

Uso de drogas, salud mental y problemas relacionados con el crimen y la violencia: estudio transversal¹

Heloísa Garcia Claro²
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira³
Janet Titus Bourdreaux⁴
Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes⁵
Paula Hayasi Pinho⁶
Rosana Ribeiro Tarifa⁷

Objetivo: investigar la correlación entre los trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras drogas y los síntomas de trastornos mentales, problemas relacionados con el crimen y la violencia y a la edad y al género. **Métodos:** estudio descriptivo transversal, llevado a cabo con 128 usuarios de un Centro de Atención Psicosocial en Alcohol y otras Drogas, en la ciudad de São Paulo, entrevistados a través del instrumento Evaluación Global de Necesidades Individuales - Detección Corta. Se realizaron modelos de regresión lineal univariantes y múltiples para verificar la correlación entre las variables. **Resultados:** en los modelos de regresión univariantes, los síntomas de internalización, externalización y problemas relacionados con el crimen/la violencia se mostraron significantes y se incluyeron en el modelo múltiple, en que solamente los síntomas de internalización y problemas relacionados con el crimen y la violencia siguieron siendo significativos. **Conclusiones:** hay correlación entre la gravedad de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y la severidad de los síntomas de salud mental y con el crimen y la violencia en la muestra estudiada. Los resultados enfatizan la necesidad de un carácter interdisciplinario e intersectorial de atención al usuario de alcohol y otras drogas, ya que viven en un ambiente de vulnerabilidad social.

Descriptorios: Trastornos Relacionados con Alcohol; Trastornos Relacionados con Sustancias; Salud Mental; Reproducibilidad de Resultados; Violencia; Crimen.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Validação do Instrumento 'Avaliação Global das Necessidades Individuais - Inicial'", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, procesos nº 2012/123873-7 y 2010/20741-7.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Investigador, Lighthouse Institute, Chestnut Health Systems, Bloomington, IL, Estados Unidos.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Centro de Engenharia, Modelagem e Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do ABC, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

⁶ Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁷ Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Brasil.

Introducción

El consumo de alcohol causa la muerte de 2,5 millones de personas al año, tiene un papel causal significativo en la incidencia de 60 tipos diferentes de enfermedades y causa daños al bienestar y la salud de las personas de convivencia del usuario⁽¹⁾. La carga global de los problemas de salud, relacionados al consumo de alcohol, alcanzó en 2000, equivalente al 4% del total de la morbilidad y la mortalidad que se produjo en el planeta ese año, lo que indica, además, tendencia al alza - teniendo en cuenta el valor estimado en 1990 (3,5%)⁽¹⁾.

Se estima que en Brasil, el 7,3% del Producto Interno Bruto (PIB) se gastan anualmente en los problemas relacionados al alcohol. Para el PIB brasileño del año 2010, de R\$ 3.439,997 mil millones, el costo social relacionado con problemas debido al abuso de alcohol alcanzaría un monto de R \$ 251,119 mil millones al año⁽²⁾.

Datos del *Global Status Report on Alcohol and Health* de 2011, de la Organización Mundial de la Salud - OMS, revelan que el 18,7% de la población brasileña se compone de personas que nunca han consumido alcohol y drogas, el 31,8% de personas que consumen alcohol con regularidad y el 50,5% de personas que no consumen alcohol durante más de un año. En los Estados Unidos de América - EE.UU., datos del mismo informe muestran que el 17,7% de la población está formada por personas que nunca han consumido alcohol y drogas, el 16,9% - casi la mitad del porcentaje de Brasil - son personas que consumen alcohol con regularidad y el 34,6% son personas que no consumen alcohol durante más de un año⁽¹⁾.

En Brasil, aproximadamente el 12,3% de la población puede considerarse dependiente del alcohol, según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 y del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - DSM-IV, cuya prevalencia es del 17,1% entre los hombres y el 5,7% en la población femenina, lo que demuestra una alta prevalencia en comparación con otras condiciones de salud⁽²⁻³⁾.

Alrededor de uno de cada cinco personas que hacen uso de drogas ilícitas tiene criterio para el diagnóstico de dependencia, y estas sustancias afectan la percepción, el estado de ánimo y la conciencia de sus usuarios, lo que puede afectar la capacidad de los usuarios para ejercer control sobre el consumo de drogas. El resultado puede llevar a la adicción, causando su uso continuado, a pesar de los daños causados. Además de la discapacidad

profunda y la pérdida de la salud física, las personas con trastornos causados por el uso de Alcohol y Otras Drogas (AOD) pueden sufrir gravemente con problemas psicológicos y psicosociales, problemas interpersonales, pérdida del empleo, problemas de aprendizaje, así como problemas legales^(2,4).

Investigaciones epidemiológicas recientes muestran que los trastornos mentales son la principal causa de más del 10% de los años perdidos de vida saludable y más del 30% del total de años vividos con discapacidad, trastornos estos que tienen alta prevalencia, y muchas veces, naturaleza crónica. Las bajas tasas de reconocimiento de casos y el tratamiento eficaz agravan el problema, especialmente en los países pobres o en desarrollo, como en Brasil⁽⁵⁻⁶⁾.

La OMS estima que, en la actualidad, en el mundo, 350 millones de personas sufren de depresión (Marcus M, 2012), 26 millones de personas sufren de esquizofrenia y 125 millones de personas están afectadas por el uso de AOD. Aproximadamente 844 mil personas mueren por suicidio cada año⁽⁵⁾.

Cuando los usuarios se abordan y refieren para tratamiento, en las primeras etapas del consumo de drogas, el ahorro de costes puede reflejar también en el gasto en justicia penal, tales como el costo de la detención y otras pérdidas resultantes de acciones criminales en la sociedad. Un estudio muestra que el mercado de drogas activo provoca ineficiencia de costo, favoreciendo otros delitos como crímenes contra la propiedad, poder paralelo, muertes y ejecuciones, mercados secundarios de recibiendo, desintegración familiar y otros⁽⁷⁻⁸⁾.

Las consecuencias del uso indebido de alcohol y drogas van más allá de las relacionadas con el daño a la salud de los individuos abusadores (si la situación clínica empeora, más servicios se utilizan y más intervenciones de salud se realizan). También se refieren a las consecuencias de impacto público, por ejemplo, el uso de los impuestos pagados por la sociedad para financiar las acciones de tratamiento y prevención de abuso de alcohol. Además, existe la pérdida de productividad que esta misma sociedad sufre como consecuencia de las lesiones en la salud de las personas afectadas por este problema, ya que una de sus consecuencias es el abandono del trabajo, los accidentes que pueden conducir a la discapacidad física y la muerte prematura⁽²⁾.

Como lo demuestra la literatura mencionada anteriormente, hay una relación sugestiva entre la gravedad de los problemas relacionados con el uso de AOD, con los síntomas de salud mental, criminalidad y

violencia. No obstante, pocos estudios realizan análisis de esta correlación cuantitativa. Se pretende, en este estudio, buscar evidencias sobre la correlación entre los problemas reportados por las personas en las áreas de la salud mental, crimen y violencia, y alcohol y drogas. Comprobada tal correlación, se resalta la importancia de promover acciones dirigidas a la atención de la persona de manera integral, apoyando las necesidades que están estrechamente vinculadas y forman el campo psicosocial.

En este estudio, el instrumento Evaluación Global de Necesidades Individuales - Detección Corta (EGNI-DC) se utilizó para la medición de los síntomas o problemas emocionales y de conducta relacionados con el consumo de sustancias y la participación en crímenes y violencia. Los resultados de la evaluación de estas dimensiones proporcionan directrices de apoyo de decisiones clínicas sobre las necesidades del paciente, así como diagnóstico y posibilidades de tratamiento⁽⁹⁾.

El objetivo del estudio ha sido verificar, en una muestra de usuarios de Servicios de Atención Psicosocial AOD - CAPSad, correlación entre el informe de síntomas relacionados con el uso de AOD (variable dependiente) con el informe de síntomas relacionados con la salud mental y emocional, así como informes de problemas relacionados con el crimen y la violencia.

Métodos

Se trata de un estudio transversal, en el cual se entrevistaron, a través del instrumento EGNI-DC*, 128 individuos en la fase posterior a la acogida en un Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas en la ciudad de São Paulo. Se han abordado individuos con edad entre 18 y 60 años, que usaban alcohol y/o drogas y buscaron tratamiento en el CAPSad.

El instrumento EGNI-DC y el sistema ABS en portugués resultaron de la investigación matricial llamada Desarrollo de la versión Brasileña del *software GAIN Assessment Building System* y Validación de los Instrumentos *Evaluación Global de las Necesidades Individuales, para uso en Brasil*, realizada por el Grupo de Estudios sobre el Alcohol y otras Drogas – GEAD en la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo - EEUSP. En la investigación mencionada, se realizó la traducción y adaptación cultural del instrumento EGNI-DC para el portugués hablado en Brasil, y la validación del instrumento.

Los resultados de esta investigación mostraron que el instrumento es validado por el modelo de Rasch y tiene consistencia interna y *performance* compatibles con la versión americana. El instrumento mide 23 síntomas y cuándo fue la última vez que acontecieron (nunca, hace más de un año, hace 4-12 meses, hace 2-3 meses, o el mes pasado), proporcionando la puntuación de gravedad del individuo en 5 áreas: síntomas de internalización, síntomas de externalización (que compone el área de la salud mental), consumo de sustancias, crimen y violencia y gravedad total). Una vez que el instrumento es válido para su uso en Brasil, y mide las necesidades de la persona en todas las áreas de interés, se justifica su uso en este estudio⁽¹⁰⁾.

Los síntomas de internalización se definen por la literatura consultada como los aspectos relacionados con la depresión, la ansiedad, el estrés traumático y el suicidio. Los síntomas de externalización se definen como déficit de atención, trastorno de hiperactividad y mala conducta⁽¹¹⁾.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (institución proponente) y por la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo (institución copartícipe), con el número de Proceso CAE 15450713.8.0000.5392.

Las entrevistas** se realizaron en el CAPSad de la región sur de la ciudad de São Paulo, en un ambiente confortable, sin interrupciones, preservándose la privacidad del individuo (sin la posibilidad de que otros pudiesen escuchar la entrevista), con la presencia sólo del entrevistador y del individuo. Los CAPSads ofrecen asistencia completa, con atención individual (medicación, psicoterapia, de orientación y otras.) y en grupos (psicoterapia, grupo operativo, actividades de apoyo y social), atención en talleres terapéuticos, visitas y atención domiciliaria, atención a la familia, atención de desintoxicación y actividades a la comunidad, centrándose en la integración y la integración familiar y social⁽¹²⁾.

En el período de recogida de datos, se iniciaron 444 planes individuales de tratamiento en el servicio. De éstos, se excluyeron 93 individuos porque buscaban tratamiento sólo para el consumo de tabaco, 33 individuos tenían más de 60 años y 14 individuos eran menores de 18 años. De los 304 individuos elegibles para el estudio, 128 asistieron para programar la evaluación y aceptaron

* La versión en Portugués del EGNI-DC se puede acceder, por ejemplo, en: <http://goo.gl/28BP2c>

** Los individuos se entrevistaron por los investigadores en un tiempo promedio de 12 minutos, con un mínimo de 3 minutos; el 50% de las entrevistas se llevaron a cabo en menos de 10 minutos.

participar en ella, mediante la firma del Consentimiento Informado (CI).

La recogida de datos se llevó a cabo a través del *Global Appraisal of Individual Needs - GAIN Assessment Building System*, el GAIN ABS, una aplicación *on-line* para la inclusión de los datos recogidos en el momento de la aplicación del instrumento EGNI-DC, lo que facilita a la generación de reportes clínicos, diagnósticos y transferencia de los datos recogidos para su posterior análisis estadísticos⁽¹³⁾. Los reportes clínicos y de diagnóstico generados por el sistema se imprimieron y se adjuntaron a los registros de los entrevistados, como una manera de respuesta inmediata a los entrevistados sobre el estudio y de proporcionar asistencia para la preparación del proyecto terapéutico singular por los profesionales del CAPSad. Los datos recogidos por el GAIN ABS han sido exportados al programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, version *Statistics 20*.

Para verificar la asociación entre las variables de síntomas y problemas reportados en los ámbitos de uso de AOD, salud mental y crimen y violencia, se llevaron a cabo modelos de regresión de mínimos cuadrados ordinarios (*Ordinary Least Squares - OLS*) univariantes y múltiples. El objetivo de una regresión OLS es trazar una línea que tiene como objetivo proporcionar una variable de respuesta (variable dependiente) a partir de una o más variables explicativas (variables independientes), que minimice la suma de errores cuadrados⁽¹⁴⁾.

Una de las condiciones necesarias para un análisis de regresión OLS es la existencia de una relación lineal representada por $y_i = \alpha + \beta x_i + e_i$, que muestra cómo una respuesta media (variable dependiente y_i) varía de acuerdo con un vector de variables independientes x_i con intercepto α , vector de inclinación (*slope*) β y término de error e_i ⁽¹⁴⁾.

Se analizaron, como variable dependiente, los síntomas relacionados con el uso de AOD, y como variables independientes: género, edad, síntomas relacionados con la salud mental (que incluye síntomas de internalización y externalización) *problemas relacionados con crímenes u otras complicaciones legales*, que el cliente puede estar implicado, y *situaciones de violencia*.

Se realizaron regresiones univariantes para cada variable independiente, y las que alcanzaron un nivel de significación inferior o igual a 0,3, se mantuvieron en el modelo multivariado, utilizándose el enfoque *stepwise*.

Resultados

La mayoría de los entrevistados eran del género masculino, el 85,2% (109 individuos). Los síntomas más frecuentemente reportados por la muestra, en relación con la salud mental, han sido los de internalización y relacionados con el uso de AOD (3,73 síntomas, en media) (Tabla 1).

Tabla 1 - Caracterización de los individuos de la investigación. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variables	Media	Intervalo de confianza del 95%		Mediana	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
		Límite inferior	Límite superior				
Edad	36,79	34,94	38,63	36,00	10,547	10	60
Duración de la entrevista (en minutos)	12,71	10,92	14,50	10,00	10,229	3	80
Síntomas del IDScr*	3,05	2,72	3,39	3,00	1,900	0	6
Síntomas del EDScr†	2,10	1,79	2,41	2,00	1,756	0	7
Síntomas del SDSScr‡	3,73	3,49	3,98	4,00	1,389	0	5
Problemas del CVScr§	1,01	,81	1,20	1,00	1,105	0	5
Síntomas TDSScr	9,90	9,11	10,69	9,50	4,503	0	22
Género	n	%					
Masculino	109	85,2					
Femenino	19	14,8					
Total	128	100,0					

* Número de síntomas reportados en los últimos 90 días. Máximo 6 síntomas.

† Número de síntomas reportados en los últimos 90 días. Máximo 7 síntomas.

‡ Número de síntomas reportados en los últimos 90 días. Máximo 5 síntomas.

§ Número de problemas reportados en los últimos 90 días. Máximo 5 síntomas.

|| Número de problemas reportados en los últimos 90 días. Máximo 23 síntomas.

Modelos de regresión OLS se diseñaron para comprobar la hipótesis de que los síntomas de internalización, externalización (caracterizados por déficit de atención, trastorno de hiperactividad y mala conducta), problemas relacionados con el crimen y la violencia, edad y género se correlacionan con relatos de síntomas de uso de AOD.

En la Tabla 2 se puede observar, en relación con la variable dependiente, significancia en las variables síntomas de internalización, síntomas de externalización y crimen y violencia. Estas variables,

que tienen valor de $p \leq 0,3$, se incluyeron en el modelo múltiple, ya que son sugestivas de correlación con la variable dependiente, *síntomas relacionados con el uso de AOD*, de acuerdo con la medición de estos elementos a través del instrumento EGNI-DC. Los modelos univariantes indican que variables se deben explorar en el modelo múltiple, para verificar la correlación. En estos modelos, solamente las variables género y edad se han eliminado debido a que tienen un valor de p mayor que el límite establecido (0,3).

Tabla 2 - Modelos univariantes para síntomas relacionados con el uso de AOD (variable dependiente). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variabes	Coefficiente B (no estándar)	Error- estándar	Coefficiente Beta (estándar)	t	Significancia (p-valor)
(Constante)	2,976	,220		13,523	$\leq 0,001^*$
Síntomas de internalización	,248	,061	,340	4,054	$\leq 0,001^*$
(Constante)	3,228	,183		17,592	$\leq 0,001^*$
Síntomas de externalización	,241	,067	,305	3,594	$\leq 0,001^*$
(Constante)	3,310	,157		21,020	$\leq 0,001^*$
Crimen y violencia	,421	,106	,335	3,990	$\leq 0,001^*$
(Constante)	3,731	,417		8,953	$\leq 0,001^*$
Género	,003	,347	,001	,008	,993
(Constante)	4,378	,445		9,842	$\leq 0,001^*$
Edad	-,017	,012	-,133	-1,505	,135

* Significativo al $p \leq 0,01$

Las variables *síntomas de internalización*, *problemas relacionados con el crimen y la violencia* y *síntomas de externalización* han sido incluidas en el modelo múltiple, ya que tenían p -valor $\leq 0,3$ (Tabla 3). No se incluyeron las variables edad y género.

En el modelo múltiple (Tabla 3), permanecieron significativas las variables de *síntomas de internalización* (p -valor=0,013) y *problemas relacionados con el crimen y la violencia* (p -valor=0,035). La variable *síntomas de externalización* (p -valor=0,683) no mostró significancia en el modelo múltiple, permaneciendo en el modelo como una variable de control.

Se observa (Tabla 3) que las variables *síntomas de internalización* y *problemas relacionados con el crimen y la violencia* se correlacionan positivamente en lo que se refiere a los *síntomas relacionados con el uso de AOD*, con efecto independiente para los *síntomas de externalización* (no significativo en el modelo múltiple). Es decir, hay un efecto positivo del aumento de *síntomas de internalización* y *problemas relacionados con el crimen y la violencia*, en los relatos de *síntomas relacionados con el uso de AOD*, independientemente del número de *síntomas de externalización* reportados.

Tabla 3 - Modelo múltiple de correlación entre síntomas relacionados con el uso de AOD (variable dependiente), síntomas de internalización, externalización, problemas relacionados con el crimen y la violencia. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variabes	Coefficiente B (no estándar)	Error estándar	Coefficiente Beta (estándar)	T	Significancia (p-valor)
(Constante)	2,928	,506		5,789	$\leq 0,001^*$
Síntomas de internalización	,176	,067	,241	2,623	,010*
síntomas de externalización	,061	,081	,077	,744	,458
Crimen y violencia	,281	,120	,223	2,340	,021†

* Significativo al $p \leq 0,01$

† Significativo al $p \leq 0,05$

Para los individuos aquí estudiados, cuanto mayor es el relato de síntomas de internalización y problemas relacionados con el crimen y la violencia, mayor es el número de síntomas relacionados con el uso de AOD que tienen, lo que muestra que el aumento de la gravedad (dada por el aumento en el número de síntomas y problemas que los individuos relatan sufrir) es relacionado con el aumento de la gravedad de los problemas relacionados con el uso de AOD.

Discusión

Los resultados permiten afirmar que, en la medida en que aumentan los relatos de síntomas de internalización y de problemas relacionados con el crimen y la violencia, se observa también el aumento de la presencia de síntomas relacionados con el uso de AOD.

La correlación entre la experiencia de los individuos con trastornos de internalización y diferentes niveles y efectos debido al consumo de AOD, ya es conocida en la literatura, destacando también, la asociación importante entre el trastorno bipolar, por ejemplo, con el uso de AOD y el tabaquismo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Los casos más graves, resultando en hospitalizaciones significativamente más largas, se encuentran en las personas que tienen síntomas relacionados con culpa, baja autoestima y vergüenza, compatibles con los síntomas de internalización, y que hacen tratamiento para el abuso de AOD⁽¹⁷⁾.

Los usuarios adultos de AOD, que se describen en los estudios donde se utilizó GAIN-I (evaluación biopsicosocial completa), tenían más probabilidades de comorbilidades, como tendencia a síntomas de internalización y diagnóstico de dependencia de sustancias^(4,11), corroborando los resultados de esta investigación, que correlacionan el aumento de los síntomas de internalización y de los síntomas relacionados con el uso de AOD, y que utilizaron el instrumento EGNI-DC.

La correlación entre los síntomas de externalización, como mala conducta, por ejemplo, y el uso de AOD también se ha mencionado en la literatura⁽¹⁸⁾. En este estudio, a pesar de resultar significativa en el análisis univariante, los síntomas de externalización no mostraron efecto significativo independientemente de los síntomas de internalización y problemas relacionados con el crimen y la violencia.

Por lo tanto, es posible inferir que los problemas relacionados con el consumo de sustancias y su

asociación con trastornos psiquiátricos son comunes. Trastornos de humor, como la depresión, los trastornos de ansiedad (síntomas de internalización) y los trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad (síntomas de externalización), son las comorbilidades más comunes asociadas con el abuso de sustancias⁽¹⁹⁾.

Los problemas relacionados con el crimen y la violencia también están constantemente asociados con el uso de AOD⁽²⁰⁻²¹⁾. En un estudio con una muestra de 1.114 usuarios de drogas, el 70% de las mujeres y el 66% de los hombres reportaron algún tipo de agresión en un estudio de *follow-up* durante un período de cinco años⁽²²⁾.

La relación entre la violencia y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se discute desde hace más de dos décadas, y uno de los contribuyentes más significativos a la violencia es el uso abusivo de AOD. Además de la agresión interpersonal, comportamientos nocivos dirigidos contra sí mismo (por ejemplo, las ideas suicidas, intentos de suicidio, suicidios, etc.) también se asocian con trastornos psiquiátricos^(19,23), con síntomas de internalización o externalización, lo que demuestra la correlación importante entre la sintomatología de internalización, externalización, trastorno del uso de AOD y problemas relacionados con el crimen y la violencia.

Factores como el aumento de la agresividad, impulsividad y hostilidad aumentaron la probabilidad de que los trastornos relacionados con el consumo de sustancias estarían asociados con el suicidio entre los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, y con los relacionados al consumo de sustancias, en comparación con aquellos sin estos trastornos⁽²⁴⁾.

Hay una gran cantidad de usuarios de AOD que tienen trastornos mentales como comorbilidades. Esta asociación se ha investigado a través del tiempo, por lo que la comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias aumenta el riesgo de conducta violenta. Los individuos con múltiples diagnósticos son, en razón del uso de sustancias, más propensos a tener problemas con el tratamiento, no adherencia a la medicación, una mayor duración de la estadía en el servicio, menor calidad de vida y peores resultados en el tratamiento^(4,11).

Debido a los resultados obtenidos aquí, se cree que los programas de tratamiento, centrados en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, pueden ser un contexto apropiado para identificar la comorbilidad psiquiátrica y la presencia de comportamientos violentos en general y violencia de pareja.

Identificar las comorbilidades y los problemas relacionados con el crimen y la violencia y estudiar su impacto en el progreso del tratamiento puede ayudar a los profesionales de la salud a tratar los dos problemas al mismo tiempo y, por lo tanto, ayudar a mejorar los resultados de los programas de tratamiento existentes.

Estos resultados son relevantes porque la violencia interpersonal puede interferir con el progreso del tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia de sustancias⁽²⁵⁾. Así como la presencia de comorbilidades psiquiátricas puede aumentar el uso de AOD.

Por lo tanto, se puede decir que el uso de AOD tiene impacto económico y social. Todas las medidas destinadas a la inversión más eficiente de los recursos públicos y la reducción de costos en este ámbito son necesarias para hacer frente a este problema. Con esto, se refuerza la importancia de la inversión de rastreo, asignación correcta y tratamientos más individualizados basados en las evidencias científicas. Cabe destacar también, la importancia de estrategias que busquen impedir el uso o el empeoramiento del uso en las poblaciones, así como la prevención y tratamiento de problemas y morbilidades asociados con la dependencia de sustancias.

Como limitaciones de este estudio, se enfatiza que la recogida de datos se llevó a cabo solamente en un servicio de la ciudad de São Paulo, lo que no permite generalizaciones. El estudio también se limitó al grupo de edad entre 18 y 60 años. Los estudios futuros deben incluir a los ancianos y los adolescentes, así como el uso de este instrumento en otras ciudades, para comprobar su desempeño.

Conclusiones

Se puede verificar que el número de síntomas relacionados con el uso de AOD, reportados por los individuos, tiene correlación estadísticamente significativa con el número de síntomas de salud mental relacionados con los síntomas de internalización y problemas relacionados con el crimen y la violencia, lo que muestra la importancia de trabajar conjuntamente estos problemas, con el fin de reducir la vulnerabilidad de la persona usuaria de AOD.

Los resultados enfatizan la necesidad de un carácter interdisciplinario e intersectorial de atención al usuario de AOD, ya que están insertos en un ambiente de vulnerabilidad social.

Se necesitan investigaciones futuras para establecer los mecanismos responsables de la asociación entre

abuso de sustancias, enfermedad mental y violencia, ya que la sección transversal de la naturaleza de los datos nos impide determinar la causalidad.

Agradecimientos

A Ricardo Willians, Mike Vacca, Michael Dennis, Sandra McGuinness, Laine Twanow e Francesca McKean, por el apoyo. A Thais Fernandes Rojas, por su ayuda en el manuscrito, y a Thaís Pereira, João Braga y Marcelo Melo y su equipo, por posibilitar la recogida de datos.

Referencias

1. WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011. 286 p.
2. Gallassi AD, Alvarenga PGd, Andrade AGd, Couttolenc BF. The cost of problems caused by alcohol abuse. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35(supl 1):6.
3. Carlini E, Galduróz J, Noto A, Carlini C, Oliveira L, Nappo A. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília - Distrito Federal: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas - CEBRID; 2005.
4. Paglione HB, Claro HG, Oliveira MAF, Titus J, Lima M, Pereira TC. Contribuições do instrumento "Global Appraisal of Individual Needs" para a assistência e pesquisa: revisão da literatura. *Rev Terap Ocup Univ de São Paulo.* 2012;23(1):81-8.
5. Chisholm D, Saxena S, Ommeren Mv, World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Dollars, DALYs and decisions : economic aspects of the mental health system. Geneva: World Health Organization; 2006. 56 p.
6. Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E, World Health Organization. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organizations; 2010. 74 p.
7. Santos MJD, Kassouf AL. Uma Investigação Econômica da Influência do Mercado de Drogas Ilícitas Sobre a Criminalidade Brasileira. *Rev EconomiA.* 2007;8(2):187-210.
8. Pereira OA Filho, Tannuri-Pianto ME, Sousa MdCsd. Medidas de custo-eficiência dos serviços subnacionais de segurança pública no Brasil: 2001-2006. *Econo Apl.* 2010;14:313-38.
9. Dennis M, Feeney T, Stevens L, Bedoya L. Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS): Administration and Scoring Manual. Normal - Illinois: Chestnut Health Systems; 2008.

10. Claro HG. Validação dos Instrumentos "Avaliação Global das Necessidades Individuais – Inicial e Rastreo Rápido". [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2015.
11. Dennis M, Chan Y, Funk R. Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *Am J Addict*. 2006;15 Suppl 1:80-91.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Dennis M, White M, Titus J, Unsicker J. Global Appraisal of Individual Needs: Administration Guide for the GAIN and related Measures [Internet]. [Acesso 15 dez 2013]; Bloomington (IL); 2003. Disponível em: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/37_GAIN.pdf
14. Baldi B, Moore DS. The practice of statistics in the life sciences: WH Freeman; 2014.
15. Sher KJ, Martinez JA, Littlefield AK. Alcohol Use and Alcohol Use. *Oxford Handbook of Clinical Psychology: Updated Edition*. Oxford; 2014. p. 410.
16. Wilens TE, Zulauf CA. Substance use in youth with bipolar disorder [Internet]. *Clin Insights: Mental Health Adolesc: Bipolar Disorder*. [Acesso 16 jun 2014]. Boston; 2014 Feb. p. 57-74. Disponível em: <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/ebo.13.557>. Doi: 10.2217/ebo.13.557
17. Luoma JB, Kulesza M, Hayes SC, Kohlenberg B, Larimer M. Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014;40(3):206-12.
18. King SM, Iacono WG, McGue M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*. 2004;99(12):1548-59.
19. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*. 2001;107(3):485-93.
20. Clements K, Schumacher JA. Perceptual biases in social cognition as potential moderators of the relationship between alcohol and intimate partner violence: A review. *Aggress Violent Behav*. 2010;15(5):357-68.
21. Montalvo JF, Goñi JLL, Arteaga A. Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto de futuro. *Adicciones: Rev Socidrogalcohol*. 2011;23(1):5-9.
22. Marshall BD, Fairbairn N, Li K, Wood E, Kerr T. Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: a gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;97(3):237-46.
23. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170(3):205-28.
24. Dennis M, Dawud-Noursi S, Muck R, McDermeit M. The need for developing and evaluating adolescent treatment models. *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary Models from a National Evaluation Study*. Binghamton, NY: Haworth Press; 2002. p. 3-34.
25. Schneider R, Timko C. Does a history of violence influence treatment, self-help, and 1-year outcomes in substance use disorder patients? *J Addict Dis*. 2009;28(2):171-9.

Recibido: 14.12.2014

Aceptado: 4.7.2015