Existió consumo concomitante de otras drogas en ambos grupos de pacientes de forma similar, principalmente marihuana, alcohol y benzodiazepinas, aunque sin criterios de dependencia primaria a estas sustancias. En comparación con los consumidores de PBC, el grupo de consumidores de cocaína mostró hipoperfusión francamente menor, limitada a la CPF dorsolateral y parietal posterior derecha. Estos hallazgos demuestran por primera vez la presencia de un patrón disfuncional notoriamente mayor durante el consumo de una cocaína fumable (PBC), en relación a la cocaína inhalada (cocaína clorhidrato). Estas diferencias probablemente se vinculan con la distinta presentación clínica de los consumidores y pueden tener implicancias en la mayor predisposición a la conducta agresiva de los adictos a PBC.

Concomitantemente, los individuos fueron evaluados con historia clínica psiquiátrica y test de personalidad de Otto Kernberg. Los análisis de correlación entre los ítems del inventario mencionado que evalúan agresividad y los hallazgos de las imágenes aún están pendientes. Los consumidores de PBC presentaron mayor frecuencia de conductas agresivas que los de cocaína (71.5% vs. 61.1%) aunque la diferencia no fue significativa. Los individuos consumidores de PBC presentaron correlación significativa entre la presencia de este tipo de conductas y la hipo perfusión en la CPF dorsolateral y mesial dorsal y

parietal de asociación, coherente con el rol ya mencionada de estas áreas en el control de la conducta social (13). No se detectaron correlaciones significativas en los consumidores de PBC, lo cual probablemente se explica por la mayor frecuencia de conductas agresivas y la importante disfunción de las regiones antes mencionadas en este grupo, que determina que la distribución de las variables en cuestión no sea adecuada para un análisis de correlación. Está pendiente el análisis de correlación con la escala de agresividad que permitiría obtener mayor variabilidad intra-grupo posibilitando un análisis estadístico más adecuado.

## **TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS DURANTE EL CONSUMO DE PBC Y COCAÍNA CLORHIDRATO**

Se estudiaron 41 pacientes adictos con consumo activo de al menos 1 año de evolución (22 PBC y 19 cocaína) con al menos 6 años de educación formal (13). Se utilizó una batería neuropsicológica breve adecuada a las características de la población analizada, orientada a evaluar Memoria y Función Ejecutiva. Las pruebas más frecuentemente alteradas fueron el Trail Making A y B, dígito-símbolo, Stroop Test, flujo verbal y aprendizaje verbal y visual, en un porcentaje de 70 a 100% de los pacientes. En relación a las tasas de olvido, se vio un mayor compromiso de la memoria visual frente a la verbal. Ninguno de los pacientes estudiados presentaba una evaluación neurocognitiva normal. No se evidenciaron diferencias significativas entre los rendimientos de los consumidores de cocaína clorhidrato y PBC en los pacientes estudiados, aunque la muestras de individuos fueron relativamente limitadas. Con el uso de test con mayor validez “ecológica” podrían ponerse en evidencia diferencias en los rendimientos neuropsicológicos de ambas poblaciones. En resumen, las funciones cognitivas afectadas en consumidores activos de PBC y cocaína sugieren un compromiso predominante de los sistemas de integración fronto-subcorticales, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en la evaluación por imagen funcional.

## **IMAGEN FUNCIONAL CEREBRAL EN MODELOS DE ANIMALES DE ADICCIÓN**

Las técnicas de imagenología cerebral para pequeños animales constituyen una herramienta tecnológica novedosa que está tomando protagonismo en el estudio de la neurobiología de la adicción. Gracias a su carácter no invasivo permiten el estudio longitudinal utilizando números más reducidos de animales. Nuestro país cuenta desde hace algo más de un año con un equipo de microSPECT-PET-CT instalado en el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM) en Montevideo.

El abordaje a través de estas técnicas permite la articulación entre la investigación pre-clínica y la problemática que se presenta en la clínica relacionada con los efectos centrales del consumo de la PBC, a través de estudios pre-clínicos con un componente traslacional muy importante. De esta forma es



posible estudiar diversos aspectos de la adicción a drogas que presentan grandes obstáculos para su evaluación en humanos, en especial debido a las dificultades en el reclutamiento de pacientes que cumplan los criterios de inclusión, posibilitando el control de diversas variables que actúan como factores de confusión, como la comorbilidad psiquiátrica, el policonsumo de sustancias y las dosis y tiempos de consumo. Las alteraciones neurológicas producidas por el consumo crónico de una droga específica y su reversibilidad con la abstinencia son fenómenos que presentan este tipo de dificultades para un abordaje clínico y constituyen el principal objeto de estudio de nuestras investigaciones en pequeños animales que se encuentran en marcha. La caracterización previa realizada a diversas muestras de PBC incautadas en nuestro país es la base que permite una interpretación adecuada de este tipo de experimentos. La estrategia utilizada incluye la evaluación de los cambios del metabolismo y la actividad DAérgica a través de 18F-FDG y 11C-raclopride respectivamente) en respuesta a la administración aguda y crónica de PBC y cocaína en ratas por vía intraperitoneal y el estudio longitudinal de los animales para valorar posibles cambios durante la abstinencia de la droga (3,5). Se trabaja sobre la hipótesis de que la PBC sería capaz de producir un descenso en la actividad metabólica y la función DAérgica en los animales tratados en forma crónica con PBC, que podría ser mayor al observado en el tratamiento crónico con cocaína y persistir en mayor grado luego de la abstinencia. Utilizando la misma vía de administración en ambos grupos y dosis equivalentes en cocaína, se pretende investigar indirectamente el efecto de otros estimulantes presentes en las muestras de PBC, tales como cafeína y diversos metabolitos de la cocaína. De confirmarse este planteo, se pondría en evidencia una de las explicaciones posibles de las diferencias en el efecto de PBC y cocaína, resultado que no invalida la hipótesis de que la vía de administración posee un rol fundamental en este aspecto. Ambos factores (composición química y vía de administración) parecen ser claves en los efectos fisiológicos y farmacológicos de PBC.

Son varias las evidencias que sugieren que la vía de administración de la PBC puede ser el principal factor responsable de sus efectos característicos. Destacaremos las dos principales. En primer lugar, está ampliamente aceptado que la vía de administración en drogas de abuso influencia fuertemente sus efectos reforzadores y que cuanto más rápido la droga alcanza el cerebro, mayor potencial adictivo posee, aunque aún no se conocen bien las causas. Las cocaínas fumables tienen una velocidad de acción similar a las administradas por vía intravenosa y significativamente más rápida que la del cocaína esnifada. En segundo lugar, los individuos que consumen PBC presentan un perfil clínico-psiquiátrico diferente a los consumidores de cocaína y muy similar al descrito en los consumidores de crack, una cocaína fumable de elevada pureza, que no posee los contaminantes existentes en la PBC.

## EFFECTOS CARDIOVASCULARES DEL CONSUMO CRÓNICO DE PBC Y COCAÍNA

66

Las complicaciones cardiovasculares asociadas al uso de cocaína abarcan un amplio espectro incluyendo isquemia miocárdica, espasmo arterial coronario, aneurismas coronarios, infarto agudo de miocardio, arterioesclerosis, miocarditis, cardiomiopatía, arritmias, endocarditis y muerte súbita, además de vasculitis, disección y rotura de aorta. La repercusión cardiovascular del consumo, tanto agudo como crónico, implica la participación de diversos mecanismos según los diferentes autores, entre los que se cuentan: aumento en los tres determinantes más importantes de la demanda de O<sub>2</sub> cardíaco (frecuencia cardíaca, PA sistémica y contractilidad ventricular), vasoespasmo, activación plaquetaria, aceleración del proceso de arterioesclerosis relacionado con hiperplasia intimal y disfunción endotelial, toxicidad sobre la musculatura cardíaca y vascular por alteración en la disponibilidad del calcio a nivel celular, aumento en la fibrosis cardíaca perivascular y apoptosis miocárdica. Existe poca literatura sobre los efectos tóxicos cardiovasculares del consumo crónico de cocaína y menos aún sobre PBC. Un proyecto en curso realizado en colaboración con el Dpto. de Toxicología y el Centro Cardiovascular del Hospital de Clínicas, que comprende una Tesis de Maestría de PROINBIO (4), pretende evaluar la repercusión cardiovascular del consumo crónico de PBC en un grupo de pacientes adictos de 20 a 35 años de edad y compararla con la producida por cocaína. La metodología implica una evaluación toxicológica para categorización del consumo, evaluación cardiovascular clínica, SPECT de perfusión miocárdica (estrés-reposo), ecocardiografía y evaluación de la repercusión en la estructura y función del sistema arterial mediante la utilización de técnicas no-invasivas. Los resultados serán comparados entre ambos grupos y correlacionados con las características del consumo. Hasta el momento se han evaluado 8 pacientes y se han detectado alteraciones en los estudios mencionados en algunos casos.

### PERSPECTIVAS

La relativa ausencia de evidencia científica pre-clínica y clínica que aborde particularmente el estudio de los efectos centrales de PBC hace que sea inevitable la continuidad en el desarrollo de esta línea de investigación.

En cuanto a investigación traslacional con microPET se destaca la posibilidad de estudiar directamente la contribución de la vía de administración en los efectos de la PBC cuando el grupo del Instituto Clemente Estable incorpore la cámara para exponer a los animales a la droga por vía inhalatoria. A través de nuevos experimentos de exposición aguda será posible investigar el correlato neurobiológico del poder adictivo mayor que presenta la PBC con respecto a cocaína y mediante experimentos de exposición crónica será posible determinar los tiempos necesarios para que las alteraciones metabólicas y DAérgicas inducidas por el consumo reviertan con la abstinencia.

Un proyecto de investigación en el marco de una Tesis de Maestría (14) se está llevando a cabo aunque aún no existen resultados. Se pretende abordar un modelo preclínico el impacto de la exposición crónica a PBC y cocaína en etapas tempranas del neurodesarrollo. Se trata de un fenómeno creciente en nuestro país que no presenta antecedentes debido a que, hasta la introducción de la PBC, no existía una forma de cocaína al alcance de la población de corta edad y bajos recursos, con el agravante del potencial nocivo particular que esta droga posee. Las consecuencias del consumo en la preadolescencia aún no se conocen pero se intuyen de particular gravedad. Existe evidencia de que el consumo de drogas en la niñez y la adolescencia podría alterar el desarrollo de áreas cerebrales donde la droga ejerce su acción y de que los efectos del consumo serían más extensos y duraderos comparados con consumidores adultos. La exposición crónica a drogas en animales adultos resulta en una adaptación a los efectos por mecanismos compensatorios, mientras que en animales juveniles resulta en una incorporación de los efectos en forma de alteraciones permanentes del desarrollo, que pueden implicar una exacerbación de los síntomas en los años posteriores o el desarrollo de una nueva constelación de síntomas psiquiátricos. Este concepto se ha denominado impronta neuronal, según el cual los efectos de la droga se expresan tardíamente y sobreviven a la exposición a la droga. El proyecto propone estudiar mediante distintos modelos preclínicos las alteraciones conductuales y neuroquímicas en animales adultos inducidas por la administración repetida de alcaloides de acción dopaminérgica (PBC y cocaína) en etapas tempranas del desarrollo. Se evaluarán trastornos comportamentales (sensibilización comportamental, dependencia, agresividad), del metabolismo cerebral y la actividad DAérgica por PET y se investigará si los mismos son mayores con PBC que con CC.

En cuanto a investigación en humanos, se planea el inicio próximo de experimentos de imagen funcional en pacientes adictos utilizando trazadores DAérgicos para PET en colaboración con el CUDIM. En primera instancia, se presentará un proyecto destinado a evaluar la magnitud de la disminución de los receptores DAérgicos post sinápticos y de la liberación de DA en el estriado a través de PET con <sup>11</sup>C-raclopride y desafío con anfetamina. Bajo la hipótesis de que este descenso es más marcado y prolongado en consumidores de PBC se comparará este grupo de pacientes con un grupo de usuarios de cocaína, se buscarán correlaciones con variables clínicas toxicológicas y psiquiátricas y se intentará reestudiar a pacientes que logren abstinencia.

De fundamental importancia resulta definir los tiempos necesarios para que los trastornos funcionales descritos mediante SPECT y las alteraciones de la función DAérgica presenten reversibilidad, ya que este tipo de evidencia tiene importantes implicancias terapéuticas tanto para los programas de rehabilitación como para la evaluación de efectos de tratamientos medicamentosos actuales o en desarrollo. Dadas las dificultades para reclutar pacientes que logren abstinencia para estudios longitudinales serán de gran importancia nuestras vinculaciones con otros centros de imagen funcional de

Latinoamérica para desarrollar estudios multicéntricos que permitan obtener resultados en plazos menores.

Se planea iniciar un proyecto conjunto con un centro de imágenes de Valencia, Venezuela, para evaluar la repercusión cerebral del consumo de crack que permita una comparación con los efectos de PBC, con el objetivo de estudiar la relevancia de la vía de administración en los mismos, dado que en nuestro país prácticamente no existe el crack.

68

Estos últimos aspectos mencionados recalcan la importancia de establecer una red regional de investigación que permita no solamente acceder a resultados en tiempos más breves sino también el abordaje de interrogantes que no pueden ser resueltas en un solo país por distintos factores.

## **DIFICULTADES**

Como ya hemos mencionado, la primera dificultad que hemos afrontado se refiere al reclutamiento de pacientes. Las investigaciones preclínicas nos permiten generar evidencia de valor en tiempos más cortos con un control más adecuado de las condiciones experimentales. Sin embargo, se hace imprescindible avanzar a ritmo similar con los experimentos en humanos. Hemos intentado mitigar este problema clave a través de la colaboración estrecha con servicios de nuestro hospital universitario que tratan estos pacientes (Dpto. de Toxicología, Clínica Psiquiátrica) y centros de referencia nacional en el tratamiento de las adicciones (Portal Amarillo, Centro de Adicciones del Hospital Maciel) de forma de lograr una derivación más fluida de pacientes y, por otra parte, planteamos abordarlo en un futuro próximo a través de estudios multicéntricos.

La segunda dificultad más importante que afrontamos es la carencia de financiación suficiente y adecuada para llevar adelante los experimentos mencionados. En nuestro país son escasas las instituciones financiadoras y más aún los montos adjudicados a cada proyecto financiado. Los insumos necesarios para realizar estudios con las nuevas técnicas de imagen disponibles en el país son de costo elevado y necesitan ser financiados a través de la presentación de proyectos en programas que de todos modos no otorgan fondos suficientes. La remuneración que perciben los investigadores pertenecientes a instituciones públicas es también muy limitada, lo cual dificulta la dedicación a estas tareas. Frecuentemente los estudiantes e investigadores jóvenes, piezas fundamentales en cualquier equipo de investigación para poder cumplir con sus metas, carecen de financiación o se quedan sin ella en el transcurso de un proyecto. Algo similar sucede con el resto del personal técnico. Todo esto repercute directamente en los tiempos necesarios para acceder a los resultados y en su publicación en revistas de impacto.

## REFERENCIAS

1. Ferrando R. Evaluación de los trastornos de la función cerebral producidos por PBC y su relación con el comportamiento agresivo. Proyecto de investigación S/C/OP/76/65. Programa de Desarrollo Tecnológico, Ministerio de Educación y Cultura. Montevideo, Uruguay. 2008.
2. Scorza MC. Acción de PBC y otros alcaloides aislados sobre el SNC. Proyecto de investigación S/C/OP/76/26. Programa de Desarrollo Tecnológico, Ministerio de Educación y Cultura. Montevideo, Uruguay. 2008.
3. Scorza MC, Ferrando R. Estudio pre-clínico de los cambios anatómo-funcionales y conductuales inducidos por pasta base de cocaína. Farmacología y su proyección clínica. Proyecto de investigación Fondo Sectorial de Salud 2009\_1\_1613. Agencia Nacional de Investigación e Innovación.
4. Kapitán M. Caracterización de alteraciones cardiovasculares estructurales y funcionales asociadas al consumo crónico de pasta base y clorhidrato de cocaína en jóvenes uruguayos. Tesis de Maestría del Programa de Investigación Biomédica (PROINBIO). Facultad de Medicina. Universidad de la República. 2010. Directores académicos: Ferrando R, Bia D.
5. Depons V. Estudio de los cambios funcionales inducidos por la administración repetida de pasta base de cocaína y la abstinencia mediante imagenología molecular en pequeños animales. Proyecto de Tesis de Maestría del Programa de Investigación Biomédica (PROINBIO). Facultad de Medicina. Universidad de la República. 2012. Directores académicos: Ferrando R, Scorza MC. Co-Director Académico: Oliver.P.
6. Delgado H. Alteraciones del flujo sanguíneo cerebral en consumidores activos de pasta base y clorhidrato cocaína. Tesis de Grado. Licenciatura en Ciencias Biológicas, Opción Neurociencias. Facultad de Ciencias, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2012. Director académico: Ferrando R.
7. Ferrando R, Bocchino S, Ferro, José AL, Rodríguez M, Silveira A, Ventura R, Gioia A, López A, Langhain M, Cardoso A, Zurmendi P, Triaca J, Lago G. Alteraciones de la perfusión cerebral en consumidores activos de pasta base de cocaína. *Revista Psiquiatría del Uruguay* 2009;73(1):51-62.
8. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Hitzemann R, Gatley SJ, et al. Cocaine uptake is decreased in the brain of detoxified cocaine abusers. *Neuropsychopharmacology* 1996;14:159-68.
9. Ferrando R, Barrachina A, Silveira A, Langhain M, Damian A, Delgado H, Gioia A, Cardoso A, Ferro AL, Rodríguez JM, Triaca J, Bocchino S. Cambios del flujo sanguíneo cerebral en consumidores activos de pasta base y clorhidrato de cocaína. *Alasbimn Journal* 2011;14(25). 10. Delgado H, Ferrando R, et al. Functional brain imaging evidence of marked prefrontal-limbic dysfunction in cocaine basic paste dependent subjects. *Addiction Biology* 2012. Manuscrito en preparación.
11. Ferrando R, et al. Smoked cocaine basic paste induces more severe brain dysfunction than inhaled cocaine clorhidrate. *Biological Psychiatry* 2012. Manuscrito en preparación.

12. Ferrando R, Barrachina A, Ferro AL, Rodríguez JM, Delgado H, Langhain M, Silveira A, Gioia A, Cardoso A, Bocchino S. Brain dysfunction differs in addicts to inhaled and smoked cocaine. Implications for aggressive behavior. Society of Nuclear Medicine 2012 Annual Meeting. June 2012. Miami, USA. To be published in Journal of Nuclear Medicine, 2012
13. Silveira A, Ferrando R, Dansilio S. Evaluación cognitiva en adictos a pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína. Congreso Latinoamericano de Neuropsicología 2011. Publicado en el libro de resúmenes.
14. Delgado H. Evaluación pre-clínica de los efectos neurobiológicos a largo plazo de la exposición repetida a PBC y cocaína en etapas tempranas del desarrollo. Proyecto de Tesis de Maestría del Programa para el Desarrollo de las Ciencias Básicas (PEDECIBA), Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Directora Académica: Ferreira A, Co-directora: Scorza MC.

### 3.5-Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones

Mario Moraes <sup>1</sup>, Cecilia Scorza <sup>2</sup>, Juan Andrés Abin-Carriquiry <sup>3</sup>, Antonio Pascale <sup>4</sup>, Gabriel González <sup>5</sup>, Eleuterio Umpiérrez <sup>6</sup>

#### ¿Qué es la pasta base de cocaína?

71

El alcaloide “cocaína” (benzoilmetilecgonina) proviene de las hojas de un arbusto de la familia Erythroxylaceae. A partir de éstas surgen los distintos derivados: pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína, crack y free base.

La pasta base de cocaína (PBC) es un producto intermediario en la elaboración del clorhidrato de cocaína. Se trata de un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante, que contiene un porcentaje variable de cocaína: si bien los reportes internacionales refieren un 40 a 85% del alcaloide, en nuestro país un estudio reveló la presencia de hasta 70 % de cocaína. Su punto de volatilización bajo le confiere la posibilidad de ser fumada.

La pasta base suele estar, en mayor o menor grado, adulterada en su composición.

Existen dos tipos de “cortes” o adulterantes para las distintas formas de cocaína:

Los cortes inactivos sirven para aumentar el volumen: lactosa, talco, manitol, polvo de ladrillo. Para compensar la potencia perdida en las adulteraciones, se le añade cortes activos, que pueden ser estimulantes (anfetaminas, cafeína u otros agentes simpaticomiméticos), y congelantes (lidocaína, procaína y benzocaína), con el fin de imitar el efecto anestésico local de la cocaína.

La toxicidad de la pasta base es debida al alcaloide cocaína, a la presencia de otros alcaloides, contaminantes, adulterantes, así como a la injuria térmica y a los productos de la combustión, dado que se trata de una cocaína fumable.

- 
- Prof. Adj. de Neonatología, Facultad de Medicina, UDELAR.
  - PhD, Laboratorio de Biología Celular del Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE).
  - QF Departamento de Neuroquímica, IIBCE.
  - Médico toxicólogo. Centro de Información y Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”. Ex Asistente del Departamento de Toxicología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Udelar.
  - Prof. Agregado de Neuropediatría, Facultad de Medicina, UDELAR.
  - Asistente Definitivo de Química Orgánica, Polo Tecnológico de Pando, Facultad de Química. UDELAR.

La PBC se fuma en diversos dispositivos, como pipas plásticas o metálicas, inhaladores con tapita de re-fresco, antenas de autos, lamparillas, entre otros; en ocasiones se fuma mezclada con marihuana (“basoco”) o con tabaco (“tabasoco”) en cigarrillo.

72

La dosis, denominada “chasqui”, “lágrima” o “medio”, oscila entre 0,1 a 0,5 g. La cocaína base fumada, al ser inhalada pasa inmediatamente a la sangre a través de los pulmones, atraviesa la barrera hematoencefálica alcanzando su sitio de acción a nivel del SNC, y así tarda pocos segundos en producir el efecto euforizante.

La duración del mismo es muy corta: luego de un flash intenso y fugaz, el efecto desaparece rápidamente, ocasionando una profunda angustia en el consumidor (“bajón”). Esto explica el deseo compulsivo por seguir consumiendo y el gran poder adictivo de las cocaínas fumables.

### **¿Cuál es la composición química de la PBC en Uruguay?**

La PBC posee además de cocaína otros componentes que podrían colaborar con su efecto estimulante y su alto potencial adictivo. En este sentido, aunque son escasas las evidencias que aportan información sobre la composición química de la PBC en Uruguay, existe un primer reporte del contenido cualitativo de las muestras incautadas en nuestro país demostrando la presencia de las siguientes sustancias: cocaína, benzoato de metilo, benzoilecgonina, ecgonina, norcocaína, cis-cinnamoyl-cocaína, trans-cinnamoylcocaína, truxillinas, tropaco-caína y otras sustancias que no han podido ser identificadas hasta el momento

Estudios neurobiológicos preclínicos sobre PBC realizados en el Instituto Clemente Estable llevaron a la necesidad de contar con un análisis químico cuali-cuantitativo de varias muestras de PBC.



Tabla 1. Composición química de muestras de PBC del Uruguay

Muestras	Cocaína base (%)	Ecgonina	Trans-cinamoil ecgonina (%)	Cis-cinamoil ecgonina (%)	Sustancias adulterantes (%)	
					Cafeína	Lidocaína/ Anfetamina
Muestra PBC 1	68,9 ± 3,0	+	1,8 ± 0,2	0,6 ± 0,2	15,0 ± 0,3	-
Muestra PBC 2	67,4 ± 1,2	+	4,2 ± 0,2	1,9 ± 0,2	14,0 ± 0,2	-
Muestra PBC 3	59,3 ± 0,6	+	0,9 ± 0,2	0,4 ± 0,2	14,0 ± 0,1	-
Muestra PBC 4	59,9 ± 4,5	+	1,0 ± 0,2	1,4 ± 0,2	13,0 ± 0,5	-
Muestra PBC 5	50,2 ± 1,0	N.d.	N.d.	N.d.	1,0 ± 0,5	-
Muestra PBC 6	68,2 ± 2,0	N.d.	N.d.	N.d.	1,0 ± 0,1	-
Muestra PBC 7	20,7 ± 1,0	N.d.	N.d.	N.d.	10,3 ± 0,2	-
Muestra de clorhidrato de cocaína	89,6 ± 0,0	-	-	-	-	-

Los datos fueron obtenidos a partir del análisis químico realizado por F. Umpiérrez en el Laboratorio de Análisis Orgánico, Facultad de Química, Polo Tecnológico-UdelaR y por JA. Abín-Carriquiry del Departamento de Neuroquímica, IIBCE.

+: contiene; -: no contiene; N.d.: no determinado

Las mismas provinieron de incautaciones realizadas por la policía luego de procedimientos de allanamientos y posteriormente proporcionadas por el Instituto Técnico Forense (ITF) con la autorización de la Junta Nacional de Drogas (JND) y de los Juzgados penales correspondientes al lugar de la incautación de la droga.

El resultado del análisis químico de las muestras de PBC estudiadas demostró la presencia de cocaína y otros compuestos relacionados tales como ecgonina, trans-cinamoil ecgonina y cis-cinamoil ecgonina. Por otra parte se destaca la detección de la presencia de cafeína como sustancia adulterante, no así de lidocaína, ni anfetamina (tabla 1).

De manera comparativa y hasta nuestro conocimiento, existe un único trabajo científico publicado reportando el contenido químico de muestras de PBC provenientes de otros países de Latinoamérica (por ejemplo: Colombia y Perú). En dicho estudio se identificaron sustancias tales como cocaína, como principal alcaloide, ecgonina metil ester, tropacocaine, cis-cinamoilcocaína, trans-cinamoil cocaína, etc, y

residuos de manganeso y plomo. Además se identificaron compuestos tales como etilbenceno y xileno.

Este trabajo fue considerado una referencia para el estudio de la composición química de la PBC del Uruguay dado que en su análisis químico aparecieron sustancias similares a las encontradas y descritas en este trabajo (por ejemplo: ecgonina, trans-cinamoil ecgonina y cis-cinamoil ecgonina).

### **¿Cuál es la importancia de la vía de administración en el efecto adictivo de PBC?**

Se sabe que cuanto más rápido una droga de abuso alcanza el cerebro mayor potencial adictivo posee. El hecho que la PBC sea fumable hace que la vía de acceso al sistema nervioso sea muy rápida. En este sentido, la velocidad de llegada así como la disponibilidad de la droga en el cerebro son factores fundamentales, aunque no los únicos a considerar en el poder reforzador y adictivo de la PBC en comparación con el inducido por CC.

El crack es otro ejemplo de cocaína fumable, con un gran potencial adictivo. De manera interesante, los consumidores de crack poseen un perfil clínico similar a los de PBC y diferente a los de CC.

En la actualidad no existe evidencia suficiente para comprender el peso de la vía de administración o de sus componentes, distintos de cocaína, en la propiedad adictiva de PBC y en los efectos deletéreos que produce en sus consumido-res. Hace falta continuar con la realización de estudios pre-clínicos que nos permitan esclarecer esta disyuntiva.

### **¿Cómo puede detectarse si una paciente consumió PBC?**

Las técnicas de inmunoensayo utilizadas para la detección de drogas en orina, detectan benzoilecgonina, siendo de elevada sensibilidad para clorhidrato de cocaína. Este metabolito puede detectarse entre 48 y 72 horas luego del último consumo. Si bien en la práctica clínica se utilizan para PBC, existen algunas consideraciones a tener en cuenta:

La biodisponibilidad de la cocaína fumada es menor a la del clorhidrato de cocaína (que se consume por vía inhalatoria o intravenosa), siendo de 10 a 20%, con una gran variabilidad. Nos referimos a la concentración plasmática de cocaína que luego dará lugar a los metabolitos inactivos que se excretan por la orina.

Si bien el pico plasmático se alcanza en forma más rápida, los niveles de benzoilecgonina en sangre son menores para el caso de PBC y crack, por lo tanto su excreción urinaria es menor.

Durante el embarazo existe una reducción de la actividad de la colinesterasa plasmática, responsable de la detoxificación hepática de la cocaína en benzoilecgonina y otros metabolitos inactivos.

Por lo anteriormente mencionado las técnicas de inmunoensayo en consumidores de PBC tienen una sensibilidad menor (y en teoría inferior aún en el embarazo), hecho que debe tenerse en cuenta cuando se solicita este estudio analítico con un fin diagnóstico en la urgencia o como monitoreo de un tratamiento de deshabituación. Por otra parte, en la orina de los consumidores de cocaína fumable puede detectarse un producto resultante de la pirrólisis de la droga expuesta a altas temperaturas: anhidroecgonina-metil-éster. Este producto de la combustión no se halla presente en orina de consumidores de clorhidrato de cocaína inhalada o inyectada.

### **¿Cuál es la incidencia de consumo de PBC en el embarazo?**

En el CHPR en el año 2007 se realizó un estudio de identificación de sustancias de consumo recreativo y psicofármacos. Se utilizó como muestra biológica el meconio que tiene la ventaja de identificar el consumo materno de sustancias en la segunda mitad del embarazo. La sustancia que se consume con mayor frecuencia es el alcohol con un 39,9%, seguida del tabaco en proporciones similares. Los psicofármacos, y dentro de estos más frecuentemente diazepam, le siguen en frecuencia. Los metabolitos de cocaína que identifican a cocaína y PBC se detectaron en 2,5%. El reporte materno de consumo de tabaco y alcohol es fiable en su frecuencia pero no en la cantidad reportada. En el caso de cocaína solo la sexta parte (0,4%) de las embarazadas que la consumieron lo declaran. Estos valores son muy similares a los publicados a nivel internacional tanto para el consumo como para su negación. En el hospital Pasteur en adultos la concordancia de detección en orina y autodeclaración fue del 94,7%. Esta diferencia puede deberse a la sensación materna de un trato diferencial por el equipo de salud y a las

consecuencias que implica con respecto a la separación de su hijo y la posibilidad de amamantar. El consumo de sustancia psi-coactivas en Uruguay no es un delito. La detección en orina por métodos inmunoenzimáticos tiene falsos negativos (véase más adelante) y falso positivos cercanos al 20% cuando se compara con meconio por lo cual en algunos países con fines legales en una corte solo se acepta la identificación por espectroscopia de masas.

76

Por último es probable que la incidencia de consumo de PBC en el embarazo se haya incrementado en los últimos años.

### **¿Cuáles son los efectos del consumo de PBC en el embarazo y en el período neonatal inmediato?**

El consumo de cocaína en el embarazo se asocia a mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas, infecciones de transmisión sexual entre ellas sífilis, HIV y hepatitis B y C. Producen parto prematuro, desprendimiento de placenta normoinsera, abortos y óbito. En la década de 1980 se acuñó el término “crack baby” debido a estudios descriptivos pequeños y de reportes de casos con el cual se asociaba la presencia de múltiples malformaciones congénitas en los hijos de madres que consumieron cocaína en el embarazo. Nuevos estudios bien diseñados, con grupos control y seguimiento pro-longado afirman que la cocaína no es un teratógeno. En el período neonatal inmediato se describen más incidencia en este grupo que en los controles de trastornos vasomotores, dificultad en la alimentación, hipersucción y convulsiones. El síndrome de abstinencia es frecuente pero generalmente leve y la mayoría de los casos no requiere tratamiento farmacológico.

Es importante destacar que los estudios internacionales se refieren a cocaína y no a PBC sobre la cual aún existe poca bibliografía pudiendo haber efectos diferentes por los contaminantes presentes que actualmente son investigados como hipótesis de trabajo.

## ¿La PBC pasa a la leche materna?

La cocaína y sus metabolitos se excretan por la leche materna.

Reportes de casos clínicos y estudios de screening en usuarias de cocaína previo al parto evidencian la detección de cocaína, benzoilecgonina y otros metabolitos en leche materna en las primeras 48 a 72 horas luego del último consumo materno.

Existen algunos reportes de complicaciones neonatales secundarias a la exposición a cocaína a través de la leche materna, coincidiendo con dicho período de excreción desde el último consumo. Más allá de las 72 horas no se ha demostrado excreción de cocaína a través de la leche materna, hecho favorable para poder promover la lactancia en aquellas madres que logran la abstinencia.

## ¿Los hijos de madres que consumieron pasta base de cocaína son un grupo de riesgo de presentar alteraciones del desarrollo neuropsicológico en su vida postnatal?

Podemos afirmar que sí, que presentan mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo frente a los no expuestos. Lo que no podemos es atribuir éstos riesgos al efecto exclusivo de la exposición prenatal a la cocaína, debido a que los factores ambientales asociados, policonsumo, especialmente alcohol y comorbilidad biopsicosocial materna son más perjudiciales que la cocaína en sí misma.

La cocaína atraviesa rápidamente la barrera placentaria y hematoencefálica provocando efectos directos sobre el desarrollo del cerebro fetal debido a alteraciones del sistema central de monoaminas y efectos indirectos a través de trastornos vasculares maternos. Los grupos celulares de monoaminas aparecen tempranamente en el desarrollo fetal y juegan un papel importante en la proliferación celular, la migración, crecimiento y maduración neural y en la sinaptogénesis. La acción in-directa por vasoconstricción produce un descenso del flujo sanguíneo utero-placentario con la consiguiente insuficiencia placentaria, hipertensión materna y vaso-constricción fetal. Esto conduce a un estado relativo de hipoxia fetal que es causa de abortos, partos prematuros, desprendimientos placentarios y retrasos de crecimiento con afectación específica del perímetro craneal. Estos efectos más graves dependen de la dosis, etapa embriofetal y drogas asociadas (alcohol), pudiendo ser reversibles o no en función de éstos factores mencionados.

## ¿Cuáles son los efectos neuropsicológicos futuros en estos niños?

Los estudios realizados sobre el tema presentan importantes limitaciones metodológicas en función de factores de confusión, como ser otras variables asociadas en éstas madres que repercuten directamente en el desarrollo cognitivo de éstos niños (polidrogadicción, comorbilidad bio-psico-social materna), dificultad en establecer dosis y períodos de consumo, lo que determina resultados contradictorios.

78

En el recién nacido puede aparecer síndrome de abstinencia neonatal, apareciendo los síntomas de abstinencia a los 2-3 días después del parto, desapareciendo en los primeros meses de vida. El 30% de los recién nacidos expuestos a la cocaína en su vida intrauterina presentan síndrome de abstinencia, siendo las manifestaciones más frecuentes, alteraciones del reflejo de succión, problemas de alimentación, irritabilidad e hipertonía.

De la grave repercusión referida en los primeros estudios, actualmente se afirma, que si corregimos los factores confusionales mencionados, y excluimos la extrema prematuridad y patología perinatal asociada, no existiría repercusión intelectual, pero sí repercusión en el comportamiento, a nivel conductual, afectando las funciones ejecutivas (trastorno de atención, hiperactividad, control de impulsos), alteraciones de habituación y condiciones estresantes. Lo que provocaría alteraciones de aprendizaje y repercusiones en las relaciones sociales e interpersonales. Estas alteraciones persisten durante la infancia y adolescencia y como en todas las drogadicciones es difícil asegurar si se deben al efecto de la exposición aisladamente o a las influencias del entorno en el que crecen, ya que si estos efectos ambientales son mitigados las alteraciones son menores y reversibles. Las graves repercusiones en el desarrollo se vincularían a polidrogadicción, excesivo y precoz consumo en etapa embrionaria y factores de comorbilidad biopsicosocial materna. Estos factores mayores de riesgo, se ven más comúnmente asociados a los derivados de menor costo de la cocaína, como la pasta base de cocaína, que a los preparados más purificados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Australia. NSW Department of Health. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn [en línea]. Sidney: NSW, 2006. Obtenido de: [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au) [consulta: 22 jun. 2010].
2. Bauer CH, Langer JC, Shankaran S, Bada E, Lester B, Wright Lt, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(9): 824-34.
3. Burgos A, Burke B. Neonatal abstinence syndrome [en línea]. *NeoReviews* 2009; 10 (5):e222-9. Obtenido de: <http://neoreviews.aapublications.org> [consulta: 12 jun 2010].
4. Castaño G. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones* 2000; 12(4):541-50.
5. Chasnoff IJ, Lewis DE, Squires L. Cocaine intoxication in a breast-fed infant. *Pediatrics* 1987; 80(6): 836-8.
6. Cocaine. In: Briggs G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk.* 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 404-7.
7. ElSohly MA, Brenneisen R, Jones AB. Coca Paste: Chemical Analysis and Smoking Experiments. *J Forensic Sci* 1991; 36(1): 93-103.
8. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA* 1996; 276: 1580.
6. Hoffman R. Cocaine. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies.* New York: McGraw Hill, 2006: 1133-47.
7. Información Cualitativa. En: *Pasta Base de Cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos* [en línea]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2006: 38-83. Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy> [consulta: 22 jun.2010].
8. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones* 2002; 14 (1): 57-4.
9. Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatr Urug* 2007; 78(2): 122-32.
10. Meikle M, Urbanavicius J, Prunell G, Umpiérrez E, Abín-Carriquiry A, Scorza M. Primer estudio preclínico de la acción de pasta base de cocaína en el sistema nervioso central. *Rev Psiquiatr Urug* 2009; 73(1): 25-36
14. National Library of Medicine. Cocaine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)* [base de datos en línea]. Bethesda: NLM, 2009. Obtenido de: <http://toxnet.nlm.nih.gov> [consulta: 20 jun 2010].
15. Negrin A, Pascale A, Laborde A. Adicciones. En: Bello O, Sehabiague G, Prego J, de Leonardis D. *Pediatría: urgencias y emergencias.* Montevideo: Bibliomédica, 2009: 1273-88.
16. Pascale A. Pasta base de cocaína: Aspectos médico-toxicológicos. *Rev Urug Ginecol Infancia Adolesc* 2005; 5 (1): 21-8.

17. Samaha AN, Robinson TE. Why does the rapid delivery of drugs to the brain promote addiction? Trends Pharmacol Sci 2005; 26(2): 82-7.

18. Uruguay. Facultad de Química. Depto. de Química Orgánica. Lab.de Análisis Orgánico. Componentes básicos presentes en la Pasta Base de Cocaína que se incaute en Uruguay. En: Pasta Base de Cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos [en línea]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2006: 5-6. Disponible en: <http://www.infodro-gas.gub.uy> [consulta: 22 jun.2010].



### 3.6 - Efectos del consumo de Pasta Base de Cocaína sobre el Nivel Intelectual.

#### Effects of consumption of Cocaine Pasta Base on the Intellectual Level.

Dra. Gabriela López-Rega<sup>1</sup>, Dra. Verónica Santos<sup>2</sup>, Dra. Ma. Soledad Brescia<sup>1</sup>, Lic. Alejandra Ferrari<sup>3</sup>, Dr. Pablo Fielitz<sup>4</sup>, Dr. Santiago López-Rega<sup>4</sup>, Doc. Marcelo Mateosa.

81

<sup>1</sup>Médico Psiquiatra. Asistente de la Clínica Psiquiátrica- Universidad de la República.

<sup>2</sup> Médico Psiquiatra. Ministerio de Salud Pública.

<sup>3</sup>Licenciada en Psicología.

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra, Profesor Adjunto de la Clínica Psiquiátrica- Universidad de la República.

<sup>4</sup>Médico General.

<sup>a</sup> Profesor de Enseñanza Secundaria.

Correspondencia: Dra. Gabriela López-Rega. J.D. Jackson 881/301. Montevideo.

CP 11200. Uruguay. Tel: 0598- 99113821. e-mail: gvlopezr@gmail.com.

**Proyecto ganador de beca para investigación por: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), National Institute on Drug Abuse (NIDA), Organización de los Estados Americanos (OEA).**

**Centro de Información y Referencia de la Red Drogas (Portal Amarillo). Montevideo, Uruguay.**

Recuento de palabras: 2197.

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-longitudinal de 101 pacientes dependientes a la Pasta Base de Cocaína que iniciaban su tratamiento en un centro de rehabilitación.

Se aplicaron tres entrevistas (inicial, de seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses), y test de nivel de Wechsler para adultos (WAIS) al inicio del tratamiento y a los 6 meses.

Se halló que el rendimiento de los pacientes consumidores de PBC se encuentra descendido en 59% de los pacientes testeados en primera instancia, descenso vinculado fundamentalmente a la dosis diaria utilizada y al tiempo de consumo. Se necesitan más estudios para evidenciar su reversibilidad.

## Summary

A longitudinal descriptive study of 101 patients addicted to pasta base of cocaine (PBC) who were beginning treatment in a rehabilitation center, was carried out.

Three interviews (baseline, follow-up at 3 months and 6 months), and a intelligence quotient test, Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) at baseline and at 6 months were applied.

We found that the performance of PBC consumers was declined in 59% of the patients tested in the first instance, presumably linked to the daily dose consumed and the time of consumption. More studies are needed to demonstrate the reversibility of these findings.

## INTRODUCCIÓN

La pasta base de cocaína (PBC) es una sustancia de abuso que ha ingresado en el Uruguay desde el año 2002 aproximadamente. Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2008 realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la prevalencia anual de consumo de PBC fue de 0,36% en Uruguay.<sup>1</sup> Esta prevalencia aumenta al 8% en áreas periféricas y de alta vulnerabilidad social.<sup>2</sup>

El presente estudio pretende evaluar la hipótesis de que el consumo de PBC con patrón de dependencia generaría toxicidad a nivel encefálico, siendo una de sus manifestaciones, el descenso del nivel intelectual que se evidencia en la clínica y que éste se podría corroborar y cuantificar a través de un test de nivel Wechsler Adult Intelligence Scale (W.A.I.S).<sup>3</sup>

## OBJETIVOS

- Evidenciar si el consumo de PBC con patrón de dependencia conlleva una disminución del nivel intelectual.
- Cuantificar la disminución del nivel intelectual de estar presente.

## METODOLOGÍA

El estudio se realizó manteniendo el anonimato del paciente al cual se le solicitó el consentimiento informado y se le informó acerca de los resultados obtenidos.

La fase de recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

Día cero - inicio del tratamiento:

- Consentimiento informado y firmado por el paciente o por los tutores legales en caso de ser menor de 18 años.
- 1º entrevista evaluatoria: se aplicó entrevista de la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD).
- Test de nivel W.A.I.S.

Día 90: 2º entrevista evaluatoria.

Día 180:

- 3º entrevista.
- 2º test de nivel W.A.I.S.

83

## Material y método

Instrumento:

- entrevista clínica estructurada de la CICAD utilizando las variables necesarias para cumplir con los objetivos expuestos.
- Test de W.A.I.S.

Método de recolección:

- Por personal especializado: 3 Médicos psiquiatras, 1 Médico posgrado en psiquiatría, 1 Licenciada en Psicología.

Procesamiento de datos:

Se procesaron los datos con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 16.0.1.

Lugar de recolección:

- Centro de Información y Referencia de la Red Drogas (Portal Amarillo), centro de referencia a nivel del nacional, Montevideo, Uruguay. Se entrevistaron pacientes de los siguientes sectores de dicho centro: internación, policlínica, centro diurno y grupos T (grupos de inicio de todos los pacientes).

## Universo

La población estudiada estuvo comprendida por pacientes entre 15 y 37 años que comenzaban el tratamiento para abandono del consumo de PBC asociado o no al consumo de otra sustancia.

Tamaño de la muestra: 101 pacientes.

## RESULTADOS

84

### Características de la población testeada

#### Datos socio-demográficos

- La distribución por sexo fue: 86% hombres y 14% mujeres.
- Las edades tuvieron un rango de entre 15 y 37 años, con una media de  $23,70 \pm 5,1$  años.
- En cuanto a la procedencia, 88% procedían de Montevideo, 12% del resto de país.
- La convivencia los 30 días previos al test fue la siguiente: 57% con los padres, 26% "otros", 6% pareja e hijos, 4% únicamente con pareja, 4% solo/a, 3% únicamente con hijos
- El 84% era soltero/a, 7% se encontraba en concubinato, 4% divorciados, 3% casados y 2% separados.
- Acudieron al establecimiento: voluntariamente 60,4% de los encuestados, presionados por la familia 27,9%, por orden judicial 3,9%, y por indicación médica 2,6%.
- En cuanto a la situación laboral 68% estaba desocupado, 16% realizaba trabajo informal, 10% tenía trabajo estable, 3% estudiantes, 2% en seguro de desempleo y 1% "otros".
- El nivel de instrucción que presentaban fue: 46% secundaria incompleta, 27% primaria completa, 25% otros.

#### **Patrón de consumo**

- En referencia al patrón de consumo, todos presentaban un patrón de dependencia a la PBC y todos eran pacientes con policonsumo (consumo de más de tres sustancias).
- Las sustancias más frecuentemente consumidas en los últimos 12 meses fueron PBC 99,3%, basoco 86,4% (mezcla de PBC y Marihuana), marihuana 83,7% y alcohol 90,8%.
- La edad de inicio del consumo regular de PBC presentó una media de  $19,9 \pm 5,0$  años.
- El tiempo de consumo de PBC fue de  $4,14 \pm 2,3$  años.
- De los pacientes testeados el 85% consumía diariamente PBC.

- El consumo diario de PBC (cantidad máxima) tuvo una media de  $50 \pm 36$  “medios”. Cada “medio” corresponde a medio gramo de PBC.
- Habían recibido tratamiento psiquiátrico previamente el 18% y no lo habían recibido el 77%. Sin datos el 5%.
- Presentaron internaciones psiquiátricas previas el 16% de la población testeada y el 84% no las tuvo.

### Primer Test de Wechsler

El coeficiente intelectual en escala completa (CIEC) tuvo un mínimo de 53 y un máximo de 100. La media fue 72,76.

La distribución por rangos fue la siguiente:

- CIEC 50-69 Extremo bajo : 44%
- CIEC 70-79 Fronterizo : 35%
- CIEC 80-89 Promedio Bajo: 11%
- CIEC 90-109 Promedio (Normal):10%

Sólo el 10% de los pacientes testeados presentó un coeficiente intelectual dentro de los parámetros normales, es decir entre 90 a 109.

El coeficiente intelectual escala verbal (CIEV) tuvo un mínimo de 58 y un máximo de 105. La media fue 75,19.

El coeficiente intelectual escala ejecutiva (CIEE) tuvo un mínimo de 56 y un máximo de 106. La media fue 74,42.

Se calcularon dos índices que evidenciaron una disminución del rendimiento del paciente de acuerdo a su performance en el W.A.I.S: el índice de deterioro y el factor G. Este último compara el rendimiento actual del paciente con su potencial capacidad intelectual.

El índice de deterioro que presentaron los pacientes testeados fue:

- Negativo para deterioro cognitivo, 44%
- Sospechoso de deterioro cognitivo, 23%
- Significativo para deterioro cognitivo, 13%
- Patológico, 20%

En cuanto al factor G en los pacientes testeados:

- 41% se encontraban rindiendo en su potencial
- 59% se encontraban rindiendo por debajo de su potencial

86 Se estudió la distribución del factor G según la cantidad máxima de PBC consumida diariamente medida en “medios”. Para ello se agruparon a los pacientes en dos categorías: los que consumían PBC diariamente con un máximo de 49 “medios” y los que consumían 50 “medios” o más. Los pacientes de la primera categoría: 50% se encontraban rindiendo en su potencial y 50% estaba por debajo de su potencial. En el grupo que consumía más de 50 “medios” por día, el 63% se encontraba rindiendo por debajo de su potencial y 37% dentro de su potencial (Ver tabla 1).

La diferencia en cuanto al rendimiento entre el grupo que consume menos de 50 “medios” por día y los que consumen más de esa cantidad es estadísticamente significativa (Prueba T para medias.  $p < 0,05$ ).

La distribución del Factor G según el tiempo de consumo fue la siguiente: de los pacientes que presentaron hasta 3 años de consumo, 51% se encontraban rindiendo dentro de su potencial y 49% rindieron por debajo de su potencial. De los pacientes que tenían más de 3 años de consumo, el 66% rindieron por debajo de su potencial y el 34% en su potencial (Ver tabla 2).

En el grupo de pacientes que tenía más de 3 años de consumo, la diferencia hallada entre los pacientes que rindieron por debajo de su potencial y los que se encontraban dentro de su potencial es estadísticamente significativa (Prueba T para medias.  $p < 0,05$ ).

Si analizamos el Factor G según la edad de inicio del consumo regular encontramos la siguiente distribución: en el grupo de entre 12 a y 17 años, 37,8% se encontraba dentro de su potencial y 62,2% por debajo de su potencial. En el grupo de pacientes mayores a 18 años, 43,4% se encontraba en su potencial y 56,6% por debajo de su potencial.

No se halló una diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos ( $p=0.3$ ).

### **Segundo Test de Wechsler**

Se testearon 14 pacientes.

El coeficiente intelectual escala completa (CIEC) tuvo un mínimo de 59 y un máximo de 100. La media fue 73,93.

En el coeficiente intelectual escala verbal (CIEV), el mínimo fue de 59 y un máximo de 106. La media fue 76.

El coeficiente intelectual escala ejecutiva (CIEE) tuvo un mínimo de 60 y un máximo de 106. La media fue 76,64.

El índice de deterioro encontrado fue:

- Negativo de deterioro 57,1 %
- Sospechoso de deterioro 14,3%
- Significativo de deterioro 14,3%
- Patológico de deterioro 14,3%

En cuanto al factor G en los pacientes testeados:

- 28,6% se encontraban en su potencial (4 pacientes)
- 71,4% se encontraban debajo de su potencial (10 pacientes)

Fueron solamente 2 los pacientes que mantuvieron la abstinencia entre ambos test. En estos dos casos se evidenciaron los siguientes cambios:

- CIEC: ambos subieron (un caso 7 y el otro 11 puntos)
- CIEE: ambos subieron (un caso 12 y el otro 8 puntos)
- El factor G en ambos casos se mantuvo por debajo de su potencial.

## DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados del test de nivel se destaca que la mayoría de los pacientes presentan un CIEC por debajo de lo normal.

El índice de deterioro y el factor G que calculamos con la intención de evidenciar un deterioro a nivel cognitivo, tuvo un resultado patológico en la mayoría de los pacientes. A pesar de que el Factor G está muy impregnado del nivel académico y cultural alcanzado por el paciente (que como vimos, en esta población, es deficitario), el descenso del rendimiento en la población estudiada es, de todas formas, significativo estadísticamente.

El rendimiento por debajo de su potencial (que puede considerarse como orientador de deterioro cognitivo) fue más acentuado en aquellos pacientes que consumían más de 50 “medios” por día y tenían un consumo de más de 3 años. La asociación de alteraciones neuropsicológicas en relación con el mayor consumo por día en cocainómanos también fue evidenciada por Bolla en 1999 et al, en 2002 Di Sclafani planteó la asociación entre daño cerebral y la cantidad de consumo diario. 4,5

88

Si bien desde un punto de vista estadístico, la hipótesis de que el inicio del consumo regular antes de los 18 años también provocaría daño neurológico evidenciado por el rendimiento por debajo de su potencial en este estudio fue rechazada, no es despreciable que el 62,2% de los pacientes que iniciaron su consumo entre los 12 y 18 años estén rindiendo por debajo de su potencial. Estos hallazgos orientan a la existencia de una vulnerabilidad neurológica relacionada con el momento en que se inicia el consumo de PBC. Estudios acerca del consumo de larga data de cocaína y derivados muestran la existencia de efectos a nivel neuropsicológicos permanentes (Strickland, 1993) (Cunha PJ, 2004); también se han hallado alteraciones neuropsicológicas con deterioro estadísticamente significativo en el coeficiente verbal y en los subtest de información, vocabulario, comprensión, completado de la figura y pruebas B (Easton C, 1996) del test de W.A.I.S. Se ha planteado que es el deterioro en la memoria más que en la inteligencia global el afectado en los consumidores de larga data de cocaína (Mittenberg, W. 1993). 6,7,8,9

En los 12 pacientes que fueron testeados en segunda instancia y que no mantuvieron la abstinencia, no se halló ningún patrón en los cambios en el testeo. Los dos pacientes que sí mantuvieron la abstinencia aumentaron el CIEC y el CIEE, manteniendo su rendimiento por debajo de su potencial. Si bien estadísticamente no es posible sacar conclusiones, estos resultados presentan una tendencia similar a la encontrada en los estudios de seguimiento.10

## CONCLUSIONES

En cuanto a las características socio-demográficas de los pacientes que participaron en este estudio, encontramos que la mayoría procedían de Montevideo, eran de sexo masculino, de entre 15 y 35 años, solteros, con un nivel de instrucción igual o menor a secundaria incompleta, casi el 70% desocupados, acudiendo voluntariamente al Centro más de la mitad. La media del tiempo de consumo fue de  $4,14 \pm 2,3$  años, con el consiguiente deterioro que ello conlleva en los pacientes.

El 84.8% presentó un consumo diario de PBC lo que evidencia su alto poder adictivo.

La edad en que se probó por primera vez la PBC presentó un rango amplio, entre los 10 y 37 años de edad.



El 100% de participantes presentó policonsumo de sustancias.

Las sustancias más frecuentemente consumidas en los últimos 12 meses fueron PBC (99,3%), basoco (86,4%), marihuana (83,7%) y alcohol (90,8%).

En los últimos 12 meses, 54% de los pacientes no habían recibido tratamiento para abandonar el consumo y 46 % sí lo habían recibido.

En lo que respecta al tratamiento actual, el 69.3% se encontraba recibiendo tratamiento ambulatorio y 30,7% en régimen de internación al momento de la primera entrevista.

Se encontraron elementos de deterioro cognitivo en el primer test de Wechsler, evidenciados por un rendimiento por debajo de su potencial en el 66% de los pacientes que tenían más de 3 años de consumo de PBC y en el 63% de los que consumían 50 “medios” por día o más.

El 62,2% de los pacientes que iniciaron el consumo regular de PBC entre los 12 y 18 años presentaron un rendimiento por debajo de su potencial (Factor G); esto podría dar cuenta de elementos de deterioro cognitivo relacionados con el inicio de consumo a edades tempranas.

La presencia de daño a nivel neurológico estaría relacionada entonces con la duración del consumo, la dosis diaria consumida y probablemente, con la edad de inicio del consumo regular. Se necesitarán más estudios para evidenciar si este daño es reversible.

### **Agradecimientos**

A todos los pacientes que participaron en el presente estudio.

A todo el personal del Portal Amarillo.

A nuestro tutor por estimular nuestro espíritu investigador.

A nuestros queridos colaboradores.

A nuestras familias.

Tabla 1.

Cantidad Máxima Diaria (medios)	En su Potencial	Debajo de su Potencial
5-49	20 (50%)	20 (50%)
Más de 50	21 (37%)	36 (63%)

90

Tabla 2.

Tiempo de consumo	En su Potencial	Debajo de su Potencial
Hasta 3 años	22 (51%)	21 (49%)
Más de 3 años	19 (34%)	37 (66%)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 2008 Informe Mundial sobre las Drogas. Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/WDR\\_2008\\_Spanish\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf)
- 2 Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Junta Nacional de Drogas- ONUDD-OEA. Noviembre-Diciembre de 2006. [http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/Presentacion\\_4a\\_Encuesta\\_Hogares\\_Drogas.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/Presentacion_4a_Encuesta_Hogares_Drogas.pdf)
- 3 Wechsler, David. W.A.I.S. III Test de Inteligencia para Adultos. Manual Teórico Ed. Paidós Bs.As. 2002.

- 4 Bolla KI, Rothman R, Cadet JL. Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999 Summer;11(3):361-9.
- 5 Victoria Di Sclafani,<sup>a</sup> Marina Tolou-Shams,<sup>b</sup> Leonard J. Price,<sup>c</sup> and George Fein  
Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 2002 April 1; 66(2): 161-171.
- 6 Strickland TL, Mena I, Villanueva-Meyer J, Miller BL, Cummings J, Mehringer CM, Satz P, Myers H. Cerebral perfusion and neuropsychological consequences of chronic cocaine use. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1993 Fall;5(4):419-27.
- 7 Cunha, Paulo J et al. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Rev. Bras. Psiquiatr*. [online]. 2004, vol.26, n.2, pp. 103-106.
- 8 Easton C, Bauer LO. Neuropsychological correlates of urine toxicology results. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1996 Aug;20(6):969-82
- 9 Mittenberg W, Motta S. Effects of chronic cocaine abuse on memory and learning. *Arch Clin Neuropsychol*. 1993 Nov;8(6):477-83.
- 10 Van Gorp WG, Wilkins JN, Hinkin CH, Moore LH, Hull J, Horner MD, Plotkin D. Declarative and procedural memory functioning in abstinent cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jan; 56(1):85-

### 3.7 - Síntomas psiquiátricos asociados al consumo de pasta base de cocaína en niños y adolescentes: un estudio exploratorio en Montevideo, Uruguay

Cédric Galéra (1,2,3), Gabriel Rossi (4), Xandra Meneghetti (1,4), Fabricio Choca (4), Louis-Rachid Salmi (2, 3, 6), Manuel-Pierre Bouvard (1), Laura Viola (4)

1. Centre hospitalier Charles Perrens, Pôle de Pédopsychiatrie Universitaire, Bordeaux, France
2. INSERM, ISPED, Centre INSERM U897-Epidémiologie-Biostatistique, F-33000 Bordeaux, France
3. Univ. Bordeaux, ISPED, Centre INSERM U897-Epidémiologie-Biostatistique, F-33000 Bordeaux, France
4. Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay
5. Departamento de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República -UDELAR-, Montevideo, Uruguay
6. CHU de Bordeaux, Pole de sante publique, Service d'information medicale, F-33000 Bordeaux, France

92

Autor principal:

Doctor Cédric Galéra, psiquiatra infantil, MD, PhD Université Bordeaux Ségalen

CH Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France [cedric.galera@u-bordeaux2.fr](mailto:cedric.galera@u-bordeaux2.fr)

Lugar de pertenencia: Burdeos (Francia)

Lugar de realización del trabajo: Montevideo (Uruguay) y Burdeos (Francia)

#### RESUMEN

Desde principios de los años 2000, el consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC) se hizo objeto de preocupación para los clínicos y los actores de Sanidad Pública en Uruguay. A pesar de la importancia del fenómeno existen muy pocos estudios sobre las condiciones psiquiátricas asociadas al consumo de PBC, especialmente en población pediátrica, siendo esta la más vulnerable y la que puede beneficiar de intervenciones precoces eficaces. El objetivo de este trabajo era estudiar los problemas conductuales y emocionales en una población pediátrica que consultaba en las urgencias psiquiátricas infantiles de Montevideo (Uruguay) en un contexto de consumo de PBC. Hicimos un estudio observacional comparativo, entre 2007 y 2010, en el hospital pediátrico Pereira Rossell en Montevideo. Un grupo consumidor de PBC (N=20) fue comparado con un grupo no consumidor de sustancias psicoactivas (N=20) con el Child Behavior Checklist (CBCL) que mide los problemas emocionales y conductuales del joven. El grupo consumidor de PBC mostraba niveles significativamente superiores de problemas externalizados e internalizados, particularmente comportamientos oposicionistas. Actuar precozmente

para prevenir la sobrevenida de los consumos de PBC y tratar los problemas externalizados en los consumidores parece esencial para mejorar la salud de los jóvenes en Uruguay.

Palabras claves: *Pasta Base de cocaína / niños y adolescentes / adicciones*

## SUMMARY

93

Since the years 2000, the consumption of Cocaine Paste (CP) has become an important issue for clinicians and public health actors in Uruguay. In spite of the importance of the phenomenon few studies have focused on psychiatric conditions associated with CP consumption, especially in the paediatric population yet the most vulnerable and the one that could benefit from early effective interventions. The aim of this work was to study the behavioral and emotional problems associated with CP consumption in a paediatric population consulting in the child psychiatric emergency room of Montevideo (Uruguay). We conducted an observational and comparative study between 2007 and 2010, in the paediatric hospital Pereira Rossell. A group consuming CP (N=20) was compared to a group not consuming psychoactive substances (N=20) with the Child Behavior Checklist (CBCL). The group consuming CP showed significantly higher levels of externalizing and internalizing problems, particularly oppositional behaviors. Early interventions to prevent CP consumption and treat externalizing problems is of utmost importance to improve the health of youths in Uruguay.

Key words: *Cocaine Paste / children and adolescents / addiction*

## INTRODUCCION

El consumo de pasta base de cocaína (PBC), sustancia de bajo costo y con potencial adictivo mayor que la cocaína, es un problema de drogas endémico en Sudamérica, generando preocupación a nivel de salud pública, de salud mental y de seguridad. A partir de la crisis económica del año 2002, la región del Río de la Plata se convirtió en una nueva localización para el consumo de PBC, con un aumento de su uso y abuso en los últimos años. La prevalencia de vida del consumo de PBC en las Américas –población general- oscila entre el 0,14% y el 3,10%. En Uruguay el consumo de PBC en cuanto a la prevalencia de vida ha sido estimada en 1,1 % (1-4).

La PBC es un producto intermedio entre la hoja de coca y el clorhidrato de cocaína. Se compone de hoja de coca mezclada con ácido sulfúrico, alcaloides, residuos de queroseno e otras impurezas; en

esta sustancia la proporción del alcaloide cocaína es variable siendo entre el 40% hasta el 80%. Es fumable, generalmente en pipa o en cigarrillos pudiendo ser mezclada con cannabis. El uso de PBC genera efectos físicos variados y perjudiciales tras su consumo agudo y crónico. Su uso ha sido asociado a síntomas cardiovasculares (hipertensión arterial, accidente vascular isquémico o hemorrágico), patología pulmonar (sinusitis, bronquitis, lesión pulmonar, barotraumatismo, disnea, broncoespasmo), así como patologías infecciosas, problemas dermatológicos y efectos mórbidos durante el embarazo con patología fetal y abortos (5-9).

Además de los efectos físicos, la PBC está asociada a síntomas mentales, siendo una sustancia estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC), la cual actúa sobre la vía dopaminérgica mesocorticolímbica (aumentando la concentración sináptica de dopamina). Presenta un poder adictivo alto, ya que al ser fumada llega rápidamente al cerebro (5 segundos) con duración total de efecto entre 5 y 15 minutos. Durante el consumo, la PBC puede generar síntomas tímicos tales como euforia y disforia, síntomas psicóticos como alucinaciones y elementos paranoides, o síntomas conductuales como irritabilidad, impulsividad. Posterior al consumo aparece una disforia post-consumo (5,9,10). Paradójicamente, los síntomas y trastornos psiquiátricos encontrados en los consumidores de PBC, fuera de la intoxicación aguda por consumo, fueron poco estudiados. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos, posiblemente causa o consecuencia del consumo de PBC pueden servir de blanco para la planificación de intervenciones preventivas y asistenciales de estas poblaciones. En un artículo de Pérez y colegas (9) se notaba una alta prevalencia (más del 75%) de trastornos conductuales relacionados con el consumo de PBC. Otro estudio (11) cuyo propósito era caracterizar el perfil biopsicosocial de los consumidores, sugirió una asociación entre PBC y autolesiones, intentos de suicidio y conductas antisociales. Cabe consignar que los estudios antes mencionados no midieron los síntomas psiquiátricos de forma estandarizada, ni hubo un grupo control que permitiera destacar lo significativo de dicha asociación.

A pesar de la importancia del consumo de PBC y de sus consecuencias múltiples, hay escasa información disponible sobre los síntomas psiquiátricos asociados a su uso, especialmente en los niños/as y adolescentes. Se hace necesaria la caracterización clínica psiquiátrica de los consumidores de PBC de edad temprana que posibilite una política preventiva y terapéutica adecuada. El objetivo del estudio era describir el patrón de consumo y comparar la prevalencia de síntomas psiquiátricos en menores de edad ingresados consumidores o no de PBC. Planteamos la hipótesis que el consumo de PBC se asocia a niveles mayores de problemas psiquiátricos.

## MÉTODOS

### Esquema de estudio

Se realizó un estudio de observación. Se comparó un grupo de individuos hospitalizados por consumo de PBC (casos) con un grupo testigo apareado según la edad y el sexo (emparejamiento de frecuencia) hospitalizados por razones no psiquiátricas (urgencias médicas o quirúrgicas). Ambos grupos fueron reclutados entre octubre de 2007 y octubre de 2010, en Montevideo (Uruguay).

95

### Selección de la población estudiada

El grupo de individuos consumidor de PBC y el grupo testigo provenían de consultas realizadas en las urgencias pediátricas del hospital Pereira Rossel (único hospital exclusivamente pediátrico del país). Los criterios de inclusión fueron: 1 / ser un niño/a o adolescente menor de 15 años y presentarse a los servicios de urgencias pediátricas para ser asistido por su consumo de PBC (PBC + = casos), o 2 / ser un niño/a o adolescente menor de 15 años y presentarse a las urgencias pediátricas por una razón médica y/o quirúrgica, no presentando antecedentes de consumo de PBC (PBC - = testigos). Los padres o referentes socio-afectivos así como los niños/as y adolescentes incluidos en la muestra recibieron información sobre el protocolo de investigación, así como los cuestionarios emocionales conductuales. Para cada sujeto con consumo de PBC, ha sido reclutado un sujeto del mismo sexo y de la misma edad (+ o - 6 meses). El sexo y la edad se escogieron como variables de emparejamiento porque son variables importantes del desarrollo que representan factores posibles de confusión.

### Definición de las variables y modalidades de medida

La variable principal binaria que había que explicar era el estatuto de consumidor de PBC: sujeto con (PBC +) o sin consumo (PBC-).

Variabes explicativas eran el Child Behavior Checklist (12,13) permitió evaluar los comportamientos de los niños/as y adolescentes. La escala para los 6 a los 18 años en versión española uruguaya fue utilizada. Se trata de un cuestionario paterno ampliamente utilizado en psiquiatría del niño y del adolescente a nivel internacional y validado en Uruguay (14). Contiene 118 ítems que detallan los comportamientos del niño en el curso de los seis últimos meses. Cada ítem es codificado 0, 1 o 2 según si el comportamiento está ausente, a veces presente o a menudo presente. La suma de los ítems permite obtener tanteos separados para los comportamientos internalizados y externalizados. El análisis permite

desarrollar un perfil conductual para ocho dimensiones. Para los problemas internalizados se obtienen tanteos para tres dimensiones: retirada / depresión, quejas somáticas, y ansiedad / depresión. Para los problemas externalizados se obtienen tanteos para: comportamientos delincuentes y comportamientos agresivos. Otras dimensiones son: problemas sociales, trastornos del pensamiento y problemas atencionales. Se obtuvo así una variable cuantitativa para cada dimensión estudiada (problemas internalizados, retirada / depresión, quejas somáticas, ansiedad / depresión, problemas externalizados, comportamientos delincuentes, comportamientos agresivos, problemas atencionales, problemas sociales, disturbios del pensamiento, problemas totales). Se recogieron también datos sociodemográficos como la edad cronológica (en años), el sexo del niño/a o adolescente y el nivel socioeconómico de los padres (nivel socioeconómico bajo versus alto).

Se ofreció a los niños/as y adolescentes, así como a sus familiares y/o referentes socio-afectivos la información sobre el protocolo y la asignación de la nota de información, del consentimiento informado y de los autocuestionarios. Los datos obtenidos se reunieron en un fichero Microsoft Excel®.

### **Análisis estadístico de los datos**

Primero se describió los grupos PBC + y PBC- para las variables sociodemográficos y los patrones de consumo. Luego se compararon ambos grupos para las variables emocionales y conductuales. Estas comparaciones entre grupos han sido realizadas a través de pruebas no paramétricas de Wilcoxon. Para determinar la cantidad y la importancia de las diferencias encontradas entre los grupos calculamos el coeficiente d de Cohen (15). El nivel de significatividad estadística era 0,05. El estudio era exploratorio por lo cual no se calculó tamaño de muestra.

### **Reglas éticas**

El comité de ética independiente del hospital Pereira Rossel autorizó el desarrollo del estudio. Todo el accionar del estudio se realizó bajo consentimiento informado de los sujetos involucrados. El anonimato, la confidencialidad de los datos, el acceso permanente a los datos y la posibilidad de retirar las informaciones del protocolo se les aseguró a los sujetos, así como a sus grupos familiares o referentes socio-afectivos.



## RESULTADOS

En cada grupo habían 20 sujetos. El cuadro 1 muestra los resultados descriptivos sobre el género y la edad de ambos grupos y en el grupo PBC+ el consumo de PBC, cannabis y clorhidrato de cocaína. El cuadro 2 muestra las comparaciones entre ambos grupos (PBC + y PBC-) relativos a los problemas emocionales y conductuales evaluados por el CBCL. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos para el conjunto de las variables emocionales y conductuales a excepción de la dimensión " retirada, síntomas depresivos". La talla de efecto era importante, sobre todo para los problemas externalizados y particularmente los comportamientos de oposición.

97

## DISCUSION

En este primer estudio uruguayo focalizado sobre niños consumidores de PBC, observamos niveles elevados de problemas emocionales asociados a comportamientos internalizados y externalizados, en comparación con el grupo testigo no consumidor de PBC. Se destaca que el grupo de casos presenta niveles significativos en relación a los comportamientos externalizados - comportamientos oposicionistas y agresivos- así como dificultades atencionales. La ausencia de estudios previos sobre los síntomas psiquiátricos asociados con consumo de PBC en población pediátrica hacen únicos estos resultados. Los resultados de la población pediátrica concuerdan con el estudio disponible en población adulta consumidora de PBC que mostraba altos niveles de problemas antisociales (9).

### Interpretación

La asociación entre consumo de PBC y problemas conductuales, particularmente externalizados, era estadísticamente significativa en esta muestra. Sin embargo los resultados no permiten identificar la dirección de esta asociación. Se mantiene la interrogante si la existencia de niveles elevados de problemas externalizados, internalizados y de atención desarrollan posteriormente consumo de PBC o si el consumo de PBC está en el origen de los problemas conductuales. El presente estudio, siendo transversal, no permite concluir sobre la naturaleza de este lazo. Sin embargo se plantean las hipótesis de bidirección de la asociación y/o de vulnerabilidad común.

Primero, los trastornos externalizados y de atención tales como el Trastorno por Oposición con Provocaciones (TOP), el Trastorno de Conducta (TC), el Trastorno por Déficit de la Atención/Hiperactividad (TDAH) pueden preceder temporalmente y favorecer el consumo de PBC ya que

se tratan de trastornos a menudo precoces y presentes en el desarrollo antes de la adolescencia. Según Pérez de los Cobos (16) el principal predictor psicopatológico de la aparición precoz de adicciones, se relaciona con presentar previamente un trastorno mental externalizante. En la misma línea, la existencia de disturbios externalizados han sido asociados con consumos de otras sustancias psicoactivas legales (alcohol, tabaco) e ilegales (cannabis, cocaína) (17). Los estudios relacionados con la dualidad entre trastornos internalizados y consumo problemático de drogas, no son concluyentes al respecto, salvo una excepción que se presenta en el caso de la depresión y la dependencia de nicotina (16,18,19). Estos autores plantean que el trastorno internalizante estaría ligados a consumos problemáticos de drogas más tardíos (posteriores a la adolescencia). Por otra parte, ha sido sugerido que el consumo de PBC tiene efectos sobre el comportamiento tras generar una irritabilidad, una agresividad y problemas de atención, lo que puede imitar un TC o un TDA/ H a nivel de criterios. Última hipótesis respecto a los lazos entre consumo de PBC y problemas conductuales y emocionales es el reconocimiento de factores de vulnerabilidad comunes. Igual a otras adicciones, el consumo de PBC y los problemas conductuales se pueden asociar tras factores de riesgo genéticos y/o medioambientales compartidos (20,21). Así estas vulnerabilidades comunes podrían ser reflejadas en modificaciones neurobiológicas compartidas entre disturbios adictivos y disturbios externalizados tales como modificaciones del sistema dopaminérgico y frontoestriatal.

### **Fortalezas y debilidades del estudio**

La muestra era de tamaño pequeño lo que limita la potencia de nuestros análisis. El hecho de tratarse de un estudio transversal impide hacer inferencias de tipo causal. Hemos sido posiblemente expuestos a una falta de representatividad o sesgo de selección ya que la muestra ha sido seleccionada en una población pediátrica hospitalaria. El cuestionario CBCL es una escala dimensional y no permite realizar un diagnóstico. Sin embargo otros estudios (22) mostraron un buen valor de predicción del CBCL ya que niveles elevados de problemas de comportamientos fueron asociados con diagnósticos nosográficos de la clasificación DSM. Finalmente no exploramos otros problemas de tipo síntomas psicóticos, que podrían estar asociados al consumo de PBC.

### **Implicaciones**

La existencia de una asociación entre trastornos del comportamiento y consumo de PBC es importante por varias razones. Para el clínico, indagar la presencia de trastornos psiquiátricos en los consumidores de PBC y recíprocamente buscar un consumo de PBC entre los niños/as y adolescentes

que presentan un trastorno psiquiátrico (sobre todo si se trata de un trastorno externalizado) es esencial para el abordaje terapéutico. La estrategia en relación a la patología dual debería permitir una mejor eficacia de las intervenciones y mejorar el devenir de ambas condiciones.

Sobre un plan de Salud Pública, en Uruguay, acciones de prevención universal (en todos los niños/as y adolescentes), de prevención selectiva (en los niños/as y adolescentes que presentan trastornos externalizados) podría disminuir la incidencia de los consumos de sustancias en general y de PBC en particular. Ciertos grupos merecen aún más atención ya que son grupos de alto riesgo: los niños/as y adolescentes que provienen de las zonas más carenciadas de Montevideo (prevalencia de vida de consumo de PBC en población general de zonas carenciadas 4 % cuando en el resto del país es 1,1% (OUD, 2012)) y los niños/as, adolescentes que viven en situación de calle (experimentaron con PBC de 11,6% (23)).

## CONCLUSIÓN

El consumo de PBC es un problema mayor en la población uruguaya, sobre todo en la población de niños/as y adolescentes con necesidades básicas insatisfechas. Este consumo está asociado con un conjunto de dificultades psicológicas, en particular trastornos externalizados. Actuar precozmente para tratar los problemas de salud mental, así como prevenir el consumo de sustancias y en especial el de PBC, se transforma en un aspecto fundamental para incidir en una mejor calidad de vida para la población en Uruguay.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

13. Garibotto G, Blickman T. Equipo Intercambios. Drogas y conflicto : El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono Sur. 2006. Ed : Pien Metaal.
14. Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años. 2008. [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/comparativo\\_subregional-2008-06.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/comparativo_subregional-2008-06.pdf)
15. Organización de los Estados Americanos. Informe del uso de drogas en las Américas. 2011. [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsodeDrogas\\_enAmericas2011\\_Esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsodeDrogas_enAmericas2011_Esp.pdf).
16. Observatorio uruguayo de drogas. Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia. Cuarta encuesta nacional y Quinta en Montevideo sobre consumo de drogas en

estudiantes de enseñanza media. Montevideo, Julio 2011.

[http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/201107\\_sobre\\_ruidos\\_y\\_nueces.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/201107_sobre_ruidos_y_nueces.pdf)

9. Castaño P. Cocaínas Fumables. *Adicciones* 2000; 12(4):541-550.

10. Meikle M, Urbanavicius J, Prunell G, Umpiérrez E, Abín-Carriquiry A, Scorza M. Primer estudio pre-clínico de la acción de pasta base de cocaína en el sistema nervioso central. *Rev Psiquiatr Urug* 2009;73(1):25-36.

100

11. Muzzio E, Rajput P, Naveira J, Segura M, Vila M, Ralón G, et al. Infections and other health problems among coca paste users at a drug treatment center in buenos aires, argentina. *Rev argent salud pública*. 2010;1(4):14-19.

12. Pascale A, Negrin A, Laborde A. Pasta base de cocaína: experiencia del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. *Adicciones*. 2010;22(3):227-231.

13. Pérez J. Clínica de la adicción a pasta base de cocaína. *Rev Chil Neurosiquiatr* 2003; 41: 55-63. REF N°7.

14. Junta Nacional de Drogas, "Drogas: más información menos riesgos", 6a edición 2008. Editor: Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay: Presidente Lic. Jorge Vázquez; Secretario General Lic. Milton Romani Gerner. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

15. Santis R, Gloria Hidalgo C, Hayden V, Anselmo E, Rodríguez J, Cartajena M, Dreyse J, Torres R. Consumo de sustancias y conductas de riesgo en consumidores de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína no consultantes a servicios de rehabilitación. *Rev Méd Chile* 2007;135:45-53.

16. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile. 1991. Department of Psychiatry, University of Vermont: Burlington, VT; 1991.

17. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. DSM- oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32:328-340.

11. Viola L, Garrido G, Rescorla L. Testing multicultural robustness of the Child Behavior Checklist in a national epidemiological sample in Uruguay. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(6):897-908.

12. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

13. Pérez de los Cobos Peris J et al. Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia. Un reto de asistencia y prevención. Barcelona: Ed. Ars Médica; 2009.

14. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88 Suppl 1:S14-26.

15. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking , stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking Psychol Bull 2003;129:270-304.
16. Dierker LC, Vesel F, Sledjesski EM, Perrine N. Testing the dual pathway hypothesis to substance use in adolescence and young adulthood. Drug Alcohol Depend 2007;87:83-93.
17. Lynskey MT, Agrawal A, Henders A, Nelson EC, Madden PA, Martin NG. An Australian twin study of cannabis and other illicit drug use and misuse, and other psychopathology. Twin Res Hum Genet. 2012;15(5):631-41.
18. McClernon FJ, Kollins SH. ADHD and smoking: from genes to brain to behavior. Ann N Y Acad Sci. 2008;1141:131-47. Review.
19. Krol NPCM, De Bruyn EEJ, Coolen JC, van Aarle EJM. From CBCL to DSM : a comparison of two methods to screen for DSM-IV diagnoses using CBCL data. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2006;31:127–135.
20. Observatorio uruguayo de drogas. Niños, niñas y adolescentes en situación de calle: un estudio descriptivo-exploratorio sobre consumo de drogas y factores asociados Montevideo, 2007. [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/20071130\\_Ninos\\_situacion\\_calle\\_informe\\_final.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/20071130_Ninos_situacion_calle_informe_final.pdf)

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos la profesora Javiera Navarro por su ayuda en la revisión del artículo.

## **DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERESES**

Ninguno.

**Cuadro 1. Características de la muestra**

	Grupo PBC + (N=20)	Grupo PBC – (N=20)
Género (Varones )	80%	80%
Edad (años)	14,0 (1,8)	13,4 (1,5)
<b>Consumo de Pasta Base</b>		
- antecedente de consumo	20	0
- edad de primer consumo	12,4 (1,8)	-
- frecuencia de consumo		
Una sola vez	3	-
Varias veces el año pasado	0	-
Varias veces el mes pasado	1	-
Varias veces la semana pasada	6	-
Cada día la semana pasada	10	-
<b>Consumo de Cannabis</b>		
- antecedente de consumo	17	0
- edad de primer consumo	11,5 (1,8)	-
- frecuencia de consumo		
Una sola vez	2	-
Varias veces el año pasado	2	-
Varias veces el mes pasado	2	-
Varias veces la semana pasada	2	-
Cada día la semana pasada	9	-
<b>Consumo de Cocaína</b>		
- antecedente de consumo	8	0
- edad de primer consumo	13,6 (1,2)	-
- frecuencia de consumo		
Una sola vez	3	-
Varias veces el año pasado	0	-
Varias veces el mes pasado	3	-
Varias veces la semana pasada	0	-
Cada día la semana pasada	1	-

Los resultados que aparecen en el cuadro corresponden a las frecuencias o a las medias (desviaciones tipos)

**Cuadro 2. Problemas emocionales y conductuales en el grupo PBC y el grupo control**

	Grupo PBC + (N=20) (Media – DT)	Grupo PBC – (N=20) (Media – DT)	d de Cohen	P*
CBCL : Subescalas				
Síntomas ansioso-depresivos	7,3 (3,8)	4,0 (3,2)	0,9	0,01
Retirada, síntomas depresivos	4,9 (3,3)	4,1 (3,2)	-	-
Síntomas somáticos	3,5 (2,4)	1,7 (2,6)	0,7	<0,01
Comportamientos oposicionistas	18,0 (6,9)	1,6 (1,6)	3,8	<0,01
Comportamientos agresivos	18,7 (9,0)	6,8 (4,6)	1,8	<0,01
Dificultades sociales	7,6 (3,6)	4,7 (2,4)	1,0	<0,01
Disturbios del pensamiento	5,5 (3,4)	0,7 (1,3)	2,1	<0,01
Problemas de atención	8,7 (4,2)	3,9 (2,9)	1,4	<0,01
CBCL : Escalas globales				
Síntomas internalizados (ext)	15,7 (7,2)	9,71 (7,6)	0,8	<0,01
Síntomas externalizados (int)	36,6 (14,0)	8,39 (5,7)	2,9	<0,01
Dificultades psicológicas (ext + int)	52,3 (19,0)	18,10 (11,7)	2,2	<0,01

Comparaciones realizadas por pruebas de Wilcoxon  
CBCL: Child Behavior Checklist; PBC: Pasta Base; DT: desviación tipo

## Capítulo 4: Modelos y protocolos de atención y tratamiento

### 4.1 - Centro de Información y Referencia Nacional de la Red - Drogas “Portal Amarillo”.

#### Resumen de su modelo Teórico y Metodológico- Junio 2012

Juan Triaca - Miguel Silva

104

El Centro de Información y Referencia Nacional de la Red - Drogas “Portal Amarillo” de la República Oriental del Uruguay, es una Institución Pública dependiente la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Fue creado en el año 2005, posteriormente convertido en Unidad Ejecutora en el 2008 y en virtud de una reforma en ASSE, que crea la Unidad de Especializados Asistenciales, su dependencia pasa a esta órbita conjuntamente a la de Salud Mental en el año 2010.

Desde su proyecto fundacional y refrendado por la constitución de su Equipo Técnico (conformado por 43 especialistas de diferentes disciplinas: Médicos: psiquiatras, toxicólogos, internistas, Psicólogos, Asistentes Sociales, Educadores Sociales, Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, así como también Talleristas) su conceptualización posee una muy fuerte impronta Interdisciplinaria y de abordajes en Red.

Consideramos que el hecho de ser un Centro de Referencia Público nos posiciona en un espacio de relevancia estratégica por varias razones:

1. Ser un ámbito privilegiado de diagnóstico e intervención sobre consumos problemáticos en nuestro país, en virtud de tener posibilidad de acceso a diversos contextos sociales en los que inscriben sus prácticas otros efectores del Sistema Sanitario del Uruguay, integrantes de la Red - Drogas.
2. Esta “perspectiva situacional” ha venido afirmando un supuesto conceptual básico de nuestro modelo teórico y metodológico en el sentido de que no hay consumos problemáticos disociables de sus contextos problemáticos: familiares, grupales, socioculturales y económicos.
3. Por lo anterior planteamos que los abordajes interdisciplinarios no deben ser una opción, sino un imperativo ético, para intentar conjurar los riesgos de abordajes monodisciplinarios omnipotentes, reduccionistas, y cronificantes.
4. En relación a lo anterior, consideramos que lo que superficialmente se observa como conducta rígida, repetitiva y estereotipada en el adicto, también revela y denuncia una estructura compleja de vínculos familiares y sociales que lo mantienen “rígida y estereotipadamente” ubicado en un lugar inamovible e “invivable”, en el cual las sustancias o cualquiera de las múltiples y siempre renovadas ofertas de alienación que nuestro sistema social nos propone: juego, comida, internet, marcas, etc. pasan a cumplir funciones esenciales y a generar múltiples beneficios secundarios.



5. Lo anterior nos lleva a considerar, que junto a las investigaciones acerca de las diferentes sustancias y sus acciones farmacodinámicas y farmacocinéticas, es de fundamental importancia interpelar el tipo de vínculo que los sujetos con consumos problemáticos establecen con ellas, a la vez de implementar estrategias combinadas de abordaje clínico que permitan la articulación de recursos farmacológicos, psicoterapéuticos y socio terapéuticos. Entendemos que la noción de vínculo es muy útil para la construcción de la interdisciplina, por ser una noción tan compleja que no se deja capturar fácilmente ni por las ciencias “psi”, las biológicas o las sociales. Cuando nos vinculamos, se pone en juego todo nuestro psiquismo, pero también nuestro cuerpo (nuestros vínculos son muy psicoactivos). A su vez, los encuadres, códigos, y pautas de cómo vincularnos son también socioculturales, por lo que ubicar al vínculo adictivo, o como preferimos denominarlo desde nuestro modelo “Las Matrices de Vinculación tóxica”, como objeto privilegiado de investigación e intervención, nos obliga a mantenernos respetuosos de la complejidad inherente a nuestra condición de seres biopsicosociales.

6. Desde nuestro modelo de abordaje, todo diseño asistencial o preventivo en relación a consumos problemáticos, debe necesariamente incluir en su campo de análisis -por lo menos- tres escalas diagnósticas básicas:

i.- Personal o intrasubjetiva: donde debemos preguntarnos qué funciones y beneficios secundarios cumple la droga en ella. Escala imprescindible pero absolutamente insuficiente.

ii.- Familiar, de los Grupos Primarios o intersubjetiva, evaluando también aquí qué funciones y beneficios secundarios cumple el consumo en los grupos más significativos para el usuario.

iii.- Institucional, Social o Transubjetiva: sosteniendo en ella también los mismos interrogantes en el sentido de qué funciones y beneficios secundarios genera el consumo en su escenario social.

Consideramos por tanto de fundamental importancia la promoción de abordajes en Red, con el objetivo de potenciar las articulaciones entre los sistemas sanitarios y comunitarios.

7. A partir del énfasis puesto en nuestro modelo en mantener una perspectiva interdisciplinaria, situacional y vincular en el abordaje de los consumos problemáticos, consideramos los dispositivos grupales como una herramienta clínica de primer orden. Pensamos que en el contexto social actual, los consumos problemáticos emergen como síntoma de un panorama vincular primario severamente disfuncional y muchas veces desolador. La magnitud de esta problemática en nuestro país a su vez revela y denuncia un severo debilitamiento del “tejido social”. Ante este estado de cosas, pensamos que los grupos secundarios pueden cumplir varias funciones terapéuticas esenciales:

i.- ofician de espacio restaurador por excelencia del anémico entramado social.

ii.- se constituyen en espacios de narcisización secundaria y de subjetivación alternativos frente a las carencias de sus grupos primarios.

iii.- ofrecen una red de sostén y un “holding” que propicia procesos identificatorios cruzados.

iv.- se constituyen en un espacio apropiado para el análisis crítico de las matrices primarias de vinculación tóxica y su sustitución paulatina por otras signadas por la discriminación, la solidaridad, la confianza, el cuidado y el respeto mutuos.

**106** **8.** Finalmente, como señalábamos al comienzo, nuestro posicionamiento como Institución Pública Estatal, nos permite contribuir significativamente en el diseño e implementación de políticas públicas. Las mismas deberán incluir el desafío de ajustarse lo más posible a las siempre cambiantes condicionantes sociales de los consumos problemáticos en el mundo actual. Para la pesquisa permanente de las sutiles variaciones de esas condicionantes socioculturales contamos con los valiosos insumos aportados por los demás efectores del sistema sanitario uruguayo que se suman a la “red drogas” nacional.

## 4.2. Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación

Mario Moraes 1, Adriana Boccarato 2, Gabriela Bazan 2, Susana Grunbaum 3, Ma. del Carmen Canavessi 4, Alicia Hoppe 5, Antonio Pascale 6, Gabriel González 7, Beatriz Ceruti 8, Daniel Borbonet 9

### INTRODUCCIÓN

El presente abordaje parte de un concepto integral de salud desde una perspectiva de género, de derechos humanos y derechos del niño.

- El consumo problemático de sustancias psicoactivas se considera un fenómeno multicausal en el cual intervienen diversos factores: socioeconómicos, culturales, personales y familiares.

Se focaliza la atención en el consumo de pasta base de cocaína (PBC) por su alto impacto a nivel de la salud de la mujer y del recién nacido. Este consumo puede asociarse al de otras sustancias psicoactivas: alcohol, tabaco, marihuana, sicofármacos (policonsumo) que potencian y adicionan sus efectos deletéreos sobre el feto. Las mujeres que consumen PBC presentan frecuentemente comorbilidad con trastornos psicoemocionales; antecedentes de abuso, violencia, delincuencia y exclusión social que agravan esta situación (1,2).

- El embarazo y puerperio constituyen una etapa de crisis en la vida de la mujer, así como el asumir la paternidad es también un hecho importante en la vida de los varones. Es ésta, en muchos casos, la mejor oportunidad para el inicio de tratamientos en relación al abandono de la adicción. Cuando la mujer está acompañada por su pareja el éxito del tratamiento aumenta. La presencia de la familia es un factor de protección relevante y debe tenerse presente para un adecuado abordaje (1). No obstante, el embarazo y nacimiento de un hijo es también un factor de riesgo para la presentación o recaída de trastornos mentales. Los trastornos depresivos previos y la depresión posparto son algunos de los que el equipo de salud debe estar muy atento en el puerperio (3,4).

17. Los equipos de salud requieren de capacitación y contención para el abordaje de estas pacientes, debido al riesgo de asumir una postura punitiva y arbitraria que puede determinar una atención inadecuada, así como de apoyo interdisciplinario para enfrentar esta compleja realidad (1,5).

18. A la mujer usuaria de los servicios de salud se le debe asegurar su derecho a la información en el caso que se proponga la realización de exámenes paraclínicos confirmatorios de exposición intrauterina y se le solicitará consentimiento verbal para búsqueda de drogas en orina. No informar a las pacientes se asocia a peor adherencia a los tratamientos y al control del embarazo (4,5).

19. El consumo de cocaína en el embarazo se asocia a mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas, infecciones de transmisión sexual entre ellas sífilis, HIV y hepatitis B y C. Producen parto prematuro, desprendimiento de placenta normoinsera, abortos y óbito (6). En los años 80 se acuñó el término "crack baby" debido a estudios descriptivos pequeños y de reportes de casos con el cual se asociaba la presencia de múltiples malformaciones congénitas en los hijos de madres que consumieron cocaína en el embarazo (7-31). Nuevos estudios bien diseñados, con grupos control y seguimiento prolongado no demuestran que el consumo de cocaína cause mayor incidencia de malformaciones congénitas que en la población general (32-35). Es importante contar con ecografía obstétrica para valorar la anatomía fetal. Si es normal no se requieren otros estudios anatómicos, si no están indicados por la situación clínica particular. Los estudios ecográficos posnatales y de valoración anatómica general o del sistema nervioso central serán guiados por los hallazgos clínicos y no como screening debido al consumo de PBC.

19. Los metabolitos de PBC pasan a través de la leche materna y pueden producir daño al recién nacido. Así mismo, los psicofármacos utilizados tanto en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos, la desintoxicación, como su uso indebido para enmascarar otros consumos, también producen efectos en el recién nacido. Reportes de casos clínicos y estudios de screening en usuarias de cocaína previo al parto evidencian la detección de cocaína, benzoilecgonina y otros metabolitos en leche materna en las primeras 48 a 72 horas luego del último consumo materno. Para evitar complicaciones derivadas de la exposición neonatal a cocaína a través de la leche materna, las usuarias que se encuentren en un período de abstinencia igual o mayor a una semana podrían amamantar a su hijos.

---

18. Profesor Adjunto, Departamento de Neonatología, CHPR, Facultad de Medicina. UDELAR.  
19. Pediatra neonatóloga. Servicio de Recién Nacidos, CHPR, ASSE.  
20. Psiquiatra de niños y adolescentes. Coordinadora de Adicciones. Salud Mental, Unidades Especializadas, ASSE.

En nuestro país la alimentación con sucedáneos de la leche materna es segura y accesible, por lo cual los riesgos de mantener la lactancia materna superan los beneficios potenciales si la mujer mantiene el consumo (36,37). La negatividad de la detección de metabolitos por técnicas de inmunoensayo no excluye consumo más allá de las 72 h previas para cocaína y 7 días para marihuana, con una sensibilidad menor para PBC, comparada a clorhidrato de cocaína (38,39).

## Valoración prenatal

El pediatra de guardia conjuntamente con integrantes del equipo de Salud Mental, de Trabajo Social y Ginecoobstétrico valorará cada caso en particular, para realizar intervención prenatal con fines diagnósticos de la situación materna. Es importante constatar la presencia de factores de protección y de riesgo:

Son factores de protección:

- Desea dejar de consumir, buscó ayuda o la solicita para lograrlo.
- La realización de controles en el embarazo, considerando un número mínimo de 3 controles.
- Que la pareja no tenga relación de dependencia a PBC o estar en tratamiento si la tuviera.
- Presencia de redes sociales de apoyo.

Son factores de riesgo importantes:

- Consumo de sustancias en la pareja y familia. Patología psiquiátrica previa (sin tratamiento) Situación de calle, ejercicio de la prostitución.
- Antecedentes de institucionalización, abandono, maltrato.
- Ruptura de vínculos con redes sociales personales e institucionales.

---

21. Jefe Dpto. de Trabajo Social. CHPR, ASSE.

22. Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. CHPR, ASSE.

23. Médico toxicólogo. Secretaría Nacional de Drogas.

24. Profesor Agregado de Neuropediatría, Servicio de Neuropediatría, CHPR. Facultad de Medicina, UDELAR.

25. Pediatra neonatóloga, Jefa del Servicio de Recién Nacidos; CHPR, ASSE.

26. Profesor Director Departamento de Neonatología, CHPR. Facultad de Medicina, UDELAR.

Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina, UDELAR; Servicio de Recién nacidos CHPR; Servicio de Salud Mental CHPR, Servicio de Neuropediatría CHPR; Dpto. de Trabajo Social del CHPR; SERENAR, ASSE.

Centro Nacional de Información y Referencia Red Drogas- Portal Amarillo, ASSE.

Valoración en sala de partos si es el primer contacto con la embarazada.

Se fomentará:

- El contacto temprano del recién nacido con su madre cuando las condiciones de salud lo permitan en cumplimiento de la Ley 17386.
- La alimentación a pecho materno según las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño/a pe-queño/a en maternidades y consultorios.

110

### Posibles escenarios clínicos y conductas a seguir

**a) Mujer que se encuentra en abstinencia en el último trimestre, con un mínimo de 3 controles en el embarazo. Manifiesta su voluntad de abandonar el consumo aceptando el tratamiento de deshabitación. Refiere que desea criar a su hijo y alimentarlo con pecho materno. Examen físico neonatal normal.**

En este caso el recién nacido se derivará a alojamiento conjunto con su madre alimentado a pecho directo exclusivo, luego de evaluar su seguridad bajo la supervisión estricta del personal asistencial. Durante la internación será evaluada la situación por equipos de trabajo social y salud mental para determinar la conducta luego del alta y movilizar las redes sociales de apoyo. En todo momento según lo observado en la internación podrá reverse la decisión con respecto a la madre y su bebé.

Durante el período de deshabitación se realizarán tests de detección de metabolitos de cocaína en orina con la obtención previa de consentimiento; con el fin de comprobar analíticamente la abstinencia. De presentar un resultado positivo se suspenderá la lactancia (38,39).

**b) Mujer que no se encuentra en abstinencia en el último trimestre y no se controló al menos en 3 oportunidades el embarazo. Manifiesta su voluntad de permanecer con su hijo y asume una posición comprometida con el abandono del consumo. Examen físico neonatal normal.**

Para decidir si el bebé permanece con su madre en alojamiento conjunto se valorará la salud del recién nacido y los factores de riesgo maternos (comorbilidad psiquiátrica, síndrome de abstinencia). Es importante considerar la presencia de factores protectores y entre ellos la presencia del padre o familiares para acompañarla en el cuidado del niño. El sólo hecho del consumo de sustancias psicoactivas no

habilita la separación de la madre y el bebé, siendo esta decisión, por el contrario en muchos casos, contraproducente para el abandono del consumo materno y el desarrollo del bebé (4,5,40).

Si se dan las condiciones mencionadas, el bebé se derivará a alojamiento conjunto con su madre bajo la supervisión del personal asistencial durante las 24 horas. Si el consumo es reciente pueden aparecer manifestaciones clínicas en un recién nacido aparentemente sano, por lo que se debe asegurar el control clínico estricto. Esta situación contraindica el alta temprana pudiendo ser necesaria la observación por un lapso aproximado de una semana, plazo en que se atenderá también la situación de la madre que podrá permanecer internada para iniciar su desintoxicación. Se debe realizar examen neonatal seriado con vigilancia del tono, succión, deglución, irritabilidad, temblores y trastornos del sueño.

Si el examen del recién nacido es normal, la madre manifiesta su deseo de dar de mamar a su bebé y la detección seriada de metabolitos de cocaína en orina es negativa se le instruirá en la extracción de leche y se descartará hasta que se haya asegurado la desintoxicación y la abstinencia materna. No se alimentará al bebé con leche materna hasta una semana después de abandonado el consumo, plazo en el cual se asegura que no existe excreción de cocaína y metabolitos a través de la leche materna (36,37). Se estimulará el ajuste madre-bebé para promover las conductas de apego.

La derivación al alta será evaluada en conjunto por el equipo de salud (enfermería, pediatra, trabajo social, salud mental), con la participación de la madre, compañero y/o familiar continente (que no esté relacionado con el consumo de sustancias). Se realizarán tests de control en orina en las madres para asegurar la abstinencia.

Es función del trabajador social la evaluación de los riesgos sociales y de la red de apoyo con que cuenta la familia.

**c) Madre no comprometida con el abandono de la dependencia con la sustancia y que manifiesta su voluntad de permanecer con su hijo. Examen físico neonatal normal.**

El recién nacido se mantendrá en un sector de internación del servicio asistencial que asegure la supervisión permanente de la salud del niño con amplias posibilidades de permanencia de la madre con el bebé, fomentando y supervisando el vínculo. Si el consumo es reciente pueden aparecer manifestaciones clínicas en un recién nacido aparentemente sano, por lo que se debe asegurar el control clínico estricto. El equipo de salud valorará la derivación del bebé junto a su madre si se dan las condiciones de contención institucional, condiciones de salud del bebé y ausencia de comorbilidad materna que comprometa la salud y seguridad del recién nacido.

Se intentará mantener a la madre con su hijo, ya que el desvínculo puede ser más negativo para el desarrollo del niño. Asimismo se ha demostrado que la presencia del hijo es un estímulo importante para que la madre deje el consumo (1,3-5,41).

Se suspenderá la lactancia hasta que exista la confirmación que la madre abandonó el consumo.

Si la mujer manifiesta su deseo de no abandonar la lactancia se la instruirá para que se ordeñe y descarte la leche, luego de asegurada la abstinencia por un tiempo adecuado se podrá reinstalar la lactancia. Si la mujer no desea amamantar o tiene contraindicación absoluta podrá utilizarse bromocriptina para inhibir la lactancia.

La derivación al alta será evaluada en conjunto por el equipo de salud (enfermería, pediatra, trabajo social, salud mental), con la participación de la madre, compañero y/o familiar continente (que no esté relacionado con el consumo de sustancias). Se realizarán tests de control en orina en las madres para asegurar la abstinencia.

Es función del trabajador social la evaluación de los riesgos sociales y de la red de apoyo que cuenta la familia <sup>(1,32)</sup>.

112

**d) Situación en la que valorados los riesgos para el recién nacido no se aconseja su permanencia con la madre debido a consumo reciente. Examen neonatal normal.**

Se ingresará al recién nacido en un sector del servicio de internación con control de personal de salud las 24 horas hasta que se evalúe la situación por el equipo de salud. Si el consumo es reciente pueden aparecer manifestaciones clínicas en un recién nacido aparentemente sano por lo que se debe asegurar el control clínico estricto <sup>(33)</sup>.

Se alimentará con leche modificada.

**e) Recién nacido que presente elementos clínicos de síndrome de abstinencia.**

El síndrome de abstinencia es frecuente pero generalmente leve y la mayoría de los casos no requiere tratamiento farmacológico <sup>(14)</sup>. El 30% de los recién nacidos expuestos a la cocaína en su vida intrauterina presentan síndrome de abstinencia, siendo las manifestaciones más frecuentes alteraciones del reflejo de succión, problemas de alimentación, trastornos vasomotores, irritabilidad, hipertensión y con menor frecuencia convulsiones. Los síntomas de abstinencia se presentan en las primeras 72 horas después del parto, desapareciendo en los primeros meses <sup>(32,42)</sup>. Es importante destacar que los estudios internacionales se refieren a cocaína y no a PBC, sobre la cual aún existe poca bibliografía pudiendo haber efectos diferentes por los contaminantes presentes que actualmente son investigados como hipótesis de trabajo.

Como guía para decidir el inicio del tratamiento, proponemos la Escala de Finnegan (tabla 1) <sup>(43)</sup>. Las determinaciones serán realizadas en cada turno por el personal de enfermería. El tratamiento se inicia si el puntaje es mayor de 8.

Las primeras medidas que se instituyen son disminuir al mínimo los estímulos sensoriales,



nociceptivos y establecer medidas de contención.

Si con estas medidas no se logra revertir la sintomatología con un puntaje de Finnegan mayor de 8, se administrará fenobarbital vía oral a la dosis de 3 mg/kg/día en dos dosis. Se coordinará consulta con neuropediatra o pediatra especializado en neurodesarrollo para el seguimiento y definir la conducta terapéutica a seguir. Si presenta convulsiones se indicará el tratamiento habitual. Se alimentará con leche modificada por succión o sonda orogástrica de acuerdo a las condiciones clínicas del recién nacido si no existe contraindicación. En estos pacientes se realizará la determinación de drogas en orina luego de informar a la madre.

Cuando la situación clínica lo permita se derivará al recién nacido en conjunto con su madre previo al alta hospitalaria, favoreciendo el vínculo. Estas pacientes requieren una observación estricta y contención durante la internación lo cual favorece el vínculo y la adhesión al tratamiento. El equipo de salud (trabajo social, salud mental, pediatra y enfermería) revalorará la situación previo al alta hospitalaria.

**Tabla 1. Score de abstinencia neonatal (escala de Finnegan)**

Llanto excesivo.	2
Llanto continuo	3
Duerme < 1h	3
Duerme < 2 h	2
Duerme <3 h	1
Moro hiperactivo	2
Moro muy hiperactivo	3
Temblor leve a la estimulación	1
Temblor moderado/ severo a la estimulación	2
Temblor leve espontáneo	3
Temblor moderado/ severo espontáneo	4
Hipertonía	2
Excoriaciones	1
Sacudidas mioclónicas	33
Convulsiones generalizadas	5
Sudoración	1
Fiebre <38,4° rectal	1
Fiebre > o igual de 38,4° rectal	2
Piel marmorata	1
Congestión nasal	1
Estornudos > 3 ó 4 veces tiempo observación	1
Aleteo nasal	2
Bostezos frecuentes >3 ó 4 veces tiempo obs.	1
FR >60 rpm	1
FR > 50 rpm y retracción intercostal	2
Succión excesiva.	1

Mal apetito	2
Regurgitación	2
Vómitos proyectivos	3
Heces blandas	2
Heces líquidas	3

---

114

**f) Mujer que manifieste su deseo de desvincularse del bebé independientemente de la situación de consumo.**

En ese caso el bebé será separado de la madre y se seguirán los pasos que determina el protocolo de atención al desvínculo recién nacido – madre de origen.

### **Seguimiento al alta hospitalaria**

Estos recién nacidos se derivarán por Programa Aduana con control en la policlínica de referencia correspondiente.

Contarán con seguimiento domiciliario dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.

Primer control a las 48 h del alta en policlínica.

El seguimiento se realizará en coordinación con neuropediatra o pediatra especializado en neurodesarrollo debido a que estos niños pueden presentar alteraciones en el neurodesarrollo (32,34,44-48).

Corresponde a los usuarios de ASSE seguimiento en SERENAR.

Se fomentará especialmente el vínculo de apego madre-bebé-familia.

Los estudios paraclínicos serán realizados en conjunto con los especialistas consultados según la situación clínica del recién nacido.

Los controles posteriores tendrán la frecuencia re-querida por la situación clínica.

Debe asegurarse la coordinación entre los programas de seguimiento existentes en cada comunidad.

Se debe promover desde el nivel central y/o comunitario la participación en los Centros CAIF.

Las pacientes atendidas en el CHPR serán derivadas al Portal Amarillo, grupo de género (tel 23 09 10 20).

Si existieran dudas acerca de aspectos toxicológicos se consultará con CIAT tel. 1722 las 24 horas.

Se podrá consultar tanto en Montevideo como Interior al teléfono de la red drogas que funciona en el Portal Amarillo 2309 1020 de 8 a 22 horas todos los días del año.

Los agentes socioeducativos cumplen un rol fundamental en el seguimiento post alta y la contención de la madre, el niño y su familia.

Es función del trabajador social convocar a diferentes técnicos o profesionales para el seguimiento de las situaciones, previa evaluación de los recursos institucionales existentes específicos del área geo-gráfica a la que la usuaria pertenece. En este sentido el abordaje en red es tanto un mecanismo de diagnóstico como de apoyo-contención.

115

### **Abordaje de la madre por salud mental**

“Hay mujeres que han consumido durante todo el embarazo y es durante el puerperio, ante el contacto físico con el bebé, que surge la motivación al cambio” (1).

Cuando el consumo problemático de sustancias se detecta durante el embarazo, parto o puerperio debe verse como una valiosa oportunidad ya que puede constituir el inicio de un proceso terapéutico.

El trabajo de salud mental tiene que ser interdisciplinario y coordinado con enfermería, trabajo social, gine-cobstetricia, neuropsiquiatría, neonatología y pediatría.

El primer abordaje es la entrevista, cuya meta es realizar una evaluación diagnóstica situacional. Se trata de una entrevista de encuentro con una paciente que se halla en uno de los momentos más peculiares de su vida. Se busca establecer un vínculo que transmita seguridad, apoyo y contención, evitando o disminuyendo los sentimientos de discriminación y castigo que están presentes desde el momento en que la mujer reconoce su consumo. Sobre esta base vincular se intenta reforzar su estabilidad emocional. Estas características hacen de la entrevista un encuentro terapéutico.

Se buscará conocer la relación de la mujer con el uso actual de sustancias, identificar la presencia de factores psicosociales y de trastornos psiquiátricos asociados, y la existencia o ausencia de sostén y apoyo afectivo y material de la pareja, familiares, amigos u otros referentes.

El diagnóstico psiquiátrico será únicamente una aproximación; el puerperio es un período de gran movilización emocional por lo que no es el momento adecuado para realizarlo.

El diagnóstico definitivo se realizará en la evolución.

Los cuadros más frecuentemente relacionados a personas con problemas asociados al consumo de drogas son:

- Síndromes depresivos.
- Síndromes angustiosos y mixtos. Trastornos de personalidad.
- Trastornos alucinatorios que, en la generalidad de los casos, son de carácter esporádico, pero requieren de intervención terapéutica y/o farmacológica.

116

Es importante recordar que no es conveniente realizar un diagnóstico definitivo de trastorno de personalidad antes de seis meses de abstinencia, dado que se ha observado una disfunción transitoria de la personalidad como producto del consumo de drogas, en especial, entre consumidores de pasta base de cocaína (1).

La motivación al cambio en relación al abuso de sustancias es uno de los aspectos importantes de la evaluación.

Algunas pacientes manifiestan su deseo de dejar de consumir (A), algunas lo hicieron al comienzo del embarazo (B), mientras que otras no se plantean abandonar el consumo (C).

A) A estas pacientes se debería ofrecer la posibilidad de internación por al menos 1 semana en el mismo centro hospitalario para realizar la desintoxicación.

B) A estas pacientes se deberá ofrecer la asistencia ambulatoria en grupos terapéuticos para mantener la abstinencia.

C) A estas pacientes se deberá proveer formación para la reducción de riesgos y daños para sí mismas y atender la particular situación emocional en caso de desvinculación del recién nacido.

Existe un grupo especial de pacientes constituido por aquellas mujeres cuyos bebés nacieron con problemas severos y atribuibles al efecto del consumo.

Estas pacientes requieren un abordaje terapéutico específico.

Recomendaciones generales para la realización de la primera entrevista (49):

- Escuchar sin cuestionamiento, permitiéndole vaciar su historia.
- Ser técnico mujer, pues se produciría una “empatía de género” en un encuentro en el cual son respetadas y validadas.

- Hablar en un lenguaje más cercano y coloquial.
- Permitir el contacto físico (tocar o dar un abrazo).
- Mostrar cuidado (ofrecer agua, dejar que lllore).

Es frecuente que exista una historia de abuso sexual y maltrato infantil. Las mujeres tienen necesidad de ser escuchadas aunque no lo demuestren en forma inmediata. La violencia doméstica puede ser parte de sus vidas en el momento actual. Más frecuente que la existencia de un trastorno psiquiátrico asociado es la presencia de sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos que generan malestar para sí mismas y muy frecuentemente para los otros de su entorno: irritabilidad, apatía, inquietud, aislamiento, enojo, agresividad, tristeza, culpa y otros.

Con respecto a la medicación:

Se utilizará en los casos necesarios midiendo siempre la relación costo/ beneficio, ya que la mayoría de estos fármacos están en las categorías C y D de la FDA y de la categorización realizada por la Academia Nacional de Pediatría (49).

Si predominan síntomas de ansiedad y/o excitación moderada (generalmente asociados al deseo de consumir o a un síndrome de abstinencia) se usará en primera instancia una benzodiazepina de vida media corta: lorazepam; como segunda elección se puede administrar levomepromazina.

Si existen síntomas depresivos la droga de elección es la sertralina.

Si existe mayor componente de inquietud, excitación psicomotriz y riesgo de conductas impulsivas, se usará risperidona.

La administración de psicofármacos debe realizarse cuando no han respondido a las entrevistas de apoyo o cuando la sintomatología las expone a riesgos en cuanto a su salud física y mental, así como también al feto y/o recién nacido o a terceros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Proyecto de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Santiago de Chile: CONACE, 2006.
2. Información Cualitativa: En: Pasta Base de Cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos [en línea]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2006: 38-83. Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy> [consulta: 13 ag. 2010].
3. Australia. NSW Department of Health. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn [en línea]. Sidney: NSW, 2006. Obtenido de: [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au) [consulta: 13 ag. 2010].
4. Poland ML, Dombrowski MP, Ager JW, Sokol RJ. Punishing pregnant drug users: enhancing the flight from care. *Drug Alcohol Depend*; 31(3): 199-203.
5. Annas GJ. Testing poor pregnant patients for cocaine—physicians as police investigators. *N Engl J Med* 2001; 344: 1729-32.
6. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. *J Addict Dis* 2010; 29(2): 175-91.
7. Bauchner H, Zuckerman B. Cocaine, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *J Pediatr* 1990; 117: 904-6.
8. Bingol N, Fuchs M, Diaz V, Stone RK, Gromisch DS. Teratogenicity of cocaine in humans. *J Pediatr* 1987; 110: 93-6.
9. Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA. Cocaine use in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313: 666-9.
10. Chasnoff IJ, Bussey ME, Savich R, Stack CM. Perinatal cerebral infarction and maternal cocaine use. *J Pediatr* 1986; 108:456-9.
11. Chasnoff IJ, Chisum GM, Kaplan WE. Maternal cocaine use and genitourinary tract malformations. *Teratology* 1988; 37: 201-4.
12. Chavez GF, Mulinare J, Cordero JG. Maternal cocaine use during early pregnancy as a risk factor for congenital urogenital anomalies. *JAMA* 1989; 262: 795-8.
13. Chen C, Duara S, Silva Neto G, et al. Respiratory instability in neonates with in utero exposure to cocaine. *J Pediatr* 1991; 119: 111-3.
14. Chiriboga CA, Bateman DA, Brust JC, Hauser WA. Neurologic findings in neonates with intrauterine cocaine exposure. *Pediatr Neurol* 1993; 9: 115-9.

15. Chiriboga CA, Vibbert M, Malouf R, Suarez MS, Abrams EJ, Heagarty MC, et al. Neurological correlates of fetal cocaine exposure: transient hypertonia of infancy and early childhood. *Pediatrics* 1995; 96: 1070-7.
16. Coles CD, Platzman KA, Smith I, James MA, Falek A. Effects of cocaine and alcohol use in pregnancy on neonatal growth and neurobehavioral status. *Neurotoxicol Teratol* 1992; 14: 23-33.
17. Finnell RH, Toloyan S, van Waes M. Preliminary evidence for a cocaine-induced embryopathy in mice. *Toxicol Appl Pharmacol* 1990; 103: 228-37.
18. Frank DA, Bauchner H, Parker S, Huber AM, Kyei-Aboagyek, Cabral H, et al. Neonatal body proportionality and body composition after in utero exposure to cocaine and marijuana. *J Pediatr* 1990; 117: 622-6.
19. Hand IL, Noble I, McVeigh JJ, Kim M, Yoon JJ. The effects of intrauterine cocaine exposure on the respiratory status of the very low birth weight infant. *J Perinatol* 2001; 21: 372-5.
20. Hoyme HE, Jones KL, Dixon SD, Jewett T, Hanson JW, Robinson LK, et al. Prenatal cocaine exposure and fetal vascular disruption. *Pediatrics*. 1990; 85: 743-7.
21. King TA, Perlman JM, Lupton AR, Rollins J, Jackson G, Little B. Neurologic manifestations of in utero cocaine exposure in near term and term infants. *Pediatrics*. 1995; 96: 259-64.
22. Kramer LD, Locke GE, Ogunyemi A. Neonatal cocaine-related seizures. *J Child Neurol* 1990; 5: 60-4.
23. Little BB, Smith LM. Brain growth among fetuses exposed to cocaine in utero: asymmetrical growth retardation. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 361-4.
24. McLenan DA, Ayayi OA, Rydman RJ, Pildes RS. Evaluation of the relationship between cocaine and intraventricular hemorrhage. *J Natl Med Assoc* 1994; 86: 281-7.
25. Porat R, Brodsky N. Cocaine: a risk factor for necrotizing enterocolitis. *J Perinatol* 1991; 11: 30-2
26. Rosenstein BJ, Wheeler JS, Heid PL. Congenital renal abnormalities in infants with in-utero cocaine exposure. *J Urol* 1990; 144: 110-2.
27. Sallee FR, Katikaneni LP, McArthur PD, Ibrahim HM, Nesbitt L, Sethuraman G. Head growth in cocaine-exposed infants: relationship to neonate hair level. *J Dev Behav Pediatr* 1995; 16: 77-81.
28. Silvestri JM, Long JM, Weese Mayer DE, Barkov GA. Effect of prenatal cocaine on respiration, heart rate, and sudden infant death syndrome. *Pediatr Pulmonol* 1991; 11: 328-34.
29. Singer LT, Yamashita TS, Hawkins S, Cairns D, Baley J, Kliegman R. Increased incidence of intraventricular hemorrhage and developmental delay in cocaine-exposed, very low birth weight infants. *J Pediatr* 1994; 124: 765-71.
30. Telsey AM, Merritt TA, Dixon SD. Cocaine exposure in a term neonate: necrotizing enterocolitis as a complication. *Clin Pediatr (Phila)* 1988; 27: 547-50.

31. Weathers WT, Crane MM, Sauvain KJ, Blackhurst DW. Cocaine use in women from a defined population: prevalence at delivery and effects on growth in infants. *Pediatrics* 1993; 91: 350-54.
32. Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005; 159: 824-34.
33. Fulroth R, Phillips B, Durand DJ. Perinatal outcome of in-fants exposed to cocaine and/or heroin in utero. *Am J Dis Child* 1989; 143: 905-10.
34. Bada HS, Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester B, La-Gasse LL, et al. Impact of prenatal cocaine exposure on child behavior problems through school age. *Pediatrics* 2007; 119: 348-59.
35. Koren G, Graham K, Shear H, Einarson T. Bias against the null hypothesis: the reproductive hazards of cocaine. *Lan-cet* 1989; 2: 1440-2.
36. Cocaine. In: Brigg G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Preg-nancy and Lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk.* 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 404-7.
37. National Library of Medicine. Cocaine. In: *Drugs and Lacta-tion Database (LactMed)* [base de datos en línea]. Bethesda: NLM, 2009. Obtenido de: <http://toxnet.nlm.nih.gov> [consul-ta: 10 ag. 2010].
38. Hoffman R. Cocaine. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies.* 8 ed. New York: McGraw Hill, 2006: 1133-47.
39. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos far-macológicos. *Adicciones* 2002; 14 (1): 57-64.
40. Mc Guigan M. Cannabinoids. In: Flomenbaum N, Gold-frank L, eds. *Goldfrank's toxicologic emergencies.* 8 ed. New York: McGraw Hill, 2006: 1213-21.
41. Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA. Cocaine use in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313: 666-9.
42. Burgos A, Burke B. Neonatal abstinence Syndrome. *NeoRe-views* 2009; 10: e222-e229.
43. Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis* 1975; 2: 141-58.
44. Thompson BL, Levitt P, Stanwood GD. Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10(4): 303-12.
45. Stone KC, LaGasse LL, Lester BM, Shankaran S, Bada HS, Bauer CR, et al. Sleep problems in children with prena-tal substance exposure: the Maternal Lifestyle study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(5): 452-6.
46. Ackerman JP, Riggins T, Black MM. A review of the ef-fects of prenatal cocaine exposure among school-aged chil-dren. *Pediatrics.* 2010 Mar; 125(3): 554-65.
47. Bandstra ES, Morrow CE, Mansoor E, Accornero VH. Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *J Addict Dis* 2010; 29(2): 245-58.



48. Stone KC, High PC, Miller-Loncar CL, LaGasse LL, Lester BM. Longitudinal Study of Maternal Report of Sleep Problems in Children with Prenatal Exposure to Cocaine and Other Drugs. *Behav Sleep Med* 2009; 7(4): 196–207.
49. Dell'Acqua C. Drogas, embarazo y lactancia. En: Uruguay. Ministerio de Salud Pública; Junta Nacional de Drogas. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Montevideo: MSP; JND: 121-9.

#### 4.3- Simposio “Avances y desafíos en la investigación científica sobre tratamientos, estrategias farmacológicas y vacunas contra la adicción a las drogas” Santiago de Chile (12 al 14 Noviembre 2012). Informe

Dra. Cecilia Scorza

122

El presente informe es un resumen de lo presenciado y discutido en el marco del Simposio “Avances y desafíos en la investigación científica sobre tratamientos, estrategias farmacológicas y vacunas contra la adicción a las drogas” realizado desde el 12 al 14 de noviembre, 2012 en las instalaciones del Hotel Atton-Vitacura en la ciudad de Santiago de Chile, Chile. El evento formó parte del programa de actividades de la Presidencia Pro Tempore de Chile en la preparación de la I Cumbre de Jefes y Jefas de Estado y de Gobierno de los países miembros de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) a realizarse en enero 2013. El fin es el de colaborar con el fortalecimiento de las comunidades científicas de los miembros de CELAC, estimulando desde el nivel científico la prevención, la investigación y los tratamientos a base de vacunas, antidotos, y fármacos para la drogadicción, para enfrentar un tema de alta relevancia en países de nuestra región.

El Simposio fue organizado por autoridades del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile en colaboración con investigadores de la comunidad científica de Chile, quienes invitaron a científicos de los países miembros de CELAC. Por lo tanto, al evento asistí en calidad de representante de la comunidad científica uruguaya, liderando en particular las investigaciones preclínicas que se llevan a cabo en el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE), en relación al estudio de los efectos de la pasta base de cocaína en el cerebro.

La realización del Simposio permitió presentar el estado del arte de la Drogadicción a través de una excelente combinación de presentaciones orales de trabajos basados en el uso de abordajes preclínicos, clínicos y psicosociales, así como de políticas de salud pública. Las presentaciones estuvieron divididas en tres principales bloques: “El impacto de la ciencia básica para el desarrollo de mejores estrategias preventivas y de tratamiento; “Enfoques Terapéuticos Alternativos para la Adicción a las Drogas” y “Desafíos para la investigación en América Latina y Desafíos clínicos en la drogadicción”. Esta división permitió contar con una muy buena interrelación temática. Los participantes del Simposio fuimos conscientes de que en nuestros países la transferencia de conocimiento desde las áreas básicas de investigación hacia la clínica o incluso al terrero psicosocial es tremendamente ardua y muchas veces inalcanzable. Estuvimos de acuerdo en que a través de una interrelación multidisciplinaria entre los actores dedicados al tema es que se pueden alcanzar logros en el reconocimiento de las alteraciones físicas y psíquicas que se observan durante la enfermedad de la adicción a drogas, en conseguir estrategias para su tratamiento así como para su prevención. De hecho

estuvo presente el concepto de que una buena comunicación a la sociedad de las acciones de las drogas de abuso a nivel del cuerpo humano puede considerarse una fuerte herramienta en la prevención de su consumo.

Por otra parte, se presentó y discutió sobre la vinculación del consumo de drogas a distintos tipos de delitos y por lo tanto al aumento de la inseguridad ciudadana en nuestras sociedades. En este sentido, se planteó la necesidad de rehabilitar clínica y socialmente a los individuos que delinquen o han delinquido asociados al consumo dado, dado que puede considerarse una manera de bajar el nivel de reincidencia de los individuos adictos y por lo tanto una estrategia novedosa para disminuir la inseguridad ciudadana.

De acuerdo a las conferencias presentadas, la discusión y las experiencias recogidas en el correr del Simposio se alcanzaron grandes conclusiones alguna de las cuales serán incluidas en un documento a ser presentado en la I Cumbre CELAC.

Las principales conclusiones del Simposio fueron las siguientes:

- 1) Es importante que se conciba a la Adicción, y en particular Adicción a drogas de abuso (o Drogadicción), como una enfermedad del cerebro que afecta severa y crónicamente a aquellas personas que la padecen.
- 2) Existen altas posibilidades de que integrantes de la comunidad científica regional, así como la mundial, dedicada al estudio de la neurobiología de la Adicción avancen en el conocimiento hacia el desarrollo de fármacos, vacunas y estrategias terapéuticas eficaces para el tratamiento de la Drogadicción.
- 3) Estamos convencidos de que si los gobiernos de los estados miembros de CELAC se comprometen a apoyar el desarrollo de la investigación científica a todo nivel, nuestra región podría encontrar soluciones a este grave problema de salud en los próximos años.
- 4) Resulta indispensable que nuestros gobiernos dediquen de manera continua recursos financieros y humanos en las investigaciones científicas vinculadas a la temática. Es fundamental la creación de puentes duraderos entre los actores que realizan investigación preclínica y la clínica, aunque también resulta ineludible el “bajar a terreno” o poner en práctica los resultados alcanzados en tales investigaciones. La aprobación y financiación de proyectos de investigación básicos y clínicos, la financiación de becas, pasantías, cursos de formación, el intercambio de profesores e investigadores de la región son algunos ejemplos concretos de las necesidades que se presentaron en el Simposio con el fin de alcanzar un alto nivel científico-académico en la región similar al que se concibe en países desarrollados.
- 5) En este sentido, quienes hemos participado del Simposio acordamos establecer una red entre nuestros centros de investigación para coordinar nuestras actividades, intercambiar experiencias, desarrollar

trabajos conjuntos y colaborar finalmente en el objetivo común de la prevención, tratamiento y/o rehabilitación de las personas consumidoras de drogas.

6) Apelamos a que los Jefes y Jefas de Estado y de Gobierno de países de nuestra región atiendan en forma especial nuestra petición dentro de la asignación de recursos nacionales para los programas de investigación en esta materia.

#### 4.4- II COLOQUIO EMERGENCIA SOCIAL: Exclusión / Inclusión

##### Fronteras – Tramas – Destramas. Consumo de Pasta Base de Cocaína\*

Juan Triaca<sup>1</sup>, Miguel Silva, Samuel Diogo, Marcelo Aprile

125

### RESUMEN

Los autores se plantean en el trabajo tender puentes conceptuales en relación a los amurallamientos, roturas, disociaciones, diluciones de las fronteras entre el cuerpo social y el familiar, el cuerpo psíquico y el biológico y su interrelación con los consumos problemáticos de drogas. Se conceptualizan los mismos como un complejo proceso que se va trenzando sobre una intrincada red de factores biológicos, psicológicos y socio – culturales, constituyéndose la interdisciplina en una herramienta imprescindible para su comprensión y abordaje terapéutico.

Se destaca la pérdida de filiación y la desesperanza producto de fuerzas que propenden a la expulsión social y en virtud de una permeación familiar -impotente de brindar un modelo alternativo mediante una trama ligadora - se obstaculizan las inscripciones de marcas simbólicas.

Se consideran algunos aspectos relevantes de un dispositivo grupal ubicado en la frontera de una institución de Tratamiento de Consumos Problemáticos de Drogas, mediante el cual se atiende inicialmente a las personas que solicitan algún tipo de asistencia en la misma.

Se interroga acerca de cómo sostener una clínica en las fronteras, que pueda transitar por los márgenes y que permita el tránsito desde un afuera sin palabras y actos sin conexión de sentido, hacia una interioridad que entrame, nomine y vehiculice una travesía vincular.

---

\* Publicado en Exclusión – Inclusión. II Coloquio Emergencia Social. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol. VIII. Montevideo, 2008.

<sup>1</sup> [jtriaca@adinet.com.uy](mailto:jtriaca@adinet.com.uy)

## **Fronteras – Tramas – Destramas : Consumo de Pasta Base de Cocaína**

“Qué Dios detrás de Dios la trama empieza” dice Borges, fronteras – tramas destramas es uno de los títulos de esta ponencia. Emergencia social, exclusión, inclusión son las palabras que convocan a este coloquio. Consumo problemático de pasta base de cocaína y su relación con las exclusiones es lo que proponemos como interrogación que entrame y nos ayude en el intento de develar sentidos.

126

Las conductas de dependencia no tienen un estatuto unívoco, dado que los factores implicados en su génesis son sumamente heterogéneos, entramándose a su vez en un complejo proceso que involucra factores neurobiológicos, psicopatológicos y socio - culturales. Las delimitaciones o conceptualizaciones entre un cuerpo, un psiquismo y una sociedad; o entre una dimensión intrasubjetiva, una intersubjetiva o grupal y una transubjetiva o institucional serán siempre marginales, fronterizas y complejas. Complejidad convocante de la *Interdisciplina*, para su interrogación.

“ ‘Yo’ es otro” ha dicho Arthur Rimbaud, evocándonos la presencia – o quizás mejor decir – la ausencia del OTRO en las adicciones, aquellas en las que la DROGA se constituye en ese objeto único que cancela toda posibilidad de constituirse como sujeto, mediante ese acto psíquico y creador que es la renuncia al goce. Intento de anulación de la alteridad, como imperioso objetivo de preservarse del riesgo devastador de una respuesta inadecuada proveniente de ese otro.

Qué es lo que hace obstáculo en la clínica? se pregunta Bruno Bulacio, para decir: “aquello en lo que me parezco al adicto, centrando la cuestión en la problemática de la subjetividad. No hay clínica posible de las adicciones sin aquella que opera sobre la subjetividad del otro y si algo hace a esta frontera, obstáculo, eso es inconsciente”.<sup>1</sup>

La “clínica de la dependencia” puede ser entendida como una defensa contra una dependencia afectiva que genera un profundo sentimiento de vulnerabilidad y de amenaza identitaria, en donde no es posible el vínculo verdadero con el otro, puesto que ello entraña el compromiso de reconocerlo, cuidarlo. Con el acto adictivo intentará manejar y controlar la distancia relacional, pero esto sobreviene a costa de una escisión del Yo que empobrece al sujeto. Las personas serán percibidas como cosas, que sólo tienen valor en la medida que él las necesita.

---

<sup>1</sup> Bulacio, Bruno José. De una clínica de lo inaudito. Recorridos de la práctica. Actualidad Psicológica, año XXVII, N° 304. Diciembre de 2002.

Todo aquello que “recuerde un vínculo afectivo será rechazado y el comportamiento mismo se va tornando mecánico, desvitalizado, viéndose el sujeto progresivamente atrapado, de manera paradójica, en una búsqueda progresiva de sensaciones fuertes para sentirse existir y no para procurarse placer”. †

“Problema drogas, compromiso de todos” es un eslogan que ha difundido fuertemente la Junta Nacional de Drogas. Acordamos con ello e intentamos implicarnos tendiendo puentes que posibiliten una mirada diferente a la tan habitual estigmatización del fenómeno, ya que en definitiva el adicto no hace nada muy diferente que lo que han hecho con él ayer y continúa hoy haciendo una gran parte de la sociedad, a la que en su acto denuncia y reclama a través de los sufrimientos que impone y se impone: encierro narcisista, incapacidad de preocuparse por el otro, transgresiones y justificaciones variopintas, renegación de las diferencias y una permanente sustracción de las exigencias que la vida le plantea, por la vía que la propia sociedad promociona y le ha marcado, la del consumo. ‡

El adicto sufre de desmesura y en un ambiente donde se respira narcisismo, la dificultad en descifrar los límites y la constitución de un entramado simbólico, son algunos de los aspectos primordialmente estampados en las conductas adictivas, “donde incorporar es ser, en el sentido literal e irreductible del término y donde llenarse es el riesgo de vaciarse de una parte del yo en un círculo vicioso sin fin”. §

En un trabajo anterior\*\* citábamos los conceptos de Duschatzky y Corea, quienes en su libro *Chicos en Banda*, analizan la diferencia entre los conceptos de pobreza o exclusión y de expulsión social, en donde en los primeros no necesariamente se verían atacados los procesos de pertenencia, reconocimiento, filiación y de esperanza de un mejor futuro. Describen el proceso de expulsión como: un estar por fuera del orden social y plantean que el mismo es provocado por un modo de constitución de lo social. Dicen: “la expulsión social provoca un desexistente, un “desaparecido” de los escenarios públicos y de intercambio”. †† Retoman además la noción de “nuda vida” para conceptualizar a aquellos sujetos que han perdido visibilidad, nombre, palabra y que transitan por una sociedad que parece no esperar nada de ellos. Por otra parte y citando a Agamben definen la vida humana como aquellos modos, actos y procesos singulares que nunca son plenamente hechos, sino siempre y sobre todo posibilidades y potencia: “un ser de potencia es un ser cuyas posibilidades son múltiples, es un ser indeterminado. Un ser de nuda vida es un ser al que se le han consumido sus potencias, sus posibilidades”.

† Corcos, M. *Las Conductas de Dependencia en la Adolescencia*. En: *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos* (Editores académicos C. Gómez, G. Hernández, A. Rojas-Urrego) Bogotá, CEJA, 2002.

‡ Mayer, H. *Adicciones: un mal de la postmodernidad*. Ediciones Corregidor. Buenos Aires, 1997.

§ Corcos, M. *Le corps absent*. Dunod. Paris, 2000.

\*\* Triaca, J. *Adicciones - Adolescencia - Violencia*. Complejidad en las Fronteras. Jornadas Violencia Social y Adolescencia. APU. Publicado en: *Itinerario: Revista Electrónica de Psicopatología de la Universidad de la República*. 2005.

†† Duschatzky, S. Corea, C. *Chicos en Banda*. Paidós. Buenos Aires, 2002.

Es un ser absolutamente determinado. Cuando la “*instalación en la precariedad*” se constituye en un estado permanente se produce lo que Castel define como procesos de desafiliación social, en donde el individuo vive – o aprende a vivir – en ausencia de inscripciones a estructuras dadoras de sentido.‡‡ Huérfano de apuestas a colectivos deambula sin rumbo procurando apenas la subsistencia diaria; una vida pautada por “vivir al día”. Es necesario que nos interroguemos acerca de las subjetividades que emergen en estos contextos y en relación con un *Estado* que se ha eclipsado en su función normatizadora, de regulación, contención y protección social y su sustitución por el imperio del *Mercado*, que no requiere a la ley ni al otro, ya que es en su correlación con el objeto y no con el sujeto en donde se apuntala ilusoriamente la satisfacción.

### *Del objeto de consumo al ser objeto y ser consumido*

El contexto cultural reinante promueve, mediante la inducción al consumo, un modelo para pensar al mundo, en donde se procura constituir el ser en relación al tener. El objeto es depositario de la urgente encargatura de resolver necesidades, tranquilizar, valorar y completar al sujeto. Las vivencias de falta o tensión interna intentaran apaciguarse mediante la compra o incorporación de un objeto externo, en lugar de ser reconocidas y elaboradas.§§

En un mundo plagado de injusticia y desigualdad social, el aviso publicitario es el mensaje de más ecuánime distribución, llega a todos por igual. Los sectores más desfavorecidos también son impactados por la ráfaga indiscriminada de la mercadotecnia. Seducidos por los escaparates de la sociedad postmoderna, del placer inmediato y del consumo, buscan alcanzarlo según pauta la publicidad, pero son rechazados una y otra vez. Entre el sujeto y el bien preciado exhibido en el escaparate está la radical separación que lo deja “con la ñata contra el vidrio”; el objeto promocionado se muestra contradictoriamente inaccesible. Es la resignación cotidiana, la postergación repetida o el ruido violento de la piedra que al fin se estrella contra el vidrio, para llevar aquello que “indefectiblemente” debe ser poseído. Es así que en el vaivén de los fracasos, “los medios no aceptados socialmente” para la obtención de cualquier objeto de consumo (el robo, el rastrillaje, etc.) se transforman en alternativa efectiva. Sobre cualquier otra valoración de la acción prima la obtención, la conquista, la posesión. No en vano la palabra “propio” adquiere en muchos de los jóvenes un significado extra de valoración adjetiva, aplicándose como sinónimo de “lo mejor” y lo “realmente bueno”.

‡‡ Castel, Robert; *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*; Paidós. Buenos Aires, 1997.

§§ Abadi, S. *Adolescencia y droga: un síntoma en la cultura*. Rev. Psicoanálisis, 1990. T. XLVII. Número 4. Asoc. Psicoanalítica Argentina



Es otra forma de intentar vincular lo deseado con lo poseído, de otorgar un plus de valor a aquello que logra ser consumido y encontrar allí su mayor valor.

Los jóvenes consumidores de pasta base de cocaína, acusados públicamente de inadaptados sociales, responden, en realidad de forma hiperadaptada a las pautas culturales predominantes de nuestra sociedad. Fieles al imperio del consumo y el placer inmediato, siguen la máxima que planteara Luca Prodan: “no se lo que quiero, pero lo quiero ya”. El objeto droga se transforma en la panacea del consumo y el vínculo con la misma se vuelve modelo: la aplicación exacta del “Manual del Vínculo Consumista Perfecto” en el caso de que este existiera. No en vano las drogas son el negocio más próspero de estos días, el “narco” es la envidia de cualquier multinacional. En términos económicos la demanda del consumidor de drogas llega a los niveles más altos de las variables tipo que definen la preferencia de cualquier consumidor: la *completud*, la *transitividad* y la *insaciabilidad* frente a la oferta.

En el irrefrenable deseo por consumir la sustancia y tras cobrar ésta una centralidad vivenciada como insustituible para el sujeto, la figura del otro se vuelve difusa y la trama vincular de características preponderantemente utilitarias. Sabemos que si no opera la ley simbólica –aquella que reprime a la vez que habilita – el otro no puede ser configurado. El otro como espejo, como límite, como lugar de deseo, se desvanece. De esta manera, inmerso en el consumo más absoluto el otro no es más que un medio para conseguir lo que se desea. En este ejercicio continuo de interacción exclusiva con el objeto, el sujeto se percibe carente de particularidades propias, más allá de las que le son necesarias para el vínculo con la sustancia. El desgaste es tal que muchos consumidores suelen perder toda identidad e identificación: “desde que fumo pasta soy otro, me veo y no me reconozco, no soy el mismo; soy un bicho” frase que escuchamos cientos de veces en nuestro trabajo con consumidores de pasta base de cocaína.

### **Sinopsis del dispositivo de los Grupos “T” en el Portal Amarillo**

#### A modo de introducción histórica

En los inicios de la puesta en práctica del proyecto del Centro de Información y Referencia Nacional de la Red – Drogas y producto de un proceso de elaboración grupal, nació la idea de atender a las personas que solicitaran algún tipo de asistencia mediante un dispositivo grupal. La “avalancha” era una sensación, que cabalgando con el diseño del proyecto institucional nos generaba temor a la vez que estimulaba el desafío de cómo canalizarla, para que no nos “barriera”, dejándonos sin base de sustentación firme. Los pensamientos anticipatorios de que la solicitud de asistencia superaría la

capacidad de horas-técnico del equipo fueron horadando esquemas, provocando angustias y estimulando creativities. Es así que fue germinando la idea de estos grupos "primeros". El tránsito por sus objetivos y denominación: de acogida, de aguante, transitorios, transicionales en el sentido winnicotiano, se fue decantando en una letra: "T".

A un año y medio de sus comienzos y con una sensación agradable por lo que están produciendo y promoviendo, que nos permite agregar nada menos que la palabra *terapéuticos* a las iniciales y redoblar los esfuerzos para lograr que sean cada vez mas transicionales y menos transitorios. Es decir que cada vez más, permitan y promuevan el despliegue simbólico, fuente fundamental del distanciamiento de lo transitorio, adictivo y alienante.

Estamos todos, cada uno desde diferentes lugares e historicidades tratando de aprender. Los caminos son largos, complejos y empedrados, no obstante y apelando a nuestras propias simbolizaciones creadoras, debemos continuar profundizando teórica y prácticamente.

Desde la convocatoria a través del nombre propio que acaricia al yo y las miradas que sostienen, se pone en marcha un proceso que a través de la mediatización de la palabra procura avanzar de lo transitorio a la transicionalidad. Desde un afuera sin palabras y actos sin conexión de sentido, habrá que poder ir buceando en busca de una interioridad con ligazones.

Simbolizando en ese primer contacto que nomina, invita y desafía a embarcarse, a navegar sin carta previa, apenas con algunos instrumentos básicos para construir el rumbo, que tal vez llevará a buen puerto. Difícil decisión sin duda, el agua está agitada, fría y poco clara y todos tienen que mojarse, nadie que pretenda llegar podrá evitarlo. Desde nuestro lugar técnico el desafío será el de cómo mojarnos sin ahogarnos o evitar que por rescatar a uno ahogemos otro, o que al intentar sacarlo lo enviemos más al fondo.

¿Cómo sostener esa tensión de la diferencia entre el tratar de parecernos pero sabiendo que somos, estamos, venimos y volvemos a lugares diferentes? Nos viene a la cabeza parafraseando aquello de "quién cuida a los cuidadores", lo que acá sería "quien rescata a los rescatadores" y pensamos en la palabra, lo que entrama en el equipo. Decíamos hace algún tiempo ya y lo seguimos planteando: el uso problemático de drogas es un fenómeno complejo y multicausal que debe ser encarado de manera interdisciplinaria, el trabajo en equipo, con una dinámica de constante intercambio se ha mostrado como uno de los recursos más efectivos para intentar resolver las complejas peticiones que, vinculadas a dicha problemática son planteadas por: individuos, grupos familiares o sociales e instituciones.\*\*\*

---

\*\*\* Triaca, J. Uso Inadecuado de Sustancias en el quehacer médico psiquiátrico. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay  
Actividad de Educación Médica Continua en Psiquiatría. (Video Biblioteca de SMU) 1997.

Algunos supuestos básicos desde los que nos posicionamos para diseñar el dispositivo de los grupos “T” en el Portal Amarillo

131

Muchas de las propuestas institucionales de rehabilitación del consumo problemático de drogas, parten de la base de que el adicto solo podrá implementar cambios significativos en los distintos territorios de su vida: familia, pareja, amigos, trabajo, educación, etc. si logra instalar cambios sustanciales y sostenibles en su vinculación con la sustancia. Sobre este objetivo primario – cambiar la relación con la sustancia – se organiza toda la batería de recursos diagnósticos y de intervención de la institución. Optamos por invertir esta lógica en nuestra propuesta, partiendo del supuesto que el vínculo alienante, dependiente, simbiotizante que el adicto establece con la sustancia es una consecuencia, un efecto secundario con valor sintomal de sus “formas de vinculación tóxicas”, incorporadas en su grupo primario y en su entorno social. Debemos aclarar que esta modalidad vincular, alienante, adictiva, tóxica, puede establecerse con sustancias o con cualquiera de las múltiples y siempre renovadas ofertas que nuestro sistema social nos ofrece para establecer vínculos de esas características.

Desde este supuesto, consideramos que el adicto podrá modificar su relación con la sustancia solamente si es capaz de problematizar y modificar sus “matrices primarias de vinculación tóxica” con otros seres humanos y con su cotidianeidad social.

Los dispositivos grupales implementados en el Portal apuntan estratégicamente a constituirse en ámbitos de acompañamiento y contención en el difícil proceso de descubrimiento y análisis crítico de esas matrices históricas de vinculación tóxica. Ese “descubrimiento” se ve favorecido por la visibilidad que cobran esas matrices por el “efecto de contraste” generado entre estos equipamientos defensivos de subsistencia, necesarios y hasta imprescindibles en sus grupos y contextos socio institucionales de referencia, y los que encuentran en el Portal, al ser recibidos en un colectivo cuya consigna primaria es la aceptación respetuosa del otro y sus diferencias personales, promoviendo la escucha atenta por parte del grupo, de la singularidad de cada historia de vida.

En esa escucha activa, la pareja coordinadora intentará permanentemente someter a cada integrante a un “síndrome de abstinencia discursiva”, al promover que se hable lo menos posible del consumo y lo más posible de la persona y su historia de vida, el lugar en su familia de origen, y sus vínculos más significativos, tratando de ir conformando el “mapa vincular primario” de cada integrante.

Hablamos de “síndrome de abstinencia discursiva” por la movilización y desestabilización que esta maniobra genera, al obligarlos a “abstenerse de su identidad de consumo”, de todos sus circuitos instituidos de intercambio simbólico y sus beneficios secundarios. Esta es sin duda, una de las maniobras técnicas más difíciles y necesarias: el mantener inhibido en el grupo el protagonismo y el poder que el consumidor tiende inconcientemente a asignarle en su discurso a la sustancia, promoviendo en cambio la

emergencia de lo que habitualmente queda excluido del mismo, y que a nuestro juicio constituye un invaluable material de análisis grupal: su historia de vida, sus grupos de pertenencia y referencia, su cotidianeidad y su mapa vincular.

El “antídoto” que le ofrecemos frente a este síndrome de abstinencia discursivo es el “holding grupal”, considerando que el grupo es la herramienta mas adecuada para instalar procesos de narcisización secundaria, de personalización y de subjetivación alternativa que no se han laudado bien en su grupo primario.

132

Sus historias pueden ser resignificadas, al ser revisitadas en un contexto grupal con escucha, reglas de juego, códigos y límites bien distintos a los que operan en sus grupos primarios. Sabemos que esto somete al adicto a una crisis, por la violencia del contraste entre sus estructuras internas de vinculación previa, en las que las drogas y su “identidad de adicto” cumplían funciones fundamentales, y un ámbito grupal nuevo donde se lo invita a desnudarse de estos viejos ropajes y construir esquemas identitarios alternativos al ser reconocido, visto, escuchado, aceptado y legitimado en otros roles y funciones. Esto instala un precario equilibrio que la pareja coordinadora debe revisar sesión a sesión: entre la ineludible violencia generada por ese contraste para cada uno de los integrantes, y el nivel de contención y sostén afectivo que el propio grupo y sus redes transferenciales van generando para metabolizarla.

El desafío técnico y humano fundamental (sobre todo con los consumidores de pasta base de cocaína, que llegan con una identidad social muy estereotipada y rígidamente consolidada) es “no suponer quienes son”, sino por el contrario intentar promover un ámbito colectivo que los estimule a desplegar lo mas libremente posible sus modos de existencia y de funcionamiento socio históricos, hacia otros posibles a inventar.

La instalación simultánea en el Portal de grupos “T” de usuarios con grupos “T” de familiares o referentes vinculares significativos, facilita la elaboración de esta crisis al constituir dos dispositivos que se complementan y potencian en sus efectos terapéuticos, al acelerar el procesamiento de las resistencias al cambio en dos planos coexistentes y en paralelo: a nivel del propio sujeto al sentirse transitoriamente privados de sus esquemas defensivos y de vinculación previos y a nivel del grupo familiar del usuario, que ante los cambios observados en el “paciente designado”, se ve forzado a reconocerle un posicionamiento diferente en la dinámica familiar, viéndose de esta forma interpelado en su propio funcionamiento, que deberá ser también reestructurado, asignando nuevos roles y redistribuyendo las depositaciones entre sus miembros. Pensamos que este diseño clínico de dos abordajes grupales simultáneos y discriminados permite al equipo técnico en las instancias de interconsulta, monitorear en paralelo el proceso de cambio y las resistencias al mismo que aparecen en el usuario y en su grupo primario.

Consideramos que con este dispositivo de *intervenciones combinadas\** se logra reducir los tiempos terapéuticos, pues evitamos uno de los supuestos mas peligrosos en el diseño de estrategias

terapéuticas para adictos; que es partir de la base de enfoques individualizantes de la problemática del consumo, que centran todos los recursos terapéuticos en la promoción de las motivaciones al cambio y las resistencias al mismo, y los beneficios secundarios asociados al consumo exclusivamente en la escala del individuo que consume. Esta escala es imprescindible, pero absolutamente insuficiente en sí misma, pues esta misma lucha entre motivaciones de cambio y resistencias al mismo y beneficios secundarios del statu quo, también se juega en la escala de su grupo familiar y en su entorno social inmediato.

133

En relación a lo anterior en otro trabajo††† desarrollamos la noción de “síndrome de abstinencia familiar”, que alude a esta etapa de gran movilización, generalmente acompañada de descompensaciones severas de otros integrantes, que se instala cuando logramos descentrar al miembro adicto, de sus roles y funciones tradicionales en la dinámica familiar.

En familias particularmente problemáticas, que requieren una intervención terapéutica más intensiva y focalizada, el grupo “T” de familiares ofrece un ámbito psicoeducativo, de recepción y contención primaria de baja exigencia, que puede officar como preámbulo para una intervención posterior más intensa y ambiciosa en sus objetivos.

Finalmente y por lo anteriormente expuesto, pensamos que todo abordaje terapéutico del vínculo tóxico que un sujeto individual establece con una sustancia, debe ser en definitiva desde nuestro punto de vista, una intervención familiar y social, aunque nos veamos obligados a trabajar todo esto solamente con la persona afectada.

Aún en esas situaciones extremas donde estamos forzados por la ausencia de referentes a diseñar estrategias de intervención individuales, éstas no deben ser individualizantes; pues sólo podremos promover cambios en el vínculo del sujeto con la sustancia, si pudimos problematizar con él, como sus grupos primarios e instituciones de pertenencia y referencia “han formateado” inconcientemente su subjetividad y sus matrices de vinculación tóxicas.

---

\* Intervenciones que se desarrollan en los tres dispositivos asistenciales del Portal (Ambulatorio, Centro Diurno y Residencial).

††† Silva Cancela, M. Intervenciones Terapéuticas en la era del vacío. En: “Adicción”. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos, 2000.

#### 4.5 -CENTRO DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA NACIONAL DE LA RED – DROGAS “Portal Amarillo”

PROYECTO: CONFORMACIÓN de DISPOSITIVOS GRUPALES para USUARIOS FAMILIARES y/o REFERENTES de CONSUMIDORES de DROGAS en el PRIMER NIVEL ASISTENCIAL

Equipos de Salud Mental

134

Autores: Dr. Juan M. Triaca, Psic. Miguel Silva, Dra Susana Grunbaum.

### FUNDAMENTACIÓN

En los inicios de la puesta en práctica del Proyecto del Centro de Información y Referencia Nacional de la Red – Drogas “Portal Amarillo” y producto de un proceso de elaboración grupal, nació la idea de atender a las personas que solicitaran algún tipo de asistencia vinculada al consumo de sustancias mediante un dispositivo grupal. El tránsito por sus objetivos y denominación: de acogida, de aguante, transitorios, transicionales en el sentido winnicotiano, se fue decantando en una letra: “T”. A tres años de sus comienzos la evaluación de lo que están produciendo y promoviendo, nos permite agregar nada menos que la palabra terapéuticos a las iniciales y redoblar esfuerzos para lograr que sean cada vez más transicionales y menos transitorios. Es decir que cada vez más, permitan y promuevan el despliegue simbólico, fuente fundamental del distanciamiento de lo transitorio, adictivo y alienante.

Los Grupos T son un dispositivo que permite ofrecer una atención inmediata al usuario, familia y/o referentes que concurren a un centro asistencial para iniciar el tratamiento por consumo problemático de drogas. Según la Real Academia Española, transición significa: *“La acción y efecto de pasar de un modo de ser o estar a otro distinto”*. Lo pretendidamente transicional del dispositivo operaría en ese pasaje del usuario por lo institucional, en ese tránsito desde un afuera *-sin palabras y actos sin conexión de sentido-* hacia el adentro del Sistema Asistencial *-en donde habrá que poder ir buceando en busca de una interioridad con ligazones-*.

Los Grupos T son uno de los primeros contactos de los usuarios y/o familiares con la institución. A través de dichos grupos, “se presenta la institución”, a la vez que en ellos, los usuarios “se presentan a la institución”.

Son espacios donde se brinda contención, apoyo y se inicia una primera evaluación de usuarios y familiares. Si bien desde el punto de vista conceptual son agrupamientos de personas - de carácter Transitorio – los mismos tienen como objetivo, generar otras formas de vinculación consigo mismo y los

otros. Consideramos que es un grupo el ámbito más apropiado para trabajar y transformar las lógicas de vinculación propias de su grupo primario, generalmente caracterizadas por la indiscriminación, el miedo, la cosificación y la violencia, por otras donde se promueven y potencian el reconocimiento mutuo, el cuidado recíproco, la confianza y la solidaridad, dando lugar así a espacios personales discriminados y "vivibles" conformados en estas grupalidades alternativas.

De esta manera el grupo oficia como "campo privilegiado de prácticas" de nuevas formas de interacción e inserción social. A través de la palabra y desde el inicio, se promueve la posibilidad de cuestionar la identidad de "adicto a drogas", así como también las relaciones cotidianas de intercambio en relación a esta. Se pretende con esto abrir o ensanchar circuitos que posibiliten la "reconexión" con su historia previa y los conflictos. Metabolizar dicha conflictiva en un proceso, en el que a su vez se podrá ir logrando la inscripción en una nueva grupalidad y mediante el despliegue de otras formas de vinculación, se podrá transitar el pasaje de lo "transitorio" a lo "transicional". Desde la Institución se deberá ir evaluando dicho proceso, para acompañar el tránsito hacia otros dispositivos terapéuticos.

135

## **OBJETIVO GENERAL**

Diseño, implementación y seguimiento, en el marco de diferentes Equipos de Salud Mental de ASSE de Dispositivos Grupales, que permitan brindar atención inmediata al usuario, familia y/o referentes con consumo problemático de drogas.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Fortalecer la red socio sanitaria con el objetivo de mejorar la captación de la demanda en relación a los consumos problemáticos y la eficiencia de su abordaje en el sistema sanitario.
- Constituir un Equipo de Capacitación Móvil el cual desde un enfoque interdisciplinario y territorial y con una metodología teórico – práctica, profundizará la capacitación de técnicos de Equipos de Salud Mental. Se enfatizarán aspectos relacionados a abordajes grupales, de usuarios, familiares y/o referentes con consumo problemático de drogas.

- Detectar motivación en Equipos de Salud Mental de ASSE ya sensibilizados y capacitados en la problemática del consumo de drogas.
- Contribuir a la consolidación de metodologías grupales, participativas e interdisciplinarias en los Equipos de Salud Mental, como estrategia básica en el diagnóstico e intervención clínica sobre patologías complejas.
- Contribuir a la Implementación en los Equipos de Salud Mental de dispositivos grupales para usuarios, familiares y/o referentes con consumo problemático de drogas.

136

## ACTIVIDADES

- Formular criterios de selección y coordinar con Dirección de Salud Mental de ASSE a los efectos de determinar dos Equipos de Salud Mental en diferentes zonas de la capital para iniciar el Proyecto (experiencia piloto).
- Realizar instancias de intercambio con Coordinadores y Técnicos de los dos Equipos seleccionados.
- Seleccionar dos Técnicos de cada uno de los Equipos, los que se encargarán de coordinar los grupos de usuarios, familiares y/o referentes. En los criterios de selección se tomará en cuenta la realización de pasantías de capacitación en el Portal Amarillo.
- Promover el compromiso del resto del Equipo en los diagnósticos, derivaciones y abordajes complementarios. Se buscará que el conjunto del equipo se involucre en el Proyecto y no solo los técnicos que coordinarán los grupos.
- Profundizar Capacitación teórico – práctica, desde una conceptualización interdisciplinaria y territorial, con énfasis en abordajes grupales, de los Técnicos seleccionados, y de todo el Equipo de Salud Mental.



- Promover la difusión de los dispositivos grupales en la Red Asistencial, sobre todo de la zona de influencia del Equipo.
- Implementar en dos Policlínicas de Salud Mental seleccionadas, abordajes de los consumos problemáticos de drogas mediante dos dispositivos grupales, uno para usuarios, y otro para familiares y/o referentes. Los mismos serán coordinados por dos técnicos, con una frecuencia semanal, serán de una hora y media de duración y con capacidad para asistir hasta un máximo de diez – doce personas. Se instrumentarán vías de ingreso a los dispositivos fáciles y rápidas.
- El Equipo de Capacitación apoyará mediante instancias de intervisión la implementación y puesta en práctica de los dispositivos grupales. Se buscará permanentemente y desde una conceptualización interdisciplinaria y territorial, promover la interrelación con el resto del Equipo y la Red Asistencial. El equipo de Capacitación coordinará espacios de intercambio teórico – prácticos en los propios Equipos de Salud Mental y en el Portal Amarillo.

## EVALUACIÓN

**A) Actividad evaluada:** Capacitación de Técnicos de los Equipos de Salud Mental, con enfoque interdisciplinario y territorial en abordajes grupales de usuarios, familiares y/o referentes.

**Indicadores:** Conformación de un Equipo de Capacitación. Cronograma de actividades. Nº de participantes en cada actividad.

**Instrumentos de registro o verificación:** Registros de actividades y de técnicos participantes.

**B) Actividad evaluada:** Detección del Consumo Problemático de Drogas en usuarios atendidos por los Equipos de Salud Mental

**Indicador:** Nº de usuarios con CPD detectados / Nº total de pacientes que consultan en la Policlínica, en el mes. (Se seleccionarán aquellos usuarios de la Policlínica de Salud Mental que tengan entre 15 y 35 años)

**Instrumentos de registro o verificación:** Historia Clínica, Sistema de Información de los Equipos de Salud Mental, partes diarios. Informe Mensual.

**C) Actividad evaluada: Grupos de usuarios, familiares y/o referentes**

138

**- Indicadores:**

Nº de derivaciones a grupos / Nº de consultas totales por Consumo de Drogas efectuadas por los técnicos del Equipo

Nº de usuarios que se Integran efectivamente a los grupos / Nº de derivaciones a grupos.

Nº de familiares y/o referentes con Consumo de Drogas que se Integran efectivamente a los grupos / Nº de derivaciones a grupos.

Nº de grupos funcionando

Nº de usuarios que concurren a cada grupo

Nº de familiares y/o referentes que concurren a cada grupo

Tiempo de permanencia en los grupos

**Instrumentos de registro o verificación:** Registros del servicio. Se realizarán al inicio y al final del Proyecto.

Los indicadores, mencionados permiten tener una aproximación del **proceso**. A continuación se adjunta una escala de evaluación que permite tener una aproximación de los **resultados** obtenidos:

**Escala de Evaluación de Consumo de Drogas (Holsten y Waal)\***

SUBESCALA	POLARIDAD (1 – 9)	MIDE
<b>Consumo de Drogas</b>	Abstinencia total - Consumo masivo	Frecuencia de abuso Tipo de tóxico sin control Grado de control
<b>Funcionamiento Social</b>	Empleo constante y alto grado de satisfacción – Nula actividad laboral o educacional	Grado de independencia Adaptación Social Satisfacción individual
<b>Identidad social y Pertenencia</b>	Total satisfacción familiar, amplio círculo de amigos y socialmente integrado - Vive en un medio asocial dominado por el consumo	Relaciones Familiares Relaciones Sociales
<b>Salud Mental</b>	Ausencia de síntomas Psicopatológicos. Adecuado humor y habilidad adecuada para el contacto social - <b>Salud Mental</b> para el contacto social - Precisa atención constante E ingreso en instituciones especializadas	Salud Mental

Esta escala se aplicará al inicio de la incorporación a los dispositivos grupales de usuarios y luego a los tres meses de concurrencia.

También podría realizarse mapeo de Red del usuario y Apgar Familiar al inicio y a los tres meses.

\* Tomado de: Bobes, J., Casas, M., Gutierrez, M. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Ars Médica. Barcelona, 2003.

## IMPLEMENTACION DEL PROYECTO

- Se conformará un Equipo de Capacitación Móvil compuesto por dos profesionales que coordinarán y tendrán el cometido de promover la implementación de los dispositivos grupales y su evaluación. En ese trabajo “en territorio” también se evaluarán en conjunto con todo el Equipo de Salud Mental, los recursos socio sanitarios locales y se promoverán estrategias de red que sustenten sinérgicamente los espacios grupales a crear.

140

También este tiempo está previsto para ser utilizado en instancias de evaluación, planificación, análisis y resolución de las dificultades operativas encontradas y al diseño e instrumentación de actividades de intercambio, capacitación y fortalecimiento de la red socio sanitaria.

- Se conformará además una pareja de técnicos por cada Equipo de Salud Mental seleccionado (dos Equipos, dos parejas total) que coordinará los dos dispositivos grupales (usuarios y familiares y/o referentes). Se estima que esta tarea insume tres horas a la semana (una hora y media por cada grupo), más la de capacitación, intervisión, relacionamiento con el resto del Equipo de Salud Mental y la Red, dos horas semanales, total: cinco horas por semana cada pareja.

## RECURSOS MATERIALES

- Espacio físico adecuado para el trabajo con grupos de 10-12 personas más la pareja coordinadora.
- Mobiliario apropiado para la tarea
- Papelería (Fichas de Notificación del Observatorio Uruguayo de Drogas, carpetas con material bibliográfico básico, planillas de evaluación, etc.)
- Folletería para difusión en la Red Asistencial Pública de las actividades.
- Carteles y afiches de difusión

## RECURSOS HUMANOS

### Equipo de Capacitación Móvil

- Dos profesionales con tres horas semanales encargados de la coordinación general del proyecto.
- Participación de la Epidemióloga del Portal Amarillo para apoyar la tarea de evaluación, aportando horas dentro de su carga horaria ya establecida.

### **Equipo de Salud Mental**

- Una pareja de técnicos por cada Equipo de Salud Mental que destinarán cinco horas semanales en total al Proyecto (una hora y media para cada grupo, más dos horas semanales de supervisión y coordinación con el Equipo y la Red).
- Un técnico administrativo que se encargue de registros, recepción y coordinación de los usuarios (dos horas semanales).

141

### **CRONOGRAMA**

Se ubica el proyecto temporalmente como de instalación en el **corto plazo** ya que:

- Más allá de este tiempo se estará trabajando con datos no actualizados, no ajustados a una realidad cambiante y por la necesidad de comenzar a operativizar el mismo.
- Se cuenta con Equipos de Salud Mental que cumplen con los requisitos para su instrumentación. Asimismo con los recursos capacitados para conformar el Equipo de coordinación móvil.
- Se encuentran dentro de las previsiones los recursos necesarios para financiar el mismo.

Una vez conformado el Equipo de coordinación móvil y seleccionados los integrantes de los 2 Equipos de Salud Mental que participaran en el proyecto, se establecerá el cronograma de actividades a desarrollar para su concreción.

Se hará un seguimiento continuo y evaluación de las actividades para asegurar que se están realizando de acuerdo a lo proyectado.

Según evaluación de objetivos y metas logradas a los tres meses de puesto en marcha el mismo, se posibilitará la extensión a otros Equipos de Salud Mental.

#### 4.6 - Proceso de consolidación de políticas de Inserción Social para personas con consumos problemáticos de drogas

Soc. Rosina Tricánico (1) - Ed.Soc. Gustavo Rotunno(2)

(1)- Responsable Departamento de Inserción Social – Secretaría Nacional de Drogas.

(2) Asesor Técnico Departamento de Inserción Social – Secretaría Nacional de Drogas.

142

En el marco de un proceso de más de tres años de trabajo interinstitucional, llevado adelante en Uruguay en pos de la inserción social de usuarios de drogas, se ha logrado la consolidación de una Mesa de Inserción social, coordinada desde el Departamento de Inserción Social de la Secretaría Nacional de Drogas (SND), que se reúne mensualmente.

En dicha instancia participan centros de tratamiento públicos, privados, religiosos, comunitarios, dispositivos territoriales, entidades de capacitación, cooperativas, ONGs, agentes comunitarios, instituciones públicas, ministerios y otros, aunando criterios desde las diferentes miradas y aportando las diferentes herramientas y los recursos humanos y materiales necesarios para la creación de políticas públicas efectivas y realistas para la inserción social de usuarios de drogas, con los apoyos necesarios para que los procesos lleguen a buen término.

De este proceso interinstitucional e interdisciplinario surge un modelo de inserción social uruguayo. Este implica la gestión de un abanico de oportunidades educativas y laborales, que son ofrecidas a las personas en tratamiento por consumo de drogas y a través de las cuales, en sintonía con su tratamiento, se favorece la incorporación en su comunidad y en la sociedad desde un lugar nuevo, potenciando sus recursos personales y partiendo del compromiso y la implicancia de dicha persona en este proceso de cambio.

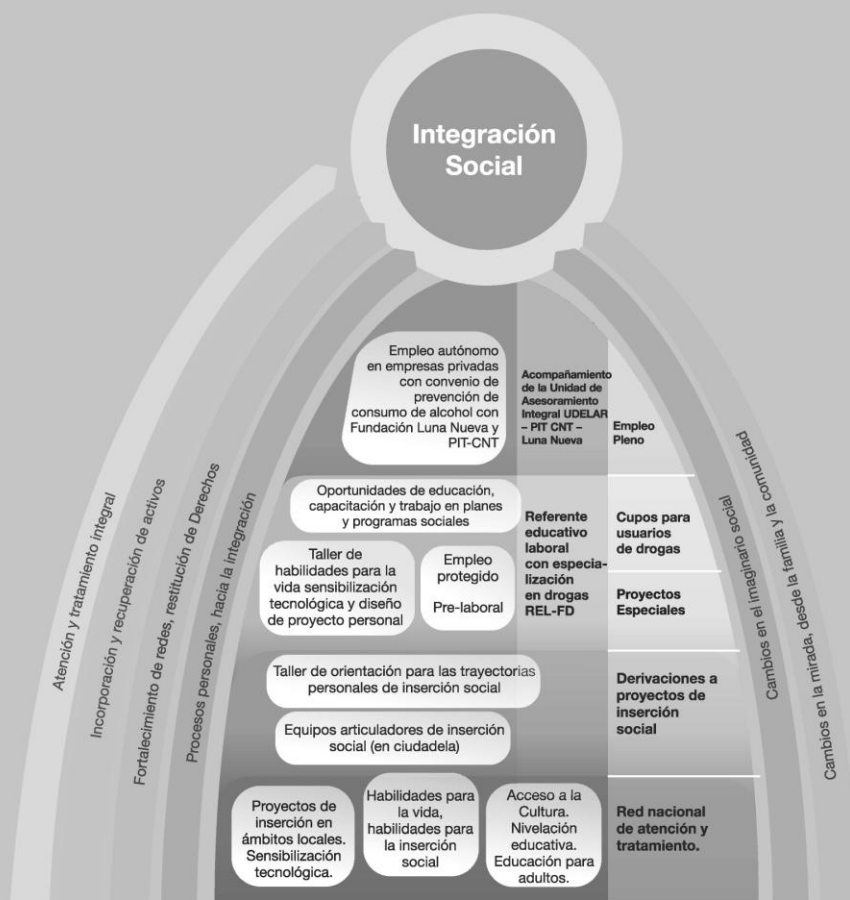
Se trata de que las personas con consumos problemáticos accedan a una situación equivalente – en cuanto a sus derechos, deberes y oportunidades- a la del resto de ciudadanos y ciudadanas de nuestro país.

Se parte de que la intervención dirigida a la inserción social está diferenciada de la terapéutica, a la vez que en estrecha complementariedad, buscando no superponer actuaciones, sino trabajar en forma conjunta.

Este abordaje integral resulta imprescindible para el logro de las metas propuestas, así como también el diseño de estrategias en las que participen las instituciones públicas y tenga cabida la iniciativa social.

Para una mayor comprensión de cómo está planteada la lógica del modelo, se ha elaborado un esquema del proceso de inserción, con las diferentes posibilidades y caminos que la persona puede atravesar desde que accede a un dispositivo de tratamiento, hasta que egresa de los diferentes proyectos de inserción, alcanzando lo que podría llamarse su autonomía. En este sentido, la participación en uno o más proyectos de inserción social sería una estrategia hacia la meta de una real integración social.

El modelo uruguayo de inserción social



Esta descripción del modelo da cuenta de un acumulado en un período muy breve de tiempo, pero que ha demostrado un gran dinamismo.

El modelo se encuentra en permanente construcción, ya que tanto las oportunidades educativas y laborales presentadas, como los diferentes dispositivos de acompañamiento, pueden ser revisados y modificados en base a la realización de evaluaciones periódicas externas, u otras que surjan como resultado de las discusiones de la Mesa de Inserción social, en sus instancias regulares, o en otras instancias destinadas a tales efectos.

144

Se hace necesario, además, trabajar en la línea de la corresponsabilidad de las políticas de drogas, para comprometer cada vez más en la temática de inserción social a las empresas públicas, privadas y de la economía social, ampliando y diversificando las oportunidades a nivel nacional, en el entendido de que la inserción social es un proceso que supone un cambio por parte de la persona en tratamiento y también del colectivo social al cual dicha persona se pretende integrar.

Como podrá verse en el esquema, cada persona realiza su propia trayectoria, entra en un diferente escalón de acuerdo a sus habilidades personales–individuales y realiza diferentes caminos, con el objetivo final de su autonomía.

Estos caminos forman parte de un proceso que no es lineal ni tiene una sola dirección, tiene idas y vueltas, avances y retrocesos. En este sentido entendemos que las recaídas no deben constituir un corte en el proceso de inserción social, sino que son parte de este, y una de las funciones del referente educativo laboral será orientar a la persona y a su familia durante esta etapa y habilitar la continuidad en el mismo proyecto o en otro, una vez que la persona logre retornar.

Se ha logrado que todos los proyectos tengan un componente de acompañamiento individual, a través del cual se garantiza la integralidad del proceso de inserción de la persona. Se realizan de este modo los enlaces necesarios entre el proyecto de inserción y el centro de tratamiento, la familia o el referente afectivo y otras instituciones que sea necesario que la persona transite. También se asiste en forma directa cuando la situación lo requiere, en situaciones de emergencia. Dicha tarea la lleva adelante el Referente Educativo Laboral con especialización en drogas.

Se parte del entendido que un alto porcentaje de personas que tienen varios años de consumo problemático, sobre todo si iniciaron su consumo siendo jóvenes, han visto interrumpido su proceso de socialización secundaria en estadios anteriores a la elección de un proyecto de vida, en muchos casos partiendo de una situación de alta vulnerabilidad social.



Por ello es necesario que la persona reciba los apoyos para retomar ese proceso de socialización y acompañar la construcción de un estilo de vida saludable. Todas las acciones del Departamento de Inserción Social de la SND, apuntan a la deconstrucción de la identidad centrada en el consumo -con el componente de estigmatización que esto conlleva-, a la habilitación de la posibilidad de nuevos aprendizajes y recorridos sociales, al encuentro con modelos identitarios alternativos, al fortalecimiento de las redes personales y el acceso a redes sociales, siempre desde una perspectiva de derechos humanos que ubica al otro como protagonista de su proceso.

Es posible llevar adelante estas acciones gracias a diferentes convenios marco que se han firmado entre JND y diferentes instituciones, acuerdos de colaboración y proyectos piloto o fondos concursables financiados con presupuesto de SND. Esta forma de trabajo es el resultado de una concepción político-metodológica cuyo eje es la complementariedad.<sup>24</sup>

## REFERENTE EDUCATIVO LABORAL EN DROGAS

Un componente central en este proceso es la figura del Referente Educativo Laboral con formación en drogas (REL FD) que realizará un acompañamiento y seguimiento individual, permitiendo la personalización de las propuestas, y tendiendo puentes para que las personas accedan a las políticas sociales existentes.

EL REL FD con formación en drogas (REL FD) es un profesional del área educativa o social, con formación en la temática de drogas y educación para/por el trabajo que trabajará con proyectos individuales acompañando a personas en proceso de atención y tratamiento por consumo de drogas que transitan por una propuesta de inserción social. Si bien inscribe su práctica en programas grupales, la propuesta del REL FD tiene carácter individual.

Asimismo, aunque participa en el tratamiento concebido integralmente no lo hace con intencionalidad terapéutica.

El objetivo central de su tarea es promover que los sujetos fortalezcan los recursos necesarios para insertarse en circuitos sociales cada vez más amplios. Para hacerlo deberá respetar a cada participante como sujeto de derecho y tener en cuenta el sentido que las personas le dan a su consumo de drogas. Además, reconocerá la heterogeneidad de la población, respetará la elección de tratamiento

---

<sup>24</sup> Por mayor información sobre Convenios, usuarios derivados, tipos de proyectos, consultar [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy) Documentos/ Publicaciones / Documentos de trabajo: Inserción Social y [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy) / Inserción Social / Noticias y artículos.

realizada por la persona, tendrá en cuenta sus saberes y lo que puede aprender; articulará con el barrio, con la familia y con el espacio laboral para lograr su autonomía.

Se entiende que la recuperación es un proceso de cambio a través del cual un individuo logra una variación en el patrón de consumo (que puede ir desde la gestión del mismo a la abstinencia), mejora su salud y calidad de vida. Implica logros alcanzados que se sostengan en el tiempo (“Recuperación de activos sociales, culturales, económicos”. Senda-Chile).

146

Este proceso implica que se mantiene voluntariamente un estilo de vida y que varía el patrón de consumo, incorporando además el acceso a instituciones responsables de garantizar sus derechos.

El REL FD puede inscribir su trabajo en instituciones de la sociedad civil que gestionan proyectos educativo sociales y de capacitación para el trabajo a través de convenios con el Estado (asociaciones civiles, cooperativas de trabajo, pequeñas empresas).

Actualmente no existe este rol específico en el ámbito público; más allá de que el tema del trabajo está presente en la interna de los tratamientos públicos y privados se lo trabaja a través de coordinaciones y derivaciones.

Su trabajo específico es colaborar en la construcción, junto con el participante, de un proyecto individual de inserción descubriendo qué es lo que sabe y qué es lo que puede llegar a saber la persona. Al mismo tiempo, deberá acompañarlo para afrontar los nuevos desafíos que implica el trabajo: relación con el barrio, manejo de dinero, convivencia con consumidores en activo).

El REL FD acompañará el proceso de autonomía progresiva del participante, que incluye restitución de derechos y accesibilidad a las instituciones que garantizan esos derechos; promoverá la multiplicidad de vínculos y modelos identitarios; articulará como un intermediario con el espacio laboral o de capacitación y trabajará con la familia para favorecer y sostener el proceso de cambio que está llevando a cabo la persona.

