



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA MATERNO INFANTIL



# FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN USUARIOS ADICTOS A PASTA BASE DE COCAÍNA

## AUTORES:

Br. Almeida, Leticia  
Br. Márquez, Perla  
Br. Palleiro, Melina  
Br. Rodríguez, Adriana  
Br. Rodríguez, Nélida

## TUTORES:

Prof. Esp. Lic. Meliá, Silvia  
Prof. Adj. Esp. Lic. Díaz, Alvaro

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

<b>Resumen</b> .....	<b>Pág. 1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>Pág. 2</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>Pág. 3</b>
<b>Fundamento teórico</b> .....	<b>Pág. 4</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>Pág. 12</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>Pág. 16</b>
<b>Análisis</b> .....	<b>Pág. 42</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>Pág. 45</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>Pág. 47</b>
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>Pág. 48</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>Pág. 50</b>

- ASSE → Administración de los Servicios de Salud del Estado**
- CONACE → Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes**
- FAD → Fundación de Ayuda contra la Drogadicción**
- FEFMUR → Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina, Universidad de la República**
- IAE → Intento de Autoeliminación**
- IDES → Instituto de Investigación y Desarrollo**
- JND → Junta Nacional de Drogas**
- LSD → Dietilamina del ácido lisérgico**
- MSP → Ministerio de Salud Pública**
- OMS → Organización Mundial de la Salud**
- ONG → Organización No Gubernamental**
- ONU → Organización de las Naciones Unidas**
- SAOT → Servicio de Atención y Orientación Telefónica**
- UTU → Universidad de Trabajo del Uruguay**

En el marco de la crisis del año 2002 el consumo de pasta base de cocaína provocó un gran desequilibrio en la sociedad uruguaya impactando en forma negativa en las relaciones familiares y socioculturales de los individuos.

La presente investigación consistió en la identificación de los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) que inciden en la necesidad de seguridad en los adictos a pasta base de cocaína internados en un centro de tercer nivel de atención público: en el periodo comprendido entre el 7 y 11 de diciembre del 2008.

El propósito de este trabajo representa un desafío para el profesional de enfermería, ya que son sujetos que se encuentran vulnerados debido a que no manejan en forma eficaz la capacidad de frustración, generándose conflictos consigo mismo y su entorno. Estos conflictos se manifiestan a través de alteraciones, por ejemplo en la necesidad de seguridad donde el usuario presenta conductas de auto y heteroagresividad, que lo aíslan de su medio.

Esta es una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa y de corte transversal; donde el universo estuvo compuesto por 13 usuarios consumidores de pasta base de cocaína. Para la obtención de los datos se aplicó un instrumento con el previo consentimiento de los usuarios.

### **Conclusiones principales**

En cuanto al perfil de la población investigada, se concluye que la muestra seleccionada resultó representativa de la población de usuarios adictos a pasta base de cocaína dado la similitud en las características sociodemográficas y culturales encontradas.

Con respecto a la influencia de los diferentes factores biopsicosociales sobre la necesidad de seguridad se plantea que:

La etapa del ciclo vital no incide sobre la necesidad de seguridad; en cuanto a la capacidad intelectual, no se puede afirmar que este factor incida sobre la necesidad estudiada; en relación al estado físico (representado por la pérdida de peso y el patrón de sueño), este sí influye sobre dicha necesidad. Y por último, en lo que refiere al medio familiar y sociocultural: la situación de calle afecta la seguridad, no se observa que la situación laboral ni familiar influya en forma directa y a nivel cultural se evidencia que la presencia de alguna creencia religiosa influye sobre la necesidad de seguridad.

En la actualidad, el consumo de pasta base de cocaína ha avanzado en forma imperiosa en toda América, con diferentes nombres pero con el mismo efecto destructor. Aquí, en Uruguay ha afectado a todas las clases sociales, pero comenzó por aquellas más vulnerables, es decir, de bajos recursos, sumidas en la pobreza.

Desde su ruidosa aparición en el año 2002, se trabaja en diferentes ámbitos:

- a nivel estatal se ha ampliado y puesto en marcha el Centro de Información y Referencia de la Red-Drogas, Portal Amarillo;
- a nivel policial se han dispuesto de más patrulleros para combatir los actos delictivos que la necesidad del consumo genera, así como detectar lugar de venta y tráfico;
- y por último a nivel socio-familiar se han formado numerosos grupos de personas, como por ejemplo "Las madres de la plaza" con el fin de denunciar bocas de venta de esta droga y orientar a otras personas sobre dónde acudir para tratar esta problemática.

Es por todo esto, y por la necesidad de poseer más conocimientos que le permitan al personal de enfermería desarrollar su función de profesional responsable trabajando en conjunto con la población; que como estudiantes del último año de la carrera de Licenciatura en Enfermería se plantea realizar una investigación que tenga como objetivo "Identificar los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) que inciden en la necesidad de seguridad en los adictos a pasta base de cocaína". Siempre, teniendo en cuenta cómo afectan estos factores en la mantención del equilibrio y la armonía interna y con el entorno que sufre la persona con un trasfondo de adicción a pasta base de cocaína. Sin olvidar que todas las personas tienen una tendencia natural o innata hacia la seguridad pero cuando se presentan situaciones que desestructuran su estabilidad aparece el sentimiento de inseguridad.

Con esto se pretende realizar una íntima contribución que enriquezca los cuidados que enfermería proporciona.

Para cumplir con el objetivo de esta investigación, es necesario plantear objetivos específicos como realizar una caracterización sociodemográfica de la población de estudio a través de las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación laboral al inicio del consumo, composición del núcleo familiar, pérdida de peso, días de internación, poli-consumo y creencias religiosas.

También se pretende conocer cómo inciden los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) en la necesidad de seguridad. Y finalmente plantear diferentes indicadores (miedo o temor, ansiedad o angustia, vivencia de amenaza, brote psicótico -alucinaciones-, desconfianza en relación a otros, autoagresividad y heteroagresividad) que permitan el abordaje de la necesidad de seguridad.

## OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) que inciden en la necesidad de seguridad en los adictos a pasta base de cocaína

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Realizar una caracterización sociodemográfica de la población de estudio a través de las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación laboral al inicio del consumo, composición del núcleo familiar, pérdida de peso, días de internación, poli-consumo y creencias religiosas.
- Conocer cómo inciden los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) en la necesidad de seguridad.
- Plantear diferentes indicadores (miedo o temor, ansiedad o angustia, vivencia de amenaza, brote psicótico –alucinaciones-, desconfianza en relación a otros, autoagresividad y heteroagresividad) que permitan el abordaje de la necesidad de seguridad.

El consumo de drogas constituye un problema global que afecta casi por igual a todos los países del mundo. La comprensión del fenómeno, implica la adopción de un modelo biopsicosocial atendiendo a la interacción compleja de variables biológicas, psicológicas y sociales.

Teniendo en cuenta estas variables, la salud mental representa un “estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”; según lo planteado por Vicente Galli.

Concibiendo a la salud mental como un campo interdisciplinario, enfermería cumple un papel fundamental en la atención integral de la salud mental de las personas y grupos humanos, a través del cuidado por medio de actividades basadas en un campo variado de conocimientos culturales y científicos, destinadas a promover, proteger y restablecer la salud mental.

Por lo tanto la Enfermería en Salud Mental se entiende, como “toda actividad llevada a cabo por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería participantes de equipos interdisciplinarios con la responsabilidad de realizar el cuidado de personas, familias y grupos de la comunidad que:

- Se encuentren en riesgo de enfermar, ya sea por la etapa del ciclo vital como por las condiciones de vida.
- Se encuentren en situación de crisis, siendo necesario, no solo prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, sino también que se resuelva la crisis, partiendo de la situación traumática hacia el logro de la superación.
- Se encuentren enfermos y los esfuerzos en recuperación y rehabilitación contribuyan al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad”<sup>1</sup>

Para llevar a cabo los cuidados de enfermería como un proceso terapéutico, interpersonal y educativo es necesario conocer y poner en práctica las necesidades en salud mental. Estas necesidades permiten valorar y comprender que la persona forma parte de un todo que no puede ser separada de su entorno; las cuales son: seguridad, comunicación, recreación, realización y aprendizaje.

---

<sup>1</sup> Meliá, Silvia (compiladora). Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Ed. Oficina del Libro FLEEMUR. Montevideo-Uruguay, 2005.

Según Rigol "la capacidad de comunicarse con otros es una característica propia de los seres humanos que les permite expresar sus sentimientos, experiencias íntimas y necesidades, de manera que los demás puedan participar en ellas y ayudarlo a satisfacerlas".

Con respecto a la realización, "tiene un significado psíquico y social preeminente contemplado desde la perspectiva de la teoría holística de la salud".

Rigol cita a Virginia Henderson diciendo que: "todos los seres humanos tienen la necesidad de trabajar en alguna actividad que nos produzca la sensación de rendir provecho".

En cuanto a la recreación, se refiere a que "participar en actividades recreativas significa practicar actitudes encaminadas a la diversión y comprende la capacidad de disfrutar, de poseer sentimiento positivo sobre uno mismo y sobre los demás y de sentir placer".

La necesidad de aprendizaje se refiere a que "la evolución de la especie humana está ligada al progreso científico y a la adquisición de nuevos conocimientos, que han permitido avanzar en el desarrollo de la humanidad. El concepto que entiende al hombre como un ser libre y autónomo resulta incompatible con la ignorancia".

Por último y haciendo referencia a la necesidad que compete principalmente a esta investigación, se encuentra la necesidad de seguridad.

En relación a dicha necesidad se plantea que "las personas tienden a crear sus propios mecanismos de adaptación tanto externos como internos que les permiten mantener el equilibrio y la armonía (sentimiento de seguridad) consigo mismo y con el entorno. Toda persona posee una tendencia natural o innata hacia la seguridad.

La vida cotidiana es vivida por la mayoría de las personas con absoluta naturalidad, sin embargo para otras, una situación cotidiana y sencilla resulta desestructuradora de su estabilidad.

Cuando su estabilidad se ve amenazada se produce un sentimiento de inseguridad difuso que desencadena mecanismos incluso fisiológicos como también temor y/o ansiedad.

Ansiedad: estado afectivo caracterizado por un sentimiento de inseguridad difuso que responde a una percepción amenazante indefinida o irreal (angustia).

Temor: estado afectivo similar a la ansiedad que responde a una amenaza real (miedo).

Los mecanismos de adaptación son reacciones psicológicas de carácter defensivo que en cierto grado nos protegen contra la ansiedad. Su función puede ser fructífera cuando favorece una adaptación personal positiva. Por lo tanto la adaptación significa que existe una acomodación entre la persona y el entorno.

En cuanto a las expresiones de agresividad o violencia significan un gesto primitivo y naturalmente humano favorecido y sustentado por el instinto de conservación de la especie.

Cuando la agresividad no está justificada o sustentada por un hecho real, puede estar indicando un desajuste, ya sea interno, de pensamiento o percepción alterada o bien del entorno que aparece como amenazante y ante el cual el sujeto tratará de defenderse atacando.

La agresividad resulta constructiva cuando permite que la persona logre defenderse de un peligro o amenaza reales y aparece como destructiva cuando su fruto es una conducta desadaptada a la realidad del entorno".

Existen factores que influyen en la satisfacción de las necesidades en salud mental; estos son: capacidad intelectual, etapas del ciclo vital, estado físico y medio familiar y socio-cultural.

Con respecto a la capacidad intelectual se menciona que: “la inteligencia es la capacidad que tiene el ser humano para comprender y analizar una situación, estableciendo las relaciones que existen en los elementos de esta situación, adaptándolos a sus fines y objetivos propios. Por ello con una capacidad intelectual adecuada la persona puede desenvolverse, adaptarse y ajustarse a las diferentes situaciones que se le presenten, realizando un desarrollo adecuado de su dimensión biopsicosocial.

La satisfacción de las necesidades fundamentales lleva implícito el funcionamiento del hombre en dos planos diferentes y simultáneos a la vez:

Cognitivo: comprensión de las situaciones y elaboración de la planificación de estrategias pertinentes de actuación.

Conductual: ejecución de las conductas planeadas a nivel cognitivo”.

En relación a las etapas del ciclo vital, se plantea que “la psicología define el desarrollo como una secuencia ordenada de cambios conductuales y madurativos, con una direccionalidad de carácter acumulativo que se caracteriza por una diferenciación e integración en aumento.

Situar las experiencias según la edad y además las normas socio-culturales, determina que las experiencias sean apropiadas para cada edad.

La edad es una variable fundamental que hay que tener en cuenta a la hora de hablar de la satisfacción de las necesidades.

Los diferentes grupos etáreos tienen unas características específicas que indican en cual de ellos se puede ubicar a una persona y en que grado es autónoma y capaz de satisfacer sus necesidades fundamentales”.

En cuanto al estado físico, se hace referencia que las “personas objetivamente sanas pueden presentar alteraciones en el bienestar físico, sin que podamos considerarlas propiamente enfermas que sin embargo, alteran las necesidades fundamentales de acuerdo con la capacidad individual de reacción a estas circunstancias que interfieren en el bienestar.

El origen de las dificultades del orden físico puede ser: morfológico, en los casos en los que aparecen lesiones de tipo anatómico pueden ser innatas, genéticas o producirse con posterioridad, debido a accidentes o enfermedades, ocasionan déficit importante; o funcional, cuando el funcionamiento de los órganos o sistemas es deficiente, cualitativa o cuantitativamente, y se produce una incapacidad física.

Las alteraciones físicas, sea cual fuere su origen, causa o forma de presentación, impiden a las personas alcanzar la satisfacción plena en todas sus necesidades fundamentales, por tanto resulta una fuente de dificultad y, cuando aparecen, son las responsables de que resulte imposible disfrutar de un estado óptimo de salud”.

Con respecto al medio familiar y sociocultural, se parte de la idea de que “las personas son ante todo un ser social que forma parte de un grupo que es la familia, se desenvuelve en una comunidad y es receptor y portador de una cultura.

Familia, sociedad y cultura son consideradas las instituciones básicas para satisfacer las necesidades del sujeto y tienden a constituirse de tal forma que logran satisfacer las necesidades en cada etapa del desarrollo psicosocial de la persona, pero cuando algunas de ellas se encuentra en situación de crisis la repercusión en el individuo es de vital importancia”.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Rigol Cuadra, Assumpta; Ugaldé Apalategui, Mercedes. *Entrenamiento de Salud Mental y Psiquiatría*. Salvat Editores. Barcelona – España. 1991.

Integrando las concepciones que hacen referencia a las necesidades en salud mental, especialmente la necesidad de seguridad y los factores que influyen en la misma, se destaca que la adicción (otro pilar fundamental de la investigación) provoca un quiebre, desequilibrando dicha necesidad a través de la alteración en los factores como capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural.

La adicción es tenida en cuenta como una "dependencia compulsiva e incontrolable de una sustancia, un hábito o una práctica hasta tal punto que su cesación produce reacciones emocionales, mentales o fisiopatológicas graves".<sup>III</sup>

"Según la Organización Mundial de la salud, la dependencia se define como aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes. Para poder hablar de dependencia es una condición imprescindible la presencia de un síndrome de abstinencia cuando se suprime el uso de la sustancia".

"El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones: dependencia física y psíquica.

En cuanto a la dependencia física el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia que es característico de cada droga. En los primeros consumos afecta notablemente aún a dosis muy bajas. Sin embargo, si se supera esta fase y el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando a la sustancia como medida de protección.

Por otra parte la dependencia psíquica se pone en manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc) o para librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc)".<sup>IV</sup>

Por lo tanto droga "es cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad de modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo (Jaime Funes Arteaga)".<sup>V</sup>

Se diferencian en drogas legales, es decir aquellas que su consumo es permitido, es decir que están socialmente aceptadas; y las ilegales que no se permite su consumo ni distribución.

"Una primera definición de drogas psicoactivas realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga 'Droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida alterará la fisiología del organismo'.<sup>VI</sup>

<sup>III</sup> Diccionario de Medicina, Ed. Océano Mosby, 4ª edición, Barcelona-España.

<sup>IV</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Guía: "4 Información – Riesgos", Abril 2006 – 1ª Edición, Uruguay.

<sup>V</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Guía: "4 Información – Riesgos", Abril 2006 – 1ª Edición, Uruguay.

<sup>VI</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Guía: "4 Información – Riesgos", Abril 2006 – 1ª Edición, Uruguay.

El uso de drogas es aquel "tipo de consumo en el que, por su cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático".<sup>VII</sup>

En cuanto al abuso, "es la forma de relación con las drogas en la que, por su cantidad, frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno".<sup>VIII</sup>

Las drogas se clasifican de acuerdo a sus efectos en: depresoras del sistema nervioso central (benzodiacepinas, Hipnóticos barbitúricos, Alcohol etílico, Hidrocarburos -solventes-, Opiáceos, Nitritos); estimulantes del sistema nervioso central (Anfetaminas, Cocaína, Nicotina, Xantina) y aquellas que son perturbadoras (Marihuana -Cannabis-, LSD -Dietilamina del ácido lisérgico-, Atropina y Escopolamina -plantas y hongos-, Antiparkinsonianos)<sup>IX</sup>.

Dentro de las drogas que estimulan al sistema nervioso central, es que encontramos la cocaína que procede de un arbusto cuya denominación botánica es *Erythroxylon coca*. Las hojas de coca, sometidas a diversos procesos de elaboración química, dan lugar a distintos derivados: -clorhidrato de cocaína conocida popularmente como cocaína, "merca" o "frula"; -cocaína base (crack) conocida por "roca", piedra; -sulfato de cocaína (pasta de coca) conocida como "bazuko", "pitilo" o "lata".<sup>X</sup>

En el proceso de elaboración intervienen varias etapas con el fin de poder separar el alcaloide natural benzoilmetilecgonina o cocaína del resto de los alcaloides de la planta que carecen de efectos estimulantes.

"Hasta la fecha las sustancias encontradas han sido: cocaína (la pasta base presenta cocaína y diversas impurezas que oscilan entre 9% y el 0,01% con respecto a esta última en la fracción básica), benzoato de metilo, benzoilecgonina, ecgonina, nor-cocaína, cis-cinnamoylcocaína, trans-cinnamoylcocaína, truxillinas, tropacocaína y otras sustancias que no han podido ser identificadas hasta el momento." (Según: Componentes básicos presentes en la pasta base de cocaína que se incauta en Uruguay).<sup>XI</sup>

<sup>VII</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Guía: "+ Información - Riesgos". Abril 2006 - 4ª Edición. Uruguay.

<sup>VIII</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Guía: "+ Información Riesgos". Abril 2006 - 4ª Edición. Uruguay.

<sup>IX</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Guía: "+ Información - Riesgos". Abril 2006 - 4ª Edición. Uruguay.

<sup>X</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Guía: "+ Información - Riesgos". Abril 2006 - 4ª Edición. Uruguay.

<sup>XI</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Organización de las Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. "Pasta base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos". Uruguay. 2006. P. 5-6.

“La producción de la cocaína como tal se realiza mediante la transformación de las hojas de coca en pasta de cocaína. A partir de allí se obtienen varios derivados diferentes en sus propiedades químicas y físicas, como la proporción del alcaloide lo que condiciona su modo y forma de consumo y comienzo de los efectos. Se comienza con un homogeneizado de las hojas de coca sometidas a desecación y maceración con agua. Posteriormente se le agregan solventes orgánicos como queroseno y gasoil, desechando las hojas.

En este primer paso se obtiene el extracto de coca o cocaína cruda siendo la pasta de color oscuro. Es un producto fácil de obtener a partir de la molienda de las hojas de coca. Su punto de volatilización es bajo y por eso es posible fumarla a diferencia del clorhidrato. Todos los subproductos de cocaína pueden ser alterados en su composición buscando aumentar su volumen y así la ganancia en su venta o incorporando sustitutos que puedan simular los efectos de la cocaína. Se encuentra desde: talco, maicena, azúcar impalpable, vidrios de tubo de luz picado, anestésicos, sedantes, sulfato de magnesio, bicarbonato de sodio, amoníaco, solventes, plomo, etc.

La cocaína comparte los mecanismos de acción con otras sustancias psicoestimulantes al activar la senda de la gratificación o centro del placer ubicado en el mesencéfalo.

La dopamina es el neurotransmisor involucrado en las experiencias placenteras aumentando el contenido de este en las sinapsis siendo responsable del efecto euforizante y de bienestar.

Este mecanismo está fuertemente ligado al desarrollo de dependencia al generarse adaptación a las concentraciones alteradas del neurotransmisor.

La cocaína bloquea las bombas de recaptación presináptica de las catecolaminas endógenas: noradrenalina, dopamina y serotonina, estimulando el aumento de su síntesis como de su liberación.

Los efectos clínicos se explican por la acción de los neurotransmisores destacándose un comportamiento bifásico: potente estimulación inicial del sistema nervioso central y cardiovascular, seguido de depresión<sup>XXII</sup>.

#### **Efectos clínicos de la Pasta Base de Cocaína:**

“Las complicaciones orgánicas, se presentan en la mayoría de los órganos y sistemas, destacándose a nivel cardiovascular (arritmias, infarto agudo de miocardio, endocarditis), respiratorias (infiltrados pulmonares, bronquitis, pulmón del crack, quemaduras, barotrauma, sinusitis), neurológicas (cefaleas, stroke, convulsiones, infartos, hemorragias), rabdomiolisis, falla renal, hipertermia, hepatitis.

Obstétricos (bajo peso al nacer, desprendimiento placentario, aborto); también presentan trastornos en el sueño y disfunciones sexuales graves (falta de deseo y dificultades en la erección). Como complicaciones psiquiátricas se presentan: euforia y disforia por cocaína, psicosis esquizofreniforme, psicosis tóxica confusional, agitación disfórica, psicosis aguda y depresión post-consumo.

El consumo de pasta base de cocaína puede sistematizarse en cuatro etapas: euforia, disforia, consumo ininterrumpido, psicosis y alucinaciones.

Dentro de la euforia los efectos psicológicos son disminución de las inhibiciones, cambios en los niveles de atención, hiperexcitabilidad, hipervigilancia, aceleración de los procesos del pensamiento; los efectos fisiológicos son disminución del apetito, fatiga y sueño; aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura corporal y frecuencia respiratoria.

<sup>XXII</sup> Material de circulación interna, Cátedra de Salud Mental, Facultad de enfermería.

Al disminuir el efecto estimulante aparecen la disforia con elementos de la esfera psíquica como angustia, ansiedad, deseo incontrolable por seguir consumiendo, inseguridad, depresión, apatía, indiferencia sexual.

El consumo ininterrumpido obedece a un patrón de consumo para evitar la etapa de disforia.

Las alucinaciones son percepciones anormales, sin que exista un objeto externo que pueda identificarse. La psicosis se define como un trastorno mental en el que se enfatiza la pérdida del sentido de la realidad y fracaso del funcionamiento mental, manifestado por la existencia de delirios y alucinaciones”.<sup>XIII</sup>

#### **Perfil del usuario asociado al uso de Pasta Base de Cocaína<sup>XIV</sup>**

“Básicamente son varones de la periferia capitalina, la mayoría accede o accedió a un nivel de enseñanza media (liceo o UTU) aunque la gran mayoría no completó el ciclo. Es bajo el Índice de analfabetos, como así también de aquellos usuarios que han accedido a un nivel terciario.

La edad promedio de los usuarios es de 23 años, existiendo un importante 37% de menores de edad. El 90% de los casos es menor de 30 años.

Los usuarios mayoritariamente son solteros, desocupados. Los individuos, tanto con trabajo estable como estudiantes, no superan el 25% de los casos estudiados.

Un alto porcentaje viven con sus padres y la convivencia en familia propia constituida no supera el 13%.” (Según la aproximación a un perfil de usuarios de drogas en Uruguay, Registro de atención y tratamiento de drogas, Informe N° 1; Portal Amarillo).

“Este perfil se consolidó en 2004. La gran mayoría de los consumidores de esta droga están entre los 12 y 25 años de edad presentando una problemática asociada a su ciclo vital, dificultades de comunicación intergeneracional, problemática familiar (padres divorciados, ausencia de la figura paterna, dificultades económicas) y/o condiciones ambientales desfavorables (oportunidades de educación, recreación y/o empleo).

Son usuarios adolescentes y jóvenes con grave compromiso físico, psicológico y social causado por el consumo en tan solo 3 a 6 meses. Hecho poco frecuente en otras drogas, son los propios usuarios los que piden ayuda para el abandono del consumo de esta sustancia. Adelgazados en poco tiempo, con trastorno conductual, imposibilidad de controlar la agresividad y su necesidad de la droga, llevándoles a vender lo poco o mucho que poseen en sus casas.

Por las características de la pasta base de cocaína, dada su composición y forma de administración los efectos negativos del consumo se hacen visibles en un tiempo muy breve. Los enganches con la sustancia se hacen más allá de los efectos físicos, comportamentales y sociales adversos identificados por los propios consumidores.

La persona consumidora de pasta base de cocaína desarrolla una conducta agresiva, ansiosa y una actitud antisocial: el adicto rompe sus relaciones y las normas familiares de convivencia. Se hace cotidiano presenciar conflictos en dichas familias, conductas inusualmente violentas, delitos, agresiones, llevando a crisis familiares. Es el común denominador casos de familias desesperadas por tener un integrante adicto.

<sup>XIII</sup> Material de circulación interna, Cátedra de Salud Mental, Facultad de enfermería.

<sup>XIV</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Organización de las Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. “Pasta base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos”. Uruguay. 2006. P. 11-28.

Historias que hablan de agresiones entre sus miembros, de padres que no pueden controlar a sus propios hijos, que incluso cuando ya no saben qué hacer los echan de la casa o derivan a la policía". (Según: Atención a consumidores problemáticos de sustancias: Un desafío hacia el cambio de Modelo de Atención).<sup>XV</sup>

Dado el perfil de los usuarios adictos a pasta base de cocaína se evidencia un predominio del consumo durante la adolescencia y la edad adulta siendo en estas etapas donde se alcanza la autonomía y la capacidad de realización por parte de la persona, tanto en el plano psicológico del conocimiento como en el del éxito profesional y desarrollo físico.

La adolescencia podría definirse como una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjugan una serie de aspectos biológico, psicológicos, sociales y culturales: 'un complejo psicosocial asentado en una base biológica' como lo define el psicoanalista brasileño Luis Carlos Osorio.

El mismo hace hincapié en la adolescencia como un período de crisis, momento crucial del desarrollo del ser humano en el cual se logra un cuerpo adulto apto para la procreación, y se produce la estructuración definitiva de la personalidad. En síntesis, un período de vida en el cual se consolida la identidad personal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) delimita la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad.

Otra de las etapas donde predomina el consumo es la de edad adulta la cual está subdividida en adulto joven y adulto medio.

Según la OMS adulto joven es aquella persona de entre 21 y 24 años de edad y se corresponde con la consolidación del rol social.

Dentro del desarrollo psicosocial planteado por Erickson, se define crisis normativa como **Intimidad vs Aislamiento** abarcando al joven adulto entre 20 y 30 años. Si en etapas anteriores han obtenido éxito y experiencia positivas, estos jóvenes desarrollarán un sentido de la intimidad.

En cuanto a las relaciones significativas como amistad, sexo, competición y cooperación, podrán alcanzar éxito en su resolución mostrándose cándido y abierto, se relaciona con otros, discreto; o por el contrario fracaso en su resolución presentándose indiferente, aislado y distante, sexualmente experimentado, pero con poco compromiso.

La crisis normativa en el adulto medio es definida dentro del desarrollo psicosocial como **Generatividad vs Estancamiento**. La generatividad se refiere a la ayuda o fomento de la siguiente generación. Las personas están ocupadas con las tareas de la paternidad y también con la maduración o consolidación de sus profesiones. Sin embargo, la persona también se enfrenta con la perspectiva del estancamiento: estabilizarse, ir a ninguna parte, una existencia aburrida.

En cuanto a las relaciones significativas, en este caso comprendida por la distribución del trabajo y la compartición de la vivienda; el éxito implicará una persona productiva que fomenta el crecimiento de la siguiente generación o por el contrario podrá fracasar en su resolución volviéndose improductivo, estancado.

---

<sup>XV</sup> Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Organización de las Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito, "Pasta base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos". Uruguay. 2006. P. 34-37.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, y de corte transversal.

La unidad de análisis corresponde a usuarios adictos a pasta base de cocaína de ambos sexos entre 16 y 33 años internados en un centro de tercer nivel de atención. Se tiene en cuenta este rango de edades, dado que el consumo de dicha droga es predominante en este grupo (según lo planteado por investigaciones de la Junta Nacional de Drogas, destacándose además lo datos aportados por dos Licenciados en enfermería que desempeñan tareas en un Centro de atención de la red drogas). Ver anexo 1

El universo está compuesto por 13 usuarios que se asisten en dicho centro, adictos a pasta base de cocaína.

La muestra incluye a los usuarios internados, seleccionados por Unidad de muestreo "por conveniencia", teniendo en cuenta determinados criterios de inclusión.

Con respecto a la unidad de observación comprende a los usuarios internados.

<b>CRITERIOS INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS EXCLUSIÓN</b>
Usuarios consumidores de pasta base de cocaína internados	Usuarios consumidores de pasta base de cocaína ambulatorios
Aceptación del consentimiento informado	No aceptación del consentimiento informado
Autorización del personal de enfermería	No autorización del personal de Enfermería
Usuarios internados en el momento de aplicación	Usuarios internados fuera de la fecha de inclusión
	Usuario consumidor de otras drogas, exceptuando pasta base de cocaína

El método elegido para esta investigación es la entrevista estructurada. Para ello se establecieron variables con sus respectivos indicadores.

La muestra seleccionada son 9 usuarios que se encuentran internados y aceptaron voluntariamente participar de la entrevista, mediante la autorización del consentimiento informado. (Ver anexo N° II)

El instrumento es un cuestionario de forma estructurada, conteniendo preguntas cerradas, siendo de carácter anónimo, manteniendo la reserva de los datos. Dicho cuestionario contiene preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos y la necesidad de seguridad. (Ver anexo N° III). Además se entrega una carta solicitando autorización a la institución y el consentimiento informado a los usuarios. (Ver anexo N° IV). Con el fin de poner a prueba el instrumento y evitar sesgos se realiza una experiencia piloto con una población con iguales características a la seleccionada.

#### **DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

##### **Sexo:**

Definición conceptual: caracteres sexuales (primarios y secundarios) que distinguen al hombre de la mujer.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: masculino, femenino.

##### **Edad:**

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operacional: cuantitativa discreta.

Indicadores: años.

##### **Procedencia:**

Definición conceptual: lugar donde reside actualmente el individuo.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: Montevideo (barrio), Interior.

##### **Nivel de instrucción:**

Definición conceptual: conocimientos adquiridos formalmente.

Definición operacional: cualitativa ordinal.

Indicadores: ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, UTU incompleta, UTU completa, terciaria incompleta, terciaria completa, otros.

##### **Pérdida de peso:**

Definición conceptual: expresión subjetiva que tiene el individuo sobre si mismo acerca de la disminución de masa corporal.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: si, no

##### **Ocupación laboral al inicio del consumo:**

Definición conceptual: situación laboral en la que se encuentra el individuo en el periodo en el que inicia el consumo de pasta base de cocaína.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: desocupado, estudiante, empleo formal, empleo informal, ama de casa.

##### **Composición del núcleo familiar:**

Definición conceptual: personas con las que comparte una misma vivienda.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: vive solo, vive con pareja, vive con pareja e hijos, vive con padres, vive con padres y hermanos, vive con otros.

**Situación de calle:**

Definición conceptual: condición en que la persona carece de vivienda donde alojarse.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no

**Creencias religiosas:**

Definición conceptual: dogma religioso en el cual el individuo deposita su fe.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

**Edad al inicio del consumo:**

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera instancia de consumo.

Definición operacional: cuantitativa discreta.

Indicadores: años.

**Patrón de sueño:**

Definición conceptual: horas que duerme.

Definición operacional: cuantitativa continua.

Indicadores: horas

**Miedo (temor):**

Definición conceptual: estado afectivo que responde a una amenaza real y definida.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no

**Sentimiento de temor para relacionarse con otros:**

Definición conceptual: estado afectivo que responde a una amenaza real y definida para relacionarse con otros.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no

**Sentimiento de temor que los demás le hagan daño:**

Definición conceptual: estado afectivo que responde a una amenaza real y definida de que los demás le hagan daño.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no

**Ansiedad (angustia):**

Definición conceptual: estado afectivo caracterizado por un sentimiento de inseguridad difusa, que responde a una percepción amenazante indefinida e irreal.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

**Muestra de distancia afectiva en relación con los demás:**

Definición conceptual: presencia de desapego evidenciado por la distancia afectiva en relación con los demás.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

**Alucinaciones:**

Definición conceptual: percepciones anormales, sin que exista un objeto externo que pueda identificarse.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: Auditivas, táctiles, visuales, olfatorias, gustativas, ninguna.

**Autoagresividad:**

Definición conceptual: estado en que una persona demuestra conductas físicamente peligrosas para sí mismo.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: Intento de autoeliminación, lesiones corporales, otras, ninguna.

**Heteroagresividad:**

Definición conceptual: estado en que una persona demuestra conductas físicamente peligrosas hacia otros.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores: Acto delictivo, agresión a familiares, grupo de pares, otros, ninguna.

Total de usuarios encuestados: 9

**TABULACIÓN DE DATOS: UNIVARIADAS**

**Tabla N° 1**

**Distribución según sexo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Sexo	FA	FR	FR%
Masculino	6	0,7	70%
Femenino	3	0,3	30%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°1**

**Distribución según sexo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

Se observa que la amplia mayoría de los usuarios adictos a pasta base de cocaína de esta muestra, corresponden al sexo masculino.

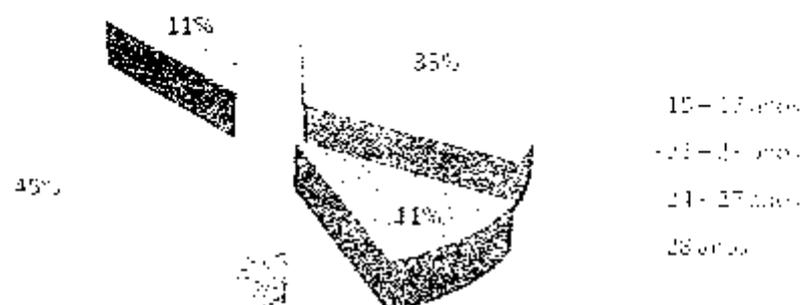
**Tabla N° 2**

**Distribución según edad de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Edad	FA	FR	FR%
15 – 17 años	3	0,33	33%
21 – 23 años	1	0,11	11%
24 – 27 años	4	0,45	45%
28 años	1	0,11	11%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°2**

**Distribución según edad de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

En el presente gráfico se ve reflejado que la edad en la que predomina el consumo está comprendida entre 24 y 27 años, existiendo un porcentaje también importante entre los 15 y 17 años.

**Tabla N° 3**

**Distribución según edad al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Edad al inicio del consumo	FA	FR	FR%
13 – 14 años	4	0,44	44%
15 – 16 años	1	0,11	11%
17 – 18 años	1	0,11	11%
19 – 20 años	1	0,11	11%
23 años	2	0,22	22%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°3**

**Distribución según edad al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

Un alto porcentaje de dichos usuarios inició el consumo entre los 13 y 14 años de edad.

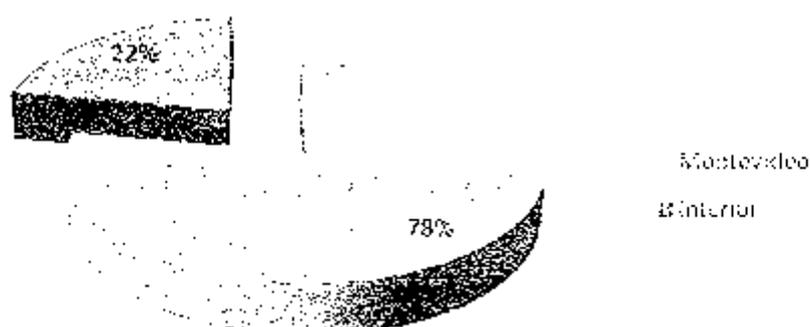
**Tabla N° 4**

**Distribución según procedencia de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

<b>Procedencia:</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Montevideo	7	0,78	78%
Interior	2	0,22	22 %
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°4**

**Distribución según procedencia de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

Se aprecia que el 78% de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención pertenecen a Montevideo.

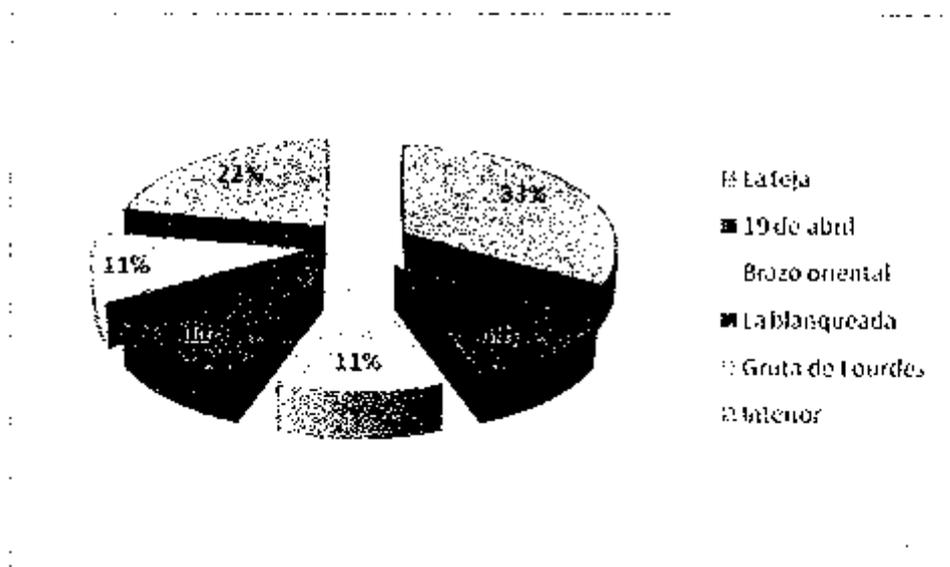
**Tabla N° 5**

**Distribución según procedencia de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Barrios de Mdeo	FA	FR	FR%
La teja	3	0,33	33%
19 de abril	1	0,11	11%
Brazo oriental	1	0,11	11%
La blanqueada	1	0,11	11%
Gruta de Lourdes	1	0,11	11%
Interior	2	0,22	22%
Total	9	1	100%

**Gráfico N°5**

**Distribución según procedencia de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

En el barrio La Teja es donde predomina el consumo de pasta base según la muestra.

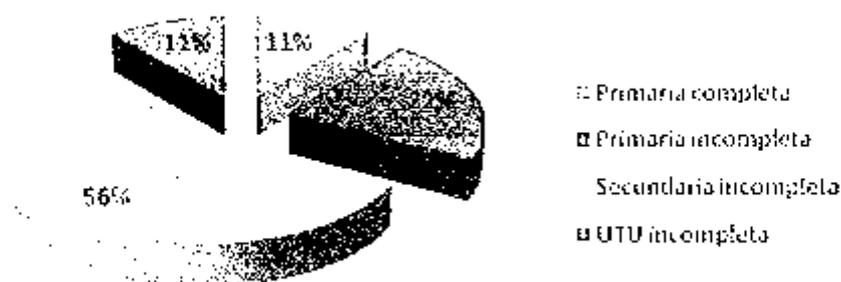
**Tabla N° 6**

**Distribución según estudios realizados de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Estudios realizados	FA	FR	FR%
Primaria completa	1	0,11	11%
Primaria incompleta	2	0,22	22%
Secundaria incompleta	5	0,56	56%
UTU incompleta	1	0,11	11%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°6**

**Distribución según estudios realizados de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

El nivel de instrucción alcanzado por estos usuarios alcanza en su mayoría a secundaria incompleta.

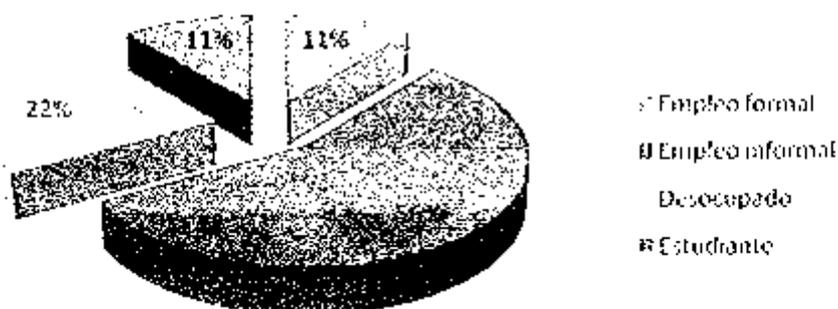
**Tabla N° 7:**

**Distribución según situación laboral al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Situación laboral al inicio del consumo	FA	FR	FR%
Empleo formal	1	0,11	11%
Empleo informal	5	0,56	56%
Desocupado	2	0,22	22%
Estudiante	1	0,11	11%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°7**

**Distribución según situación laboral al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

La mayoría de estos usuarios, al inicio del consumo se encontraban trabajando de manera informal.

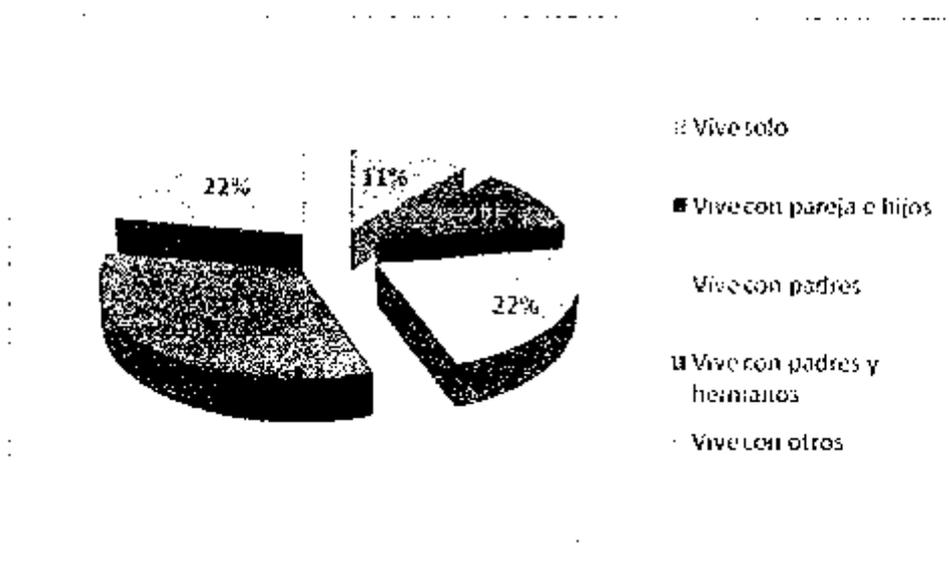
**Tabla N° 8**

**Distribución según composición familiar al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

Composición familiar	FA	FR	FR%
Vive solo	1	0,11	11%
Vive con pareja e hijos	1	0,11	11%
Vive con padres	2	0,22	22%
Vive con padres y hermanos	3	0,33	33%
Vive con otros	2	0,22	22%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 8**

**Distribución según composición familiar al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



Fuente: Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

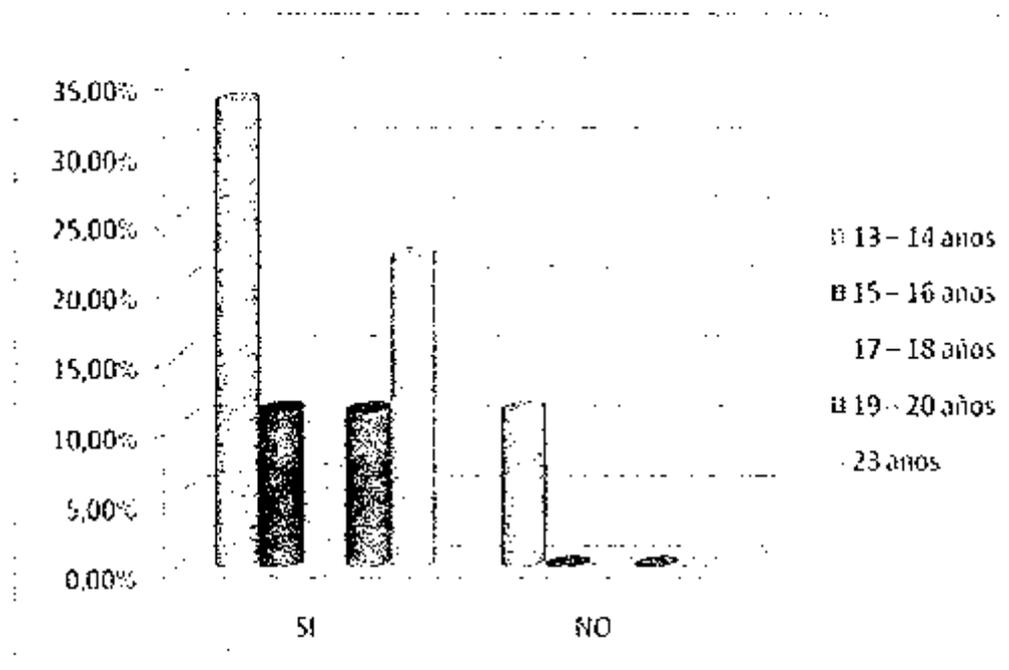
Al inicio del consumo, el núcleo familiar de estos usuarios estaba compuesto por sus padres y hermanos (con un 33%), y en igual porcentaje (22%) le siguen quienes vivían sólo con sus padres ó con otros.

## TABULACIÓN DE DATOS: BIVARIADAS

**Tabla N° 9:** Relación entre edad al inicio del consumo y la muestra distancia afectiva en la relación con los demás de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

EDAD AL INICIO DEL CONSUMO	MUESTRA DISTANCIA AFECTIVA EN LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS				TOTAL
	SI	FR%	NO	FR%	
13 – 14 años	3	33,3%	1	11,1%	4
15 – 16 años	1	11,1%	-	-	1
17 – 18 años	1	11,1%	-	-	1
19 – 20 años	1	11,1%	-	-	1
23 años	2	22,2%	-	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>88,8%</b>	<b>1</b>	<b>11,1%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 9: Relación entre edad al inicio del consumo y la muestra distancia afectiva en la relación con los demás de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



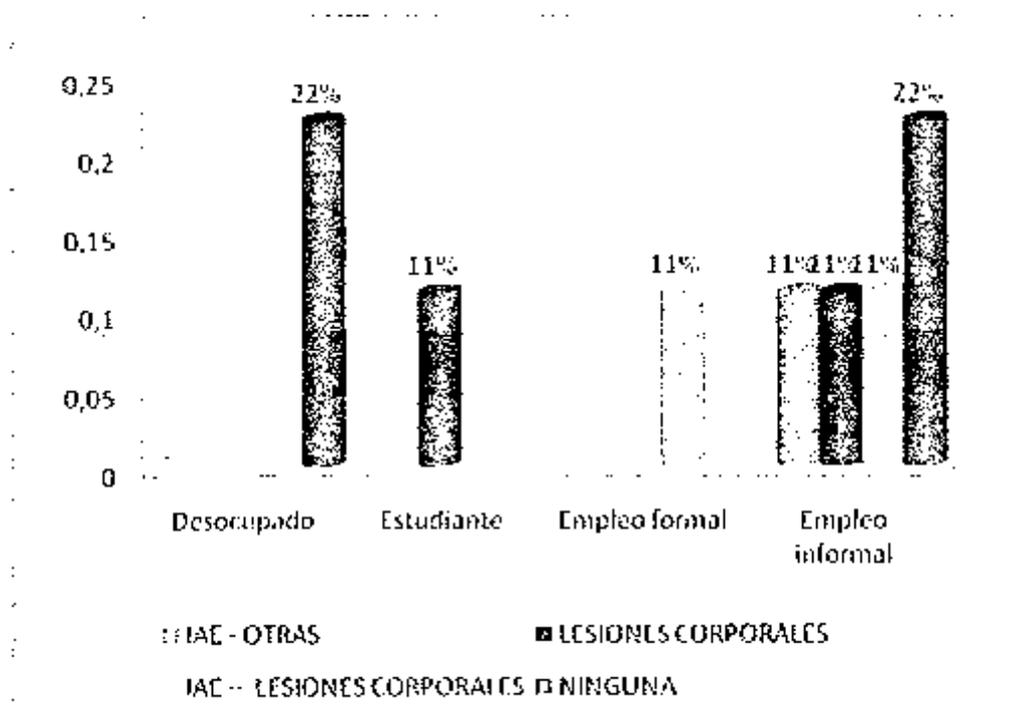
Fuente: Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

El único usuario que no presenta distancia afectiva en la relación con los demás presenta una edad al inicio del consumo entre 13 y 14 años y el 33,3% (3 usuarios) si presentan distancia afectiva en la relación con los demás a igual edad de inicio, le continúa un 22,2% (2 usuarios) con edad de inicio de 23 años.

**Tabla N° 10:** Relación entre presencia de conductas de autoagresividad y situación laboral al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

PRESENCIA DE AUTO AGRESIVIDAD	SITUACIÓN LABORAL AL INICIO DEL CONSUMO								
	Desocu- pado	FR%	Estu- dian- te	FR%	Empleo formal	FR%	Empleo infor- mal	FR%	TOI
IAE - OTRAS	-	-	-	-	-	-	1	11%	1
LESIONES CORPORALES	-	-	1	11%	-	-	1	11%	2
AE - LESIONES CORPORALES	-	-	-	-	1	11%	1	11%	2
NINGUNA	2	22%	-	-	-	-	2	22%	4
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>5</b>	<b>55%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 10:** Relación entre presencia de conductas de autoagresividad y situación laboral al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

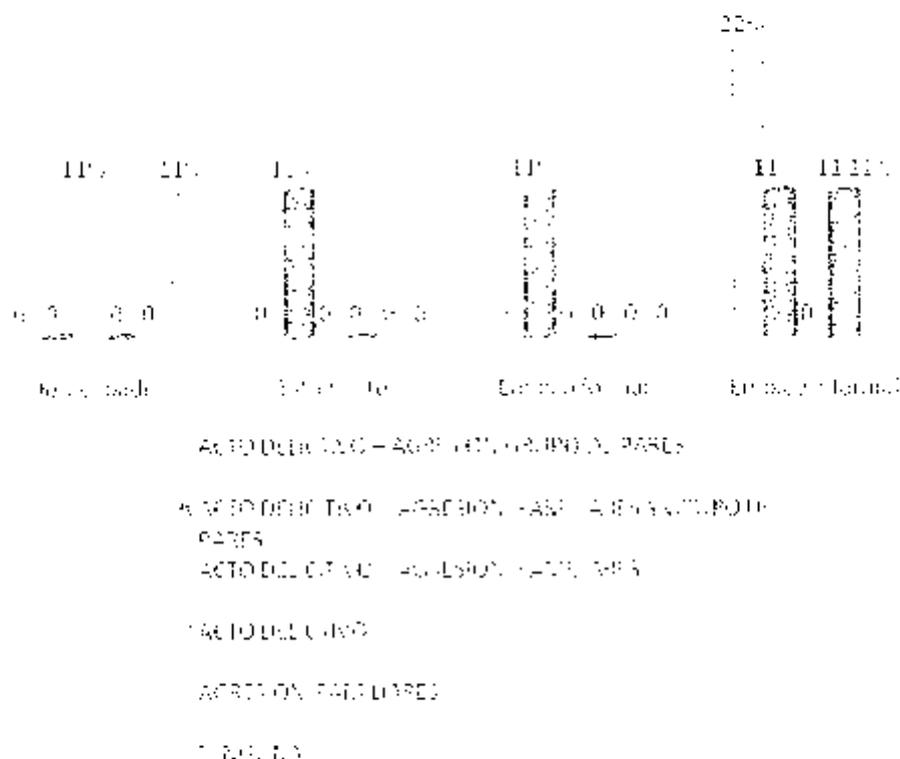
No se presentó ningún hecho de autoagresividad en el total de los usuarios desocupados (2 usuarios), un estudiante presentó lesiones corporales como conducta de heteroagresividad.

Un usuario con empleo formal presenta lesiones corporales y IAE. Mientras que los usuarios que tenían empleo informal presentaron con igual porcentaje (11%) IAE-otras, lesiones corporales, IAE-lesiones corporales- ninguna como conductas autoagresivas.

**Tabla N° 11:** Relación entre presencia de conductas de heteroagresividad y situación laboral al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

PRESENCIA DE HETERO-AGRESIVIDAD	SITUACIÓN LABORAL AL INICIO DEL CONSUMO								
	Desocupado	FR%	Estudiante	FR%	Empleo formal	FR%	Empleo informal	FR%	TOTAL
ACTO DELICTIVO – AGRESIÓN GRUPO DE PARES	-	-	-	-	-	-	2	22%	2
ACTO DELICTIVO – AGRESIÓN FAMILIARES Y GRUPO DE PARES	-	-	1	11%	1	11%	1	11%	3
ACTO DELICTIVO – AGRESIÓN FAMILIARES	1	11%	-	-	-	-	-	-	1
ACTO DELICTIVO AGRESIÓN FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	1	11%	1
NINGUNA	1	11%	-	-	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>5</b>	<b>55%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 11: Relación entre presencia de conductas de heteroagresividad y situación laboral al inicio del consumo de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay. Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

El 22.2% (2 usuarios) de los que tenían empleo informal presentan acto delictivo-agresión a grupo de pares, el resto de los usuarios con igual porcentaje (11%) presentan acto delictivo-agresión a grupos de pares-a familiares, acto delictivo-agresión a familiares y agresión a familiares.

**Tabla N° 12:** Relación entre manifiesta ansiedad y pérdida de peso de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay. Diciembre 2008.

MANIFIESTA ANSIEDAD	PERDIDA DE PESO				TOTAL
	SI	FR%	NO	FR%	
SI	9	100%	-	-	9
NO	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9</b>

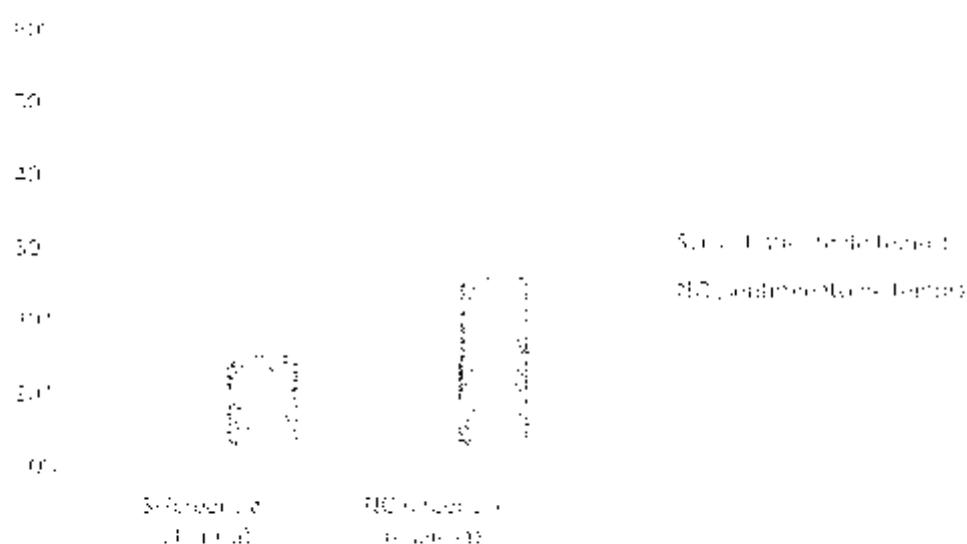
**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay. Diciembre 2008.

El total de la población (9 usuarios) manifestó ansiedad y pérdida de peso.

**Tabla N° 13:** Relación entre sentimiento de temor que los demás le hagan daño y creencia religiosa de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008

SENTIMIENTO DE TEMOR QUE LOS DEMAS LE HAGAN DAÑO	CREENCIA RELIGIOSA				
	SI	FR%	NO	FR%	TOTAL
SI	5	55 %	1	11%	6
NO	1	11%	2	22%	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>66%</b>	<b>3</b>	<b>33%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 13:** Relación entre sentimiento de temor que los demás le hagan daño y creencia religiosa de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.



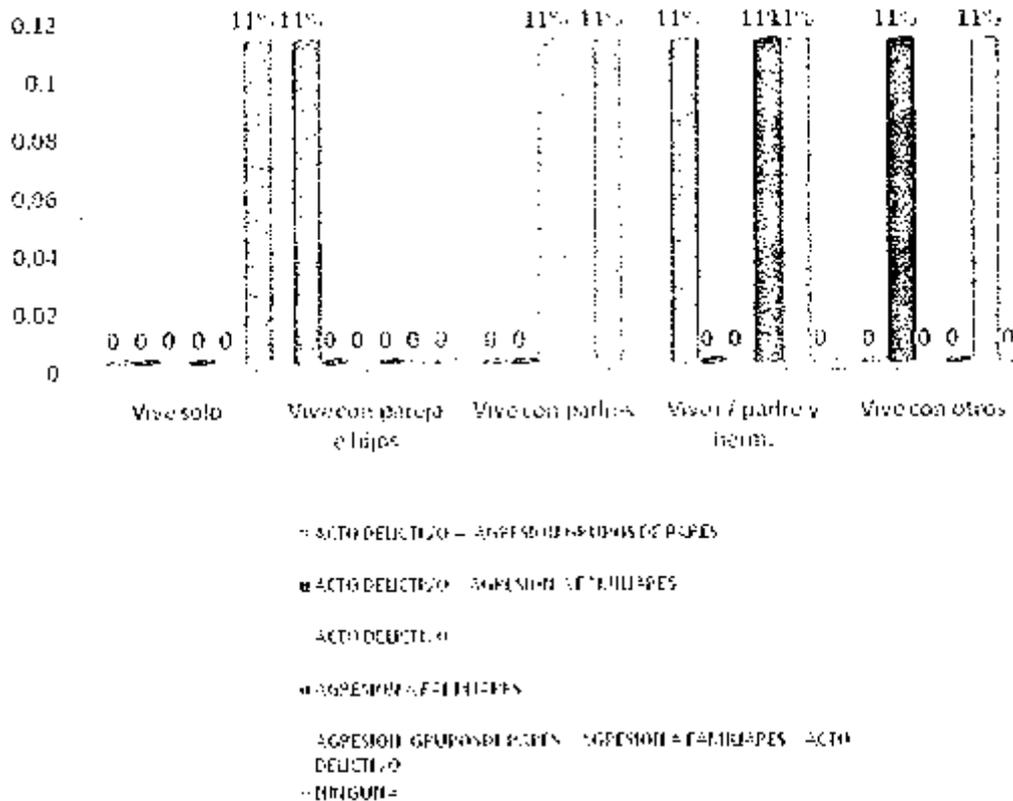
**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

El 55% (5 usuarios) de los que tienen creencia religiosa, si presentan sentimiento de temor que los demás le hagan daño, mientras que el otro 11% (1 usuario) no lo presenta. El 22% (2 usuarios) de los que no tienen creencia religiosa no presentan temor mientras que el 11% (1 usuario) si lo presenta.

**Tabla N° 14:** Relación entre presencia de conductas de heteroagresividad y composición del núcleo familiar de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

PRESENCIA DE HETERO- AGRESIVIDAD	COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR										TOTAL
	Vive solo	FR %	Vive con pareja e hijos	FR %	Vive con padres	FR %	Vive c/ padre y herm.	FR %	Vive con otros	FR %	
ACTO DELICTIVO - AGRESION GRUPOS DE PARES	-	-	1	11 %	-	-	1	11%	-	-	2
ACTO DELICTIVO - AGRESIÓN A FAMILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11%	1
ACTO DELICTIVO - AGRESIÓN A FAMILIARES	-	-	-	-	1	11 %	-	-	-	-	1
AGRESION GRUPOS DE PARES - AGRESIÓN A FAMILIARES - ACTO DELICTIVO	-	-	-	-	-	-	1	11%	-	-	1
AGRESION GRUPOS DE PARES - AGRESIÓN A FAMILIARES - ACTO DELICTIVO	-	-	-	-	1	11 %	1	11%	1	11%	3
NINGUNA	1	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>1</b>	<b>11 %</b>	<b>2</b>	<b>22 %</b>	<b>3</b>	<b>33%</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 14: Relación entre presencia de conductas de heteroagresividad y composición del núcleo familiar de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



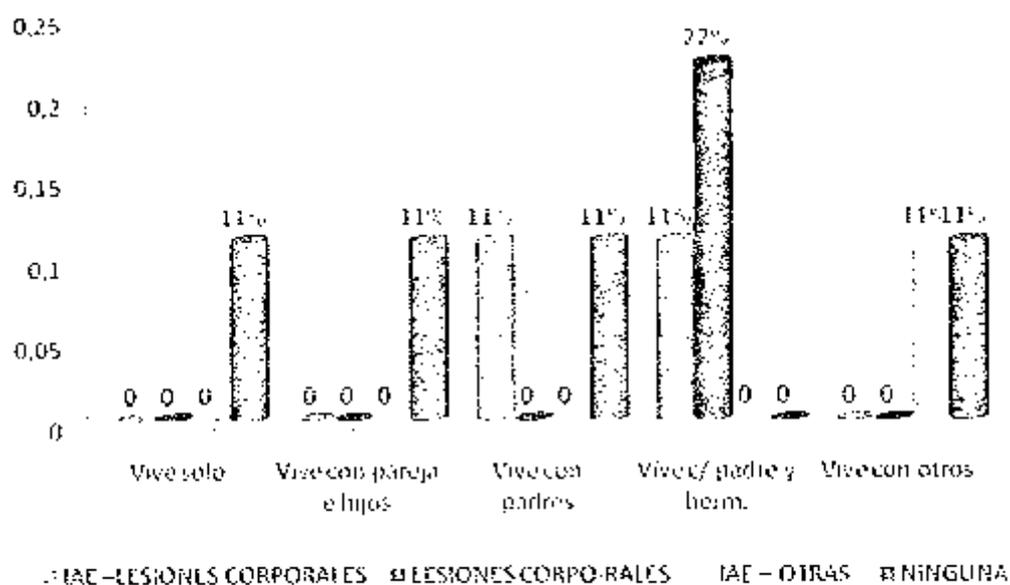
**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

Ninguno de los usuarios que viven solos presentaron conductas de heteroagresividad, el 11% (1 usuario) que viven con pareja e hijos presentó acto delictivo-agresión a grupo de pares. En cuanto a los usuarios que viven con padres, padres y hermanos, se destaca que con el mismo porcentaje (11%) se encuentran aquellos que tienen acto delictivo, agresión a familiares-grupo de pares-acto delictivo, acto delictivo-agresión a grupo de pares, agresión a familiares. De los usuarios que viven con otros el 11% (1 usuario) presenta acto delictivo-agresión a familiares y el otro 11% (1 usuarios) agresión a familiares-grupo de pares y acto delictivo.

**Tabla N° 15:** Relación entre presencia de conductas de autoagresividad y composición del núcleo familiar de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

PRESENCIA DE AUTOAGRESI- VIDAD	COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR										TOTAL
	Vive solo	FR %	Vive con pareja e hijos	FR %	Vive con padres	FR %	Vive c/ padre y herm.	FR %	Vive con otros	FR %	
IAE - LESIONES CORPORALES	-	-	-	-	1	11%	1	11%	-	-	2
LESIONES CORPORALES	-	-	-	-	-	-	2	22%	-	-	2
IAE - OTRAS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11%	1
NINGUNA	1	11%	1	11%	1	11%	-	-	1	11%	4
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>3</b>	<b>33%</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 15: Relación entre presencia de conductas de autoagresividad y composición del núcleo familiar de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



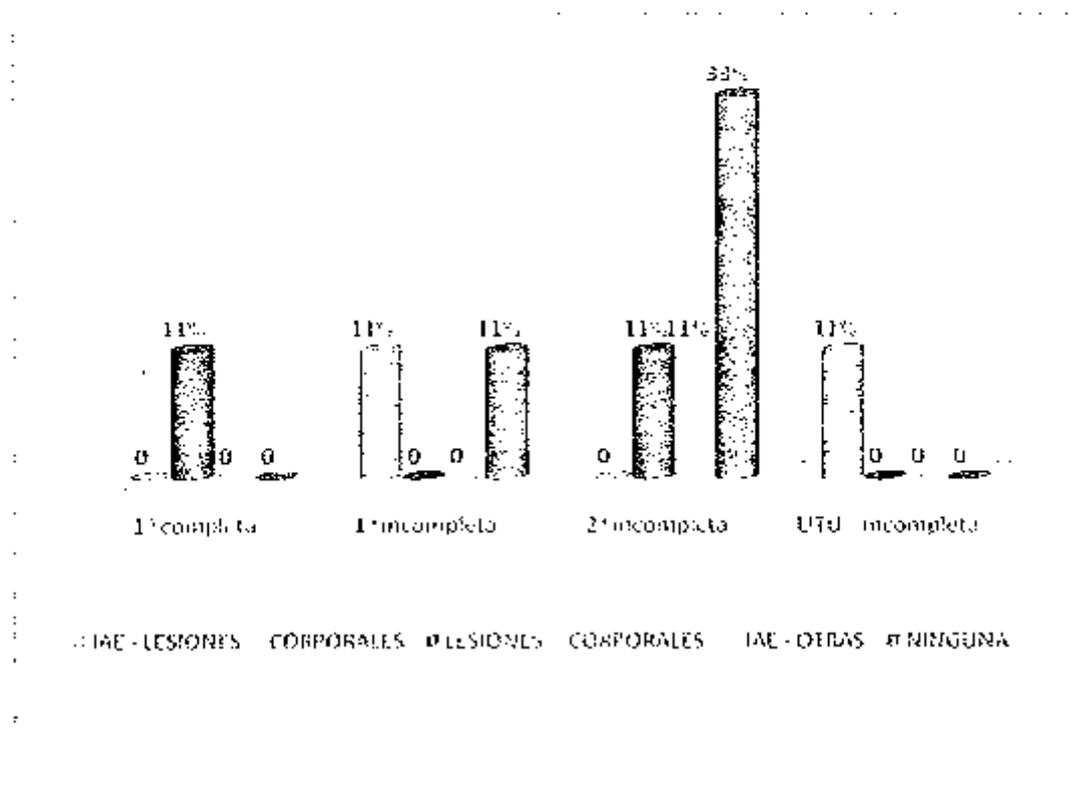
**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

Ninguno de los usuarios que viven solos y en pareja con hijos presentaron conductas de autoagresividad, el 22% (2 usuarios) de los usuarios que viven con padres y hermanos presentaron lesiones corporales.

**Tabla N° 16:** Relación entre presencia de conductas de autoagresividad y estudios realizados por los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

<b>PRESENCIA DE AUTO - AGRESIVIDAD</b>	<b>ESTUDIOS REALIZADOS</b>								
	<b>1º com- pleta</b>	<b>FR %</b>	<b>1º in- comp</b>	<b>FR%</b>	<b>2º in- comp.</b>	<b>FR %</b>	<b>UTU incomp.</b>	<b>FR %</b>	<b>TOT.</b>
<b>IAE - LESIONES CORPORALES</b>	-	-	1	11%	-	-	1	11%	2
<b>LESIONES CORPORALES</b>	1	11%	-	-	1	11%	-	-	2
<b>IAE - OTRAS</b>	-	-	-	-	1	11%	-	-	1
<b>NINGUNA</b>	-	-	1	11%	3	33%	-	-	4
<b>TOTAL</b>	1	11%	2	22%	5	55%	1	11%	9

**Gráfico N° 16:** Relación entre presencia de conductas de autoagresividad y estudios realizados por los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.



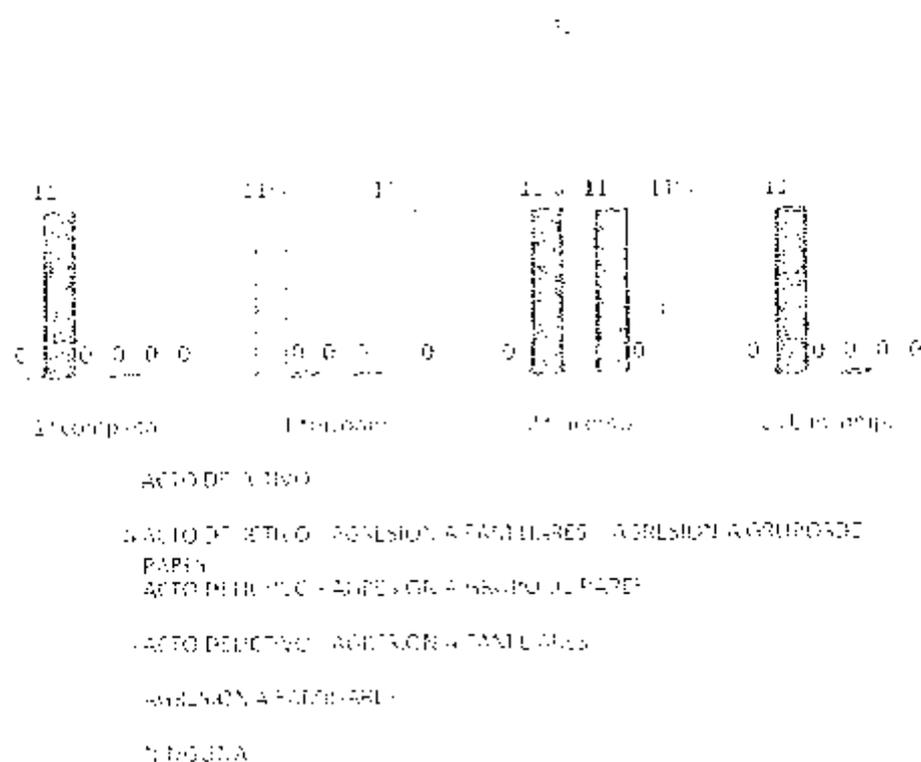
**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

El 11% (1 usuario) de los que realizaron lesiones corporales y IAE con igual porcentaje cursaron primaria incompleta e UTU incompleta. Los usuarios que cursaron primaria completa 11% (1 usuario) presentó lesiones corporales. Con respecto a los usuarios que cursan secundaria incompleta, se aprecia que el 33% no tiene ninguna conducta autoagresiva.

**Tabla N° 17: Relación entre presencia de conductas de heteroagresividad y estudios realizados por los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**

<b>PRESENCIA HETERO AGRESIVIDAD</b>	<b>ESTUDIOS REALIZADOS</b>								<b>TOTAL</b>
	<b>1ª com pleta</b>	<b>FR %</b>	<b>1ª in- comp.</b>	<b>FR %</b>	<b>2ª in- comp.</b>	<b>FR %</b>	<b>UTU in- comp.</b>	<b>FR %</b>	
<b>ACTO DELICTIVO</b>	-	-	1	11%	-	-	-	-	<b>1</b>
<b>ACTO DELICTIVO - AGRESIÓN A FAMILIARES - AGRESION A GRUPOS DE PARES</b>	1	11%	-	-	1	11%	1	11%	<b>3</b>
<b>ACTO DELICTIVO - AGRESION A GRUPO DE PARES</b>	-	-	-	-	2	22%	-	-	<b>2</b>
<b>ACTO DELICTIVO - AGRESIÓN A FAMILIARES</b>	-	-	-	-	1	11%	-	-	<b>1</b>
<b>AGRESIÓN A FAMILIARES</b>	-	-	1	11%	-	-	-	-	<b>1</b>
<b>NINGUNA</b>	-	-	-	-	1	11%	-	-	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>5</b>	<b>55%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 17: Relación entre presencia de conductas de heteroagresividad y estudios realizados por los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



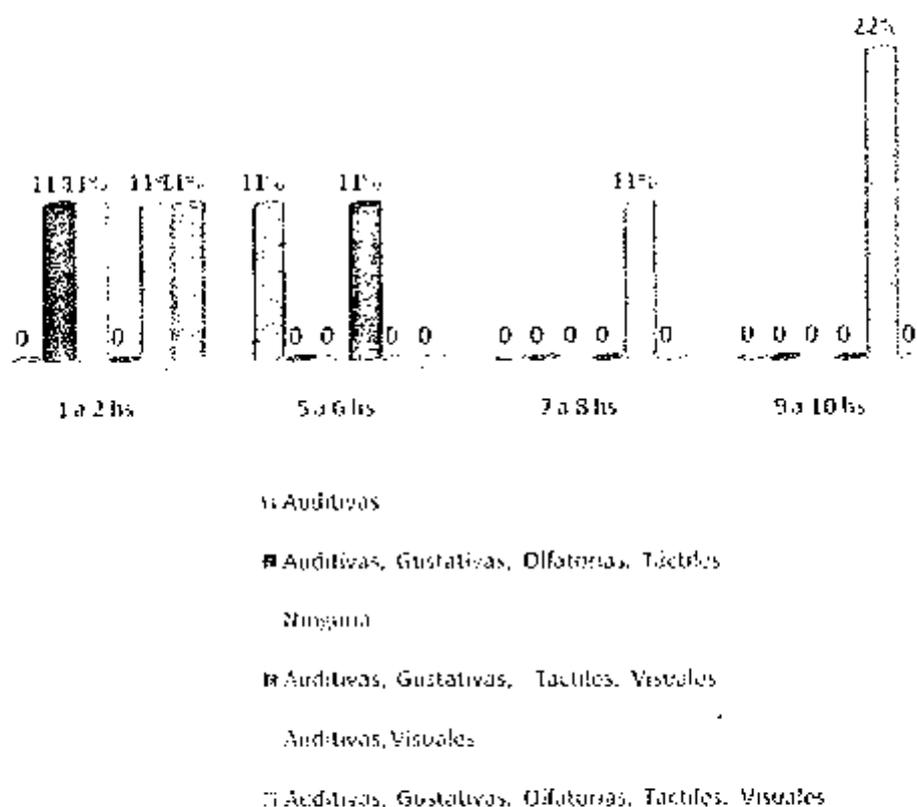
**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008

El 22% (2 usuario) de los que cursaron secundaria incompleta realizaron actos delictivos-agresión a grupo de pares. Mientras que los que cursaron primaria incompleta (2 usuarios) realizaron actos delictivos (11%), agresión a familiares (11%). Coinciden con igual porcentaje (11%) los usuarios que cursaron primaria completa y UTU incompleta presentan como conductas heteroagresivas acto delictivo-agresión a familiares-agresión a grupo de pares.

**Tabla N° 18:** Relación entre alucinaciones y patrón de sueño de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

ALUCINACIONES	PATRON DE SUEÑO								TOTAL
	1 a 2 hs	FR %	5 a 6 hs	FR %	7 a 8 hs	FR %	9 a 10 hs	FR %	
Auditivas	-	-	1	11%	-	-	-	-	1
Auditivas, Gustativas, Olfatorias, Táctiles	1	11%	-	-	-	-	-	-	1
Ninguna	1	11%	-	-	-	-	-	-	1
Auditivas, Gustativas, Táctiles, Visuales	-	-	1	11%	-	-	-	-	1
Auditivas, Visuales	1	11%	-	-	1	11%	2	22%	4
Auditivas, Gustativas, Olfatorias, Táctiles, Visuales	1	11%	-	-	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>44%</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>9</b>

**Gráfico N° 18: Relación entre alucinaciones y patrón de sueño de los usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.**



**Fuente:** Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas realizadas a usuarios internados en un Centro de 3° Nivel de Atención en Montevideo, Uruguay, Diciembre 2008.

Los usuarios que presentaron alucinaciones visuales y auditivas 22% (2 usuarios) tienen un patrón de sueño de 9 a 10 hs. También se destaca esta misma combinación de alucinaciones en aquellos usuarios que descansan entre 1 a 2 hs y entre 7 a 8 hs, con un porcentaje de 11% respectivamente, a cada uno.

Los usuarios que descansan entre 1 y 2hs tienen, con igual porcentaje (11%) las siguientes combinaciones: auditivas-gustativas-olfatorias-táctiles, ninguna, auditivas-visuales y auditivas-gustativas-olfatorias-táctiles-visuales.

El total de la muestra que participa en la investigación asciende a 9 usuarios adictos a pasta base de cocaína internados en un Centro de 3° Nivel de Atención.

De la misma se desprenden características tales como: el 70% de la población investigada corresponde al sexo masculino, esto coincide con el perfil del usuario adicto a pasta base de cocaína que indica una mayor prevalencia en el consumo de varones jóvenes.<sup>XVI</sup> El mayor porcentaje de edades corresponde a los rangos entre 24 y 27 años y 15 y 17 años (con un 44% y 33%, respectivamente); así mismo se observa que la edad de inicio del consumo predomina entre 13 y 14 años (44%) esto concierne a la etapa del ciclo vital de adolescencia inicial, siendo este un período de crisis (físicas y psicológicas) y de estructuración definitiva de la personalidad.

En cuanto a la procedencia, en su mayoría (78%) son de Montevideo tomando en cuenta que la mayor parte de la población del país se concentra en la capital (INE)<sup>XVII</sup>, destacándose que los barrios en los que residen los usuarios corresponden casi en su totalidad a la periferia (La Teja, 19 de Abril y Gruta de Lourdes) excepto por los usuarios que residen en La Blanqueada y Brazo Oriental.

Con respecto a su condición socio-cultural: al inicio del consumo un 56% vive con sus padres, esto se relaciona con la etapa del ciclo vital que cursan (adolescencia inicial y adulto joven).

Referente a la educación, el 56% tiene secundaria incompleta, lo cual indica que el abandono del sistema educativo se relaciona con la edad de inicio del consumo.

Según las cifras nacionales del INE<sup>XVIII</sup> el 13,6% de los montevideanos poseen secundaria completa, destacándose que el descenso del nivel de instrucción a partir de los 12 años es de un 14% y hacia los 20 años están por debajo del 40%. Estos datos de referencia nacional concuerdan con la edad y nivel de instrucción alcanzado por los usuarios.

De la situación laboral se desprende que un 56% presenta empleo informal al inicio del consumo, y el 22% se encuentran desocupados. Dicha situación podría estar condicionada, según el nivel de instrucción alcanzado. Si se analiza en conjunto la edad, nivel de instrucción y situación laboral se observan condiciones ambientales desfavorables tales como, dificultades económicas y limitaciones en las oportunidades de educación, y empleo. Todas estas características definen al usuario adicto a pasta base de cocaína.

<sup>XVI</sup> "Pasta base de cocaína: Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos" IDES

<sup>XVII</sup> <http://www.ine.gub.uy>

<sup>XVIII</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censo (INE). Encuesta Nacional de Hogares, año 2005.

Al analizar los datos en forma bivariada podemos plantear que:

Cuando se relaciona la etapa del ciclo vital con la necesidad de seguridad se observa que: casi la totalidad de los usuarios (8 de 9 usuarios) presentan distancia afectiva en relación con los demás independientemente de la edad al inicio del consumo. Esta distancia afectiva puede ser consecuencia del consumo crónico el cual conlleva a la aparición de alteraciones neuropsiquiátricas, como ser comportamiento antisocial.

De la relación de las variables presencia de conductas de autoagresividad y estudios realizados por los usuarios, se desprende que las lesiones corporales están presentes en usuarios que cursaron primaria completa, primaria incompleta, secundaria incompleta y UTU incompleta (11% en cada uno de los casos). Otra conducta que prevalece es el IAF (esta conducta se encuentra en combinación con las lesiones corporales) dentro de los usuarios que cursaron primaria, secundaria y UTU incompleta.

Con respecto a las variables presencia de conductas de heteroagresividad y estudios realizados: cabe destacar que el acto delictivo y agresión a familiares está presente en todos los niveles de educación alcanzados por estos usuarios, donde los porcentajes más altos se dan en aquellos que cursaron primaria incompleta (22%, 2 usuarios) y secundaria incompleta (44%, 4 usuarios). También se destaca la agresión a grupos de pares que se observa en aquellos usuarios que cursaron primaria completa, secundaria y UTU incompleta. La capacidad intelectual también se ve afectada por el consumo de pasta base, presentando déficit de memoria, disminución de la atención y desinterés académico y laboral; si a esto se agregan trastornos psíquicos como conductas agresivas se puede plantear la dificultad para completar el nivel educativo.

Con respecto a la influencia del estado físico sobre la seguridad de estos usuarios, se aprecia que: en cuanto a la pérdida de peso ésta se presenta en todos aquellos que manifestaron sentimiento de ansiedad; y al relacionar patrón de sueño con presencia de alucinaciones se observa que cuando son menores las horas de sueño (1-2hr) se presentan los cinco tipos de alucinaciones en diversas combinaciones (auditivas, visuales, gustativas, olfatorias y táctiles). Con esto se demuestra que el consumo afecta el estado físico ya que durante las etapas de euforia y disforia se presentan efectos como disminución del sueño, apetito y ansiedad entre otros.

En lo que refiere al medio familiar y sociocultural vinculado a la necesidad de seguridad se destaca que:

-Lo relevante de la relación entre las variables: presencia de conductas de heteroagresividad y composición del núcleo familiar de los usuarios es que, independientemente con quien viva, la conducta de heteroagresividad que predomina es el acto delictivo, se observa en el 77% de los usuarios que viven con sus padres, parejas e hijos, otros, padres y hermanos; seguido por agresión a grupos de pares (sumando un 55%).

Estas características continúan reflejando el común denominador entre los usuarios adictos, quienes al inicio del consumo forman parte de un núcleo familiar. La cronicidad del mismo conlleva al deterioro de las relaciones interpersonales alcanzando a la ruptura o quiebre de los vínculos.

La necesidad imperiosa del consumo ininterrumpido lleva a estos usuarios a cometer actos delictivos, entre otras conductas heteroagresivas tales como agresión a grupos de pares y familiares; desencadenando el aislamiento social.

Con respecto a la relación entre las variables: presencia de conductas de autoagresividad y composición del núcleo familiar se desprende que el IAE se presenta en aquellos usuarios que viven con padres, padres y hermanos y otros (11% en cada uno de los casos). El 44% de los usuarios que viven con padres, padres y hermanos presentan lesiones corporales.

Según los datos recabados no se observa relación directa entre las conductas autoagresivas y la composición del núcleo familiar, por lo que las conductas encontradas son consecuencia de una de las etapas (2º) del consumo, llamada disforia, donde el adicto pierde el efecto estimulante desencadenando el síndrome de abstinencia caracterizado por una profunda depresión, irritabilidad e ideación suicida.

La relación de las variables: sentimiento de temor que los demás le hagan daño y creencia religiosa se encuentran vinculadas en forma directa ya que los usuarios que presentan creencia religiosa sí tienen sentimientos de temor que los demás le hagan daño (55%); de la misma forma se observa en aquellos que no presentan creencia religiosa y por lo tanto no tienen sentimientos de temor (22%).

Con respecto a lo antes mencionado, se puede inferir que la creencia religiosa exagera la ideación de temor en estos usuarios.

Al tener en cuenta la presencia de conductas de autoagresividad y situación laboral al inicio del consumo se destaca que no presentan ninguna conducta de autoagresividad los usuarios desocupados (representando un 22% de 9 usuarios), mientras que 1 estudiante presenta lesiones corporales. De 5 usuarios que presentan empleo informal se desprende que el 33% de éstos presentan lesiones corporales-IAE-otras. Con respecto a la relación entre la presencia de conductas heteroagresivas y situación laboral al inicio del consumo se observa que de los usuarios que presentan empleo informal realizaron las siguientes combinaciones: acto delictivo-agresión a grupo de pares-agresión a familiares (alcanzado una suma de 55%). En cuanto a las demás conductas, en estudiantes y empleo formal, se repiten con un 11% (en cada uno de los casos) los actos delictivos, agresión a familiares y a grupo de pares; en aquellos que se encuentran desocupados se observan con el mismo porcentaje (11%) acto delictivo, agresión a familiares y ninguna conducta heteroagresiva.

Las conductas de auto y heteroagresividad planteadas anteriormente, muestran que independientemente de la situación laboral de estos usuarios, están presentes como una característica inherente al perfil del adicto. Siendo estas conductas desencadenadas a lo largo de las etapas de euforia y disforia.

En cuanto al perfil de la población investigada, se puede concluir que la muestra seleccionada resultó representativa de la población de usuarios adictos a pasta base de cocaína, dado la similitud en las características sociodemográficas y culturales encontradas.

Referente a los factores biopsicosociales que inciden en la necesidad de seguridad de los usuarios adictos a pasta base de cocaína, se concluye que:

- Con respecto a la etapa del ciclo vital se aprecia que casi la totalidad de los usuarios mostró distancia afectiva para relacionarse con los demás, por lo cual se plantea que este factor no incide sobre la necesidad de seguridad. Es decir que independientemente de la edad, la distancia afectiva siempre estuvo presente; sin poder determinar en forma directa si la causa de ello corresponde a las características de las etapas que cursan (adolescencia y adulto joven) las cuales implican cambios comportamentales como por ejemplo el aislamiento social; o si son debido a la condición de adicto que han desarrollado.
- En cuanto a la capacidad intelectual, (analizada en un plano cognitivo), se encuentra que independientemente del nivel de instrucción alcanzado se presentan de igual forma conductas tanto auto como heteroagresivas, características del perfil del adicto. De forma que, no se puede afirmar que este factor incida sobre la necesidad estudiada. De todos modos se debe considerar que la capacidad intelectual adecuada le permite a la persona desenvolverse, adaptarse y ajustarse a las diferentes situaciones que se le presenten. Pero en este caso, se ve condicionada por las consecuencias del consumo; ya que estas conductas agresivas no representan un hecho justificado, sino propio de una percepción alterada o de un entorno que aparece como amenazante.
- Para analizar el estado físico consideramos aspectos tales como pérdida de peso y el patrón de sueño. Se demostró que el consumo incide sobre el estado físico, ya que este provoca (por ejemplo) un sentimiento de ansiedad que favorece la pérdida de peso. Además, el patrón de sueño alterado se relaciona directamente con la presencia de alucinaciones de tipo auditivas, visuales, gustativas, olfatorias y táctiles. Las alucinaciones inciden negativamente en la concepción de una vida plena, interviniendo en el bienestar de la persona, destruyendo la armonía consigo mismo y con el entorno, y por ende llevan a perder el contacto con la realidad. Estos sucesos forman parte de las etapas del consumo, y sea cual fuere el origen de estas alteraciones físicas, impiden el desarrollo y satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona.

- En lo que refiere al medio familiar y sociocultural se analiza en varias partes, por un lado, el medio familiar y social en lo que refiere a la composición del núcleo familiar, situación laboral, y a nivel cultural se destacan las creencias religiosas. Se observa que al inicio del consumo dichos usuarios forman parte de un grupo familiar, y al relacionarlo con las conductas auto y heteroagresivas se desprende que independientemente con quienes vivan el acto delictivo y el IAE predominan entre estos. Estas conductas, que forman parte del prontuario de estos usuarios podrían mostrar cómo influye el consumo en la persona, ya que lleva a cabo hechos que afectan, poniendo en riesgo su vida y la de los demás. Esto favorece el aislamiento, alterando la condición humana de ser social que necesita de un grupo familiar y de una comunidad con la cual interactuar. En cuanto a la situación laboral, se observa que independientemente de dicha situación predominan conductas auto y heteroagresivas, como lesiones corporales, IAE, acto delictivo, agresión a grupo de pares y familiares. Por lo tanto, se plantea que, la situación laboral no influye en la presencia o no de estas conductas; ya que las mismas se encuentran presentes como una característica inherente a las etapas del consumo como lo son la euforia y disforia. A nivel cultural se evidencia que la presencia de alguna creencia religiosa, influye sobre la necesidad de seguridad al desencadenarse en dichos usuarios "sentimiento de temor de que los demás le hagan daño". En este caso se puede plantear que, la creencia religiosa propicia el sentimiento de temor en usuarios que presentan una alteración a nivel psíquico (cuando alcanzan un consumo crónico) desencadenando brotes psicóticos con presencia de alucinaciones. Cabe destacar que el sentimiento de temor está presente en la mayoría de los usuarios, ya sea para relacionarse con otros así como también que los demás le hagan daño. Dicho sentimiento puede desestructurar los mecanismos de adaptación que favorecen el equilibrio consigo mismo y el entorno afectando el sentimiento de seguridad innato.

En lo que concierne a los objetivos planteados, se puede concluir que el logro de los mismos fue posible, dado que se identificaron todos los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) y su incidencia o no sobre la necesidad de seguridad. Sin embargo, el objetivo de pretender conocer *como* inciden dichos factores en la necesidad de seguridad, demandaría otra investigación en mayor profundidad, dada la complejidad del tema abordado.

## RECOMENDACIONES

No se descarta la posibilidad de un estudio con mayor profundidad que permita ahondar sobre cómo se da dicha influencia y no sólo decir si o no; lo cual le permita al profesional de enfermería actuar teniendo frente a sí una visión holística del usuario al contemplar estos cuatro factores biopsicosociales.

Se destaca también, la prioridad de que, la atención de enfermería implique la integración de las necesidades en salud mental, principalmente la necesidad de seguridad. Puesto que muchas veces se tiende a trabajar sobre las necesidades humanas fundamentales (como las planteadas por Max Neef) en forma casi exclusiva dejando de lado la necesidad de comunicación, seguridad, realización, recreación, y aprendizaje. Y, por sobre todo, el trabajo interdisciplinario, ya que a nivel social la vida de estos usuarios se encuentra completamente destrozada, perdiendo todo tipo de contacto y relación con su entorno, no sólo a nivel familiar sino también laboral.

Una problemática que se destaca en la investigación con un impacto a nivel biopsicosocial del individuo es la situación de calle, independientemente del número de personas que afecte, implicaría un plan de acción integral por parte de enfermería en coordinación con centros comunitarios (ONG'S, merenderos, centros de medio camino, refugios).

La labor del profesional de enfermería debe tener un enfoque que abarque en primer lugar, la promoción de la salud desde escuelas y liceos (como un ámbito que permita una captación temprana y continua), con el fin de propiciar conductas que fomenten el autocuidado, esclareciendo cuáles son los factores de riesgo y estimulando los de protección. Todo esto puede contribuir con el trabajo en resiliencia en cada una de estas personas.

Otro aspecto que se debe abordar concierne a posibles estrategias de prevención y porqué no, de rehabilitación también. Algunos aspectos que se pueden afrontar corresponden a: discutir los riesgos y daños concretos que el consumo provoca a nivel físico-psíquico, familiar y social; en cuanto a la abstinencia, fomentar habilidades y destrezas que permitan mantener dicha abstinencia en el transcurso del tiempo. Por último y no por ello menos importante, sino por lo contrario, cabe mencionar el rol fundamental que cumple una red social con una estructura que muchas veces no es la más indicada. Pero es parte del quehacer de enfermería generar redes cuando no las hay (en el mejor de los casos), ya que mucho más difícil puede resultar actuar en una pequeña red como la familiar que se ha visto destruida por consecuencia de los actos que un integrante adicto a la pasta base de cocaína ha provocado. La construcción en conjunto con la persona adicta a pasta base de cocaína de alternativas de salida del consumo, puede ser una estrategia primordial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros y publicaciones:

- Rigol, A. Ugalde, M. "Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica". SALVAT Editores S.A. Barcelona. 1991.
- Pineda, E. Alvarado, E. Canales, F. "Metodología de la investigación". Publicación de la Organización Panamericana de la Salud y Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 2ª ed. Washington D.C. 1994.
- Scarlatta, L (compiladora). "No te enganches con la lata". Grupo editor Instituto IDES. Montevideo. Agosto 2004.
- Meliá, S. (compiladora). "Enfermería en salud mental: Conocimientos, desafíos y esperanzas". Edición Oficina del Libro FBFMUR. Montevideo. Septiembre 2005.
- Acevedo, Balint, Belles, Bianchi, Lotti. "Influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de pasta base de cocaína en adolescentes". Montevideo. 2006.
- Bertrán, A. Dell, C. Lorenzo y Losada, M. Montesdeoca, A. Rossi, G. Garateguy, S. Olivera, G. Suárez, H. Peyraube, R. "Tu Guía. Drogas: más información menos riesgos". Edita Junta Nacional de Drogas, 4ª ed. Montevideo. Abril, 2006.
- Presidencia Oriental del Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, Naciones Unidas (Oficina contra la Droga y el Delito). "II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media". Montevideo, 2005.
- Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Organización de las Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. "Pasta base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos". Montevideo. 2006
- Diccionario de Medicina. Ed. Océano Mosby. 4ª ed. Barcelona. 2001
- Alvarado, Eva Luz de; Canales, Francisca H. de; Pineda, Elia Beatriz. "Metodología de la investigación. Segunda edición. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Washington, D.C. 1994.

### **Enlaces web:**

→ [http://www.infodrogas.gub.uy/html/prensa/elespectador/20040915-consumo\\_pasta\\_base-elespectador.htm](http://www.infodrogas.gub.uy/html/prensa/elespectador/20040915-consumo_pasta_base-elespectador.htm)

→ <http://www.pvp.org.uy/romanidroga2.htm>

→ <http://www.espectador.com/nota.php?idNota=46583>

→ [http://www.fad.es/contenido.jsp?id\\_nodo=1&&&keyword=&auditoria=F#1](http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=1&&&keyword=&auditoria=F#1)

→ [http://www.infodrogas.gub.uy/html/prensa/elpais/20060809-asistencia\\_terapeutica-elpais.htm](http://www.infodrogas.gub.uy/html/prensa/elpais/20060809-asistencia_terapeutica-elpais.htm)

→ [http://www.elpais.com.uy/06/07/08/ultimo\\_225740.asp](http://www.elpais.com.uy/06/07/08/ultimo_225740.asp)

→ [http://www.elpais.com.uy/06/07/08/ultimo\\_225740.asp](http://www.elpais.com.uy/06/07/08/ultimo_225740.asp)

11  
12

ANEXOS

## ANEXO N° 1

### ENTREVISTA A LICENCIADA CRISTINA SANABIA

Coordinadora del Centro de Atención telefónica del Portal Amarillo

- 1)- ¿Es frecuente la existencia de patología psiquiátrica dual en los usuarios adictos a pasta base de cocaína?
- 2)- ¿Cuáles son las características más sobresalientes en estos usuarios?
- 3)- ¿Cuentan con la contención de la familia o algún otro aliado terapéutico durante el tratamiento?
- 4)- ¿Los usuarios asisten a la primer consulta solos o acompañados?
- 5)- ¿Es en la asistencia ambulatoria o en la internación que se trabaja con mas énfasis junto a la familia del adicto?
- 6)- ¿En qué consisten las medidas paliativas cuando llegan por primera vez a la consulta?
- 7)- ¿Cuáles son las consultas telefónicas más frecuentes y cómo son abordadas?
- 8)- ¿Cuál es la relación entre el usuario adicto y las enfermedades infecciosas?
- 9)- ¿Cuáles son las complicaciones psiquiátricas más frecuentes desencadenadas por el consumo?

1)- En realidad se le llama existencia de patología dual y no co-morbilidad, cuando el usuario además de ser adicto a drogas tiene como antecedente una patología psiquiátrica.

En la mayoría de los casos que aquí se ven no contamos con antecedentes psiquiátricos del usuario, por lo tanto lo que se evalúa es si tras el consumo o a causa de este sobreviene algún tipo de patología psiquiátrica.

2)- Estos usuarios en general son jóvenes, menores de 30 años, predominantemente de sexo masculino, desocupados.

3)- En muchos de los casos la familia del adicto acompaña durante el tratamiento, mientras que en otros los vínculos familiares están tan dañados por el accionar del propio usuario que no se cuenta con el apoyo de estos.

4)- Generalmente llegan a la primera consulta acompañados.

5)- Todas las instancias del tratamiento son importantes, pero es en la asistencia ambulatoria donde se pone mayor énfasis, con el fin de brindar a la familia instrumentos que le permitan contener al usuario dentro de su propio entorno.

6) Cuando el usuario llama es por lo general cuando está "fisurado"; la primer medida es brindar espacio de escucha y contención, e intentar que acuda a una consulta. Con respecto al tratamiento hay dos posturas, una es la abstinencia de la droga de abuso y la sustitución de la misma por medicación y la otra es la reducción de riesgo y reducción de daño. Ambas coinciden en que con la pasta base el único camino es la abstinencia.

7) Existe una elevada demanda de consultas telefónicas donde aproximadamente el 40% son efectuadas por la madre del adicto y la mayoría son durante la etapa de crisis del usuario es decir, cuando están "fisurados".

8) Hay un alto porcentaje de afecciones respiratorias en estos usuarios y en menor medida ETS.

9) Son brotes psicóticos y psicosis tóxicas.

## ENTREVISTA AL LICENCIADO EN ENFERMERIA LUIS TATO

- 1) ¿Cuál es el cargo que desempeña en la Institución?
- 2) ¿Cuándo se inauguro la Institución?
- 3) ¿Cuáles son las vías de ingreso y los criterios de internación?
- 4) ¿El ingreso se produce por voluntad propia o es el usuario llevado por un familiar?
- 5) ¿Cuál es la capacidad instalada (nº de camas) y el porcentaje de ocupación?
- 6) ¿Cuáles son las características de los usuarios en cuanto a edad y sexo?
- 7) ¿En qué consiste el tratamiento del usuario adicto dentro de la Institución?
- 8) ¿Cuál es generalmente, la procedencia de los usuarios?
- 9) ¿Cuentan con un aliado terapéutico durante el proceso de rehabilitación?
- 10) ¿Cuál es el promedio de días de internación de los usuarios?
- 11) ¿A qué se le llama grupos "T"?
- 12) ¿Cuáles son las estrategias para acercar al usuario adicto, al sistema de salud?
- 13) ¿Qué porcentaje de rehabilitación existe?  
Si el porcentaje es bajo, ¿a qué factores lo atribuye Ud.?
- 14) ¿Cuál es el rol del Licenciado en Enfermería con el adicto y su familia?
- 15) ¿En qué ámbito considera Ud. que enfermería debe ahondar su acción con el usuario?
- 16) ¿Es común el reingreso?
- 17) ¿Se realiza seguimiento una vez que el usuario se va de alta?
- 18) ¿Son comunes los brotes psicóticos con episodios de alucinaciones?
- 19) ¿Es frecuente en los usuarios que presenten ansiedad o sentimientos de miedo?  
En caso de ser afirmativa, ¿lo atribuye Ud. a algún hecho desencadenante?
- 20) ¿Qué tipo de actividades realizan los usuarios durante la internación?

- 1) El cargo que desempeña en esta Institución (Portal Amarillo) es de Licenciado en Enfermería a cargo del sector Enfermería del área de Internación.
- 2) La Institución está en funcionamiento con todos los dispositivos desde hace alrededor de 2 años y medio.
- 3) En cuanto a las vías de ingreso los usuarios pueden ser:
  - derivados de cualquier servicio de salud, policlínicas, de cualquier ONG o derivados de cualquier referente de la red.
  - consultar directamente en la Institución. Esta consulta puede ser a través del SAOT, que es un servicio que depende de la Universidad de la República y la JND donde los Licenciados en Enfermería que están a cargo orientan a los usuarios de los pasos a seguir. Si la situación lo amerita, es derivado directamente a la Institución o puede ser que requiera ser derivado a una puerta de emergencia para una consulta previa.

Si es derivado a una consulta directamente en la Institución, el Licenciado en Enfermería del SAOT puede coordinarle día y hora.

Si viene directamente a pedir un recurso en la Institución existe más de una posibilidad:

- Los grupos; donde pueden participar sin día y hora previos.
- El Comité de Recepción; que es una instancia más avanzada que los grupos donde sí debe concurrir con fecha y hora previamente establecida y será valorado por un técnico quien luego lo deriva al servicio que corresponda.

En cuanto a los criterios de internación están dados por dos parámetros:

- Riesgo social
- Riesgo de integridad física inminente o riesgo de vida (consumo compulsivo).

En lo que respecta a la edad, el criterio de ingreso es que deben ser mayores de 15 años.

Uno de los criterios de exclusión es que el usuario sea portador de patología psiquiátrica declarada ya que no es el perfil del usuario para la internación en esta Institución.

- 4) Todos los tratamientos en el país son voluntarios, no hay tratamiento compulsivo. Lo que puede darse en algún caso especial cuando existe una situación legal de por medio es una sustitución de pena, es decir, el juez le propone la internación o de lo contrario debe cumplir la pena; lo cual no deja de ser voluntario ya que el usuario es quien decide.
- 5) La capacidad de internación es de 21 camas, de las cuales se pueden cubrir como máximo 20, dejando 1 para situaciones de emergencia. El porcentaje de ocupación oscila entre un 80 y un 100%.
- 6) Mayoritariamente son de sexo masculino, la edad promedio es entre 20 y 23 años.

- 7) La parte de Internación a lo que apunta es a la desintoxicación, es decir a pasar las primeras horas de "craving" o sea, cuando comienza la sintomatología del síndrome de abstinencia y poder dejar al usuario en situación tal que con un apoyo terapéutico, pueda enfrentar un tratamiento ambulatorio.
- 8) El Portal es el centro de referencia a nivel nacional, por lo tanto se reciben usuarios de todo el país pero mayoritariamente procedentes de Montevideo, y dentro de Montevideo se puede decir que la procedencia sigue los patrones mismos del propio consumo, es decir, provienen en su mayoría de barrios periféricos, zonas de contexto social problemático, lo cual no excluye otros barrios de la capital. Así como también hemos tenido ingresos de usuarios de zonas residenciales y con un elevado nivel socioeconómico.
- 9) La idea es que sí cuenten con un aliado terapéutico, está dentro de las estipulaciones que tienen para el ingreso. Tienen que tener un referente familiar, tomando como concepto de familia aquella relación vincular que no precisamente debe ser consanguínea. Dentro de los parámetros requeridos ese referente no debe tener antecedente de consumo ni problemática legal. El referente por lo general es identificado aunque algunas veces no actúa como tal.
- 10) El promedio de días de internación es de 1 mes, más o menos. A partir de la segunda o tercera semana, según el caso, comienzan con salidas transitorias que van en aumento hasta que pueden estar en el contexto por 3 o 4 días lo que permitiría evaluar el alta.
- 11) Los grupos T (denominados de transición), son grupos de ingreso de primer contacto, o sea que reciben los usuarios de la calle o del medio del que son enviados y una vez incorporado al grupo se lo deriva a otro dispositivo que puede ser un tratamiento ambulatorio, internación o grupo diurno.
- 12) Al sistema de salud lo incorporamos directamente cuando ingresa por la necesidad propia de la situación que plantea, ya que no debemos olvidar que el adicto es una persona íntegra que trae toda una problemática, además del consumo con una elevada co-morbilidad, desde patologías secundarias al consumo como tenemos cardiovasculares, neurológicos, etc.  
Durante la internación lo que se intenta es educar al usuario en la utilización del sistema de salud para su beneficio ya sea con consultas con odontólogo, controles ginecológicos entre otros.
- 13) Sería discutible el término rehabilitación.  
Durante la internación rehabilitación nos limitaría a decir que es aquella persona que logró cumplir el tiempo de internación estipulado por el médico tratante, salir y continuar el tratamiento en el dispositivo que se le asigne en la parte de internación. Dentro de la rehabilitación de un individuo adicto a sustancias están las recaídas.  
Si un usuario salió, consumió, e inmediatamente viene a pedir un recurso significa que está en vías de rehabilitación ya que reconoce la problemática pero todavía no está preparado para poder cortar el lazo con la sustancia e inmediatamente antes de que se agrave la situación busca un recurso, es decir es parte de la rehabilitación ese tipo de conductas.

Dentro del tratamiento ambulatorio; para que el usuario se pueda desprender de la institución puede llevar años ya que estamos hablando de que tenemos que romper una relación de dependencia con la sustancia que no es solo por voluntad propia, sino a nivel orgánico, ya que la necesidad esta presente a nivel fisiológico lo cual no es fácil para manejar por sí solo.

- 14) En toda la parte asistencial todos estamos aprendiendo ya que es una temática nueva sujeta a cambios permanentes, al variar la sustancia, al variar la situación social, es decir, hay diversos factores que la hacen variar, por lo que los roles muchas veces hay que reverlos. Un modelo que puede servir como referencia para este tipo de manejo es Peplau.  
El rol es intervenir desde las relaciones del cotidiano hasta las problemáticas más íntimas del ser humano; por supuesto que es abandonar por completo el modelo clásico de Enfermería.
- 15) Enfermería debe ahondar desde lo cotidiano como enseñar técnicas básicas de higiene y confort, educación en la forma de higienizarse, alimentarse hasta el manejo de situaciones tan complicadas como puede ser el deseo de consumo o una problemática familiar, intervención en la medida de la preparación del técnico en todos los aspectos.
- 16) Sí, porque el reingreso es parte de la evolución del tratamiento. No hay un límite de veces de reingreso; lo que se hace para evaluar el ingreso es que este sea lo más positivo. Cabe destacar que no siempre la internación es el mejor camino, se debe valorar si conviene ingresarlo, derivarlo al día, hacerle un seguimiento a través de consultas con psiquiatra y/o psicólogo por una determinada cantidad de días, según la situación de cada uno.
- 17) Al alta el usuario se va con día y hora para consulta con el psiquiatra tratante que va a ser quien siga con el tratamiento farmacológico.  
También salen con día y hora para algún grupo que manejen los psicólogos y dependiendo a que dispositivo se lo deriva, también sale con día y hora para las actividades de ese dispositivo.
- 18) No se dan frecuentemente, depende de la situación de cada uno, en los casos en los que entran intoxicados es muy común que puedan darse brotes psicóticos o alucinatorios.  
Y en la evolución, muchas veces cuando empieza el tratamiento se detecta alguna otra sintomatología de base y ahí pueden aparecer estos brotes.  
Conductas de auto y hetero-agresividad no son frecuentes durante la internación, excepto dentro de esta última, la agresión verbal, que sí es frecuente.  
En cuanto a la auto-agresividad hay que ver que esto es un espectro más amplio ya que hay conductas que son auto agresivas y no son precisamente el golpe, es decir el consumo es una autoagresión, ser portador de una patología médico quirúrgica y no cumplir con la dieta indicada por el médico también es una conducta de autoagresión.

19) En cuanto a la ansiedad puede haber muchísimos desencadenantes por ejemplo tuvimos un caso de un chico que comenzó a elevar su nivel de ansiedad (con sintomatología física, sudoración, palidez), cuando vio a sus compañeros pisando sal gruesa en el comedor porque no tenían sal fina. El lo asoció a cuando pisan la sustancia.

Se ubican a los usuarios en los dormitorios según los perfiles, y si hay problema de interrelación como en todo grupo humano, se los cambian de cuarto.

En cuanto al sentimiento de miedo este es muy común cuando están próximo a la salida o en las salidas, sienten miedo al afuera, al entorno, a las amistades de consumo, al lugar donde consumían, etc. Eso los moviliza mucho y es lo que produce más miedo.

20) Pueden realizar diferentes tipos de actividades; las que son propiamente terapéuticas como talleres con psicólogos espacios de escucha con médico tratante.

Y las que apuntan más a la recreación como ser huerta, gimnasia, cocina.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de este consentimiento es informar a los participantes acerca de la investigación.

La presente investigación “Los factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) que inciden en la necesidad de seguridad de los usuarios adictos a pasta base de cocaína internados en un centro de tercer nivel de atención público”, es conducida por estudiantes finalizando la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República previamente avalado por profesores tutores de la Cátedra de Salud Mental.

El objetivo de este estudio es: Identificar los factores biosicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) que inciden en la necesidad de seguridad en los adictos a pasta base de cocaína.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y será utilizada con el objetivo de la defensa de la tesis. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería. He sido informado (a) del objetivo, duración y confidencialidad del mismo.

.....

Código

-----  
Nombre del Participante  
(letra de imprenta)

-----  
Firma del Participante

-----  
Fecha

**ANEXO N° III  
CUESTIONARIO**

**Sexo:** Masculino   
Femenino

---

**Edad:**.....

---

**Procedencia:**

Montevideo..... Barrio.....

Interior.....

---

**Estudios realizados:** ninguno  primaria completa  primaria incompleta   
secundaria completa  secundaria incompleta   
UTU completa  UTU incompleta   
terciaria completa  terciaria incompleta   
otros.....

---

**Pérdida de peso:** si  no

---

**Policonsumo:** Ninguno  Marihuana  Cocaína   
Tabaco  Alcohol

---

**Situación laboral al inicio del consumo:** Desocupado

Estudiante

Empleo formal

Empleo informal

Ama de casa

---

**Composición del núcleo familiar:** Vive solo  Vive con pareja

Vive con pareja e hijos  Vive con padres

Vive con padre y hermanos  Vive con otros

---

**Situación de calle:** si  no

---

**Creencia religiosa:** si  no

---

**Días de internación:** .....

---

**Edad al inicio del consumo:** .....

---

**Frecuencia del consumo diario:** 1- 5 veces

6 - 10 veces

> 10 veces

---

Cantidad de consumo diario: : 1- 5 veces   
6 - 10 veces   
> 10 veces

---

Internaciones previas: si  no

---

Antecedentes psiquiátricos: esquizofrenia  trastorno de personalidad   
depresión  otros  ninguno

---

Patrón de sueño.....(hrs)

---

#### Seguridad:

Presencia de sentimiento de temor: si  no

Sentimiento de temor para relacionarse con otros: si  no

Sentimiento de temor que los demás le hagan daño: si  no

Presencia de alucinaciones: Auditivas

Gustativas

Olfatorias

Táctiles

Visuales

Ninguna

Atribuye determinados actos a voces que le indican lo que debe hacer: si  no

Presencia de actitudes de desconfianza en relación a otras personas: si  no

Muestra distancia afectiva en la relación con los demás: si  no

Manifiesta ansiedad: si  no

Presencia de conductas de autoagresividad: Intento de autoeliminación

Lesiones corporales

Otras

Ninguna

Presencia de conductas de heteroagresividad: Acto delictivo

Agresión a familiares

Grupo de pares

Otros

Ninguna

## ANEXO N° IV

Montevideo, octubre de 2008

Centro de Información y Referencia de la Red-Drogas  
Portal Amarillo  
Dra. Susana Grunbaum  
Presente:

Por la presente nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitar autorización para que los estudiantes de Licenciatura en Enfermería finalizando la carrera perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República; realicen la recolección de datos necesaria para efectuar el trabajo de investigación final. El que se denomina "Factores biopsicosociales (capacidad intelectual, etapa del ciclo vital, estado físico y medio familiar y sociocultural) que inciden en la necesidad de seguridad de los usuarios adictos a pasta base de cocaína internados en un centro de tercer nivel de atención público".

Se adjunta además el protocolo de investigación avalado por los profesores tutores. El mismo se llevará a cabo en el mes de octubre del presente año.

Sin más que agregar y en espera de una respuesta favorable, saludan a usted atentamente:

---

Prof. Adj. Esp. Lic. Alvaro Díaz

Prof. Esp. Lic. Silvia Meliá

Estudiantes Lic. Enfermería:

Br. Leticia Almeida

Br. Perla Márquez

Br. Melina Pallero

Br. Adriana Rodríguez

Br. Nélida Rodríguez



## AGRADECIMIENTOS



**A nuestras familias,**

**A nuestros tutores,**

**A todo el personal del centro donde se investigó,**

**A los usuarios por su gran contribución,**

**A todos ellos ... simplemente gracias!!!!!!**

.....

.....