FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE POSTGRADO.

ESPECIALIZACION EN ADICCIONES

PATOLOGIA DUAL. ABORDAJES EN LA LITERATURA CIENTIFICA Y SU APLICACIÓN EN LAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EN ADICCIONES EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO.

DIANA MARIA ACOSTA MORA

JUAN CAMILO MARTINEZ URREGO

ASESOR:

GUSTAVO ADOLFO CALDERÓN VALLEJO

MARZO 2011

ARMENIA. QUINDIO.

TABLA DE CONTENIDO.

1. OBJETIVOS. 4

1.1. objetivo principal. 4

1.2. objetivos específicos. 4

2. PROBLEMATIZACIÓN. 5

3. ANTECEDENTES. 8

4. MARCO TEORICO. 16

4.1. introducción. 16

4.2. Trastorno mental. 17

4.3. Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas (spa). 19

4.4Trastornos por el uso de spa. 20

4.4.1 Abuso. 20

4.4.2 Dependencia. 21

4.5 Trastornos inducidos por spa. 22

4.5.1 Intoxicación. 22

4.5.2 Abstinencia. 23

4.5.3 Delirium inducido por sustancias. 24

4.5.4 Demencia persistente inducida por spa. 24

4.5.5 Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias. 25

4.5.6 Trastorno psicótico inducido por sustancias. 26

4.5.7 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. 27

4.5.8 Trastorno de ansiedad inducido por spa. 28

4.5.9 Trastorno sexual inducido por sustancias. 29

4.5.10 Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias. 30

4.6 patología dual. 31

4.6.1 Definiciones. 31

4.6.2 Epidemiologia. 35

5. TRATAMIENTO. 39

6. METODOLOGIA. 48

7. RESULTADOS. 49

7.1 servicios ofrecidos y modelos de tratamiento. 50

7.2 modalidad de servicio y duración promedio de tratamiento. 50

7.3 Capacidad de atención. 50

7.4 Los centros de tratamiento. 51

8. ANALISIS. 62

9. CONCLUSIONES. 66

10. BIBLIOGRAFIA. 67

1. OBJETIVOS.

1.1. Objetivo principal.

Comparar los abordajes descritos en patología dual en la literatura científica y los abordajes contemplados por las instituciones que tratan a personas con problemas de adicción en el departamento del Quindío.

1.2. Objetivos específicos.

1. Determinar que se considera patología dual y cuál es su importancia en el tema de salud mental.
2. Describir los abordajes propuestos para intervención en patología dual.
3. Identificar los abordajes de las instituciones habilitadas que trabajan en adicciones a sustancias psicoactivas de nuestro departamento.
4. Comparar los abordajes propuestos por la literatura científica, con los existentes en nuestra región.

2. PROBLEMATIZACIÓN.

Aunque el consumo de sustancias psicoactivas es casi tan viejo como el hombre mismo, en el trascurso de las últimas décadas, se ha visto a nivel mundial un aumento global de los problemas generados por dicho consumo; estos trastornos están definidos en el Manual Estadístico de Diagnóstico para Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) y los divide en dos, los trastornos relacionados con el uso de sustancias (en el que se incluyen el abuso y la dependencia) y el de los trastornos inducidos por el uso de sustancias (que comprende la intoxicación, síndrome de abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnésico persistente, psicosis, ansiedad, trastornos del afecto, disfunción sexual y trastornos del sueño inducidos por sustancias). Estas alteraciones generan la necesidad de un tratamiento y grupo tratante con algunas características específicas que le permitan un manejo adecuado de dichas alteraciones. (DSM IV-TR, 2000).

Por otra parte, está la patología dual, que se refiere a la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas como las mencionadas previamente y un trastorno mental. Está descrito que esta patología genera pobre adherencia a tratamientos, y aparición de otras comorbilidades médicas lo que ocasiona peor pronóstico, esto implica mayor dificultad en el abordaje de individuos con dicha alteración (patología dual) y requiere enfoques diferentes al de un problema de adicción sin otra alteración.

En Colombia como en la mayoría de países del mundo el consumo de sustancias psicoactivas, también muestra un aumento progresivo, la comorbilidad (dualidad) cada día está siendo más evidente lo cual sugiere que para su manejo se requieran tratamientos más complejos y con personal calificado. El panorama actual de nuestro país, según lo reportado

(Hernández, 2010) en el estudio "tratamiento de las adicciones en Colombia" contempla que del 13% al 45% de las personas que abusan de sustancias psicoactivas tienen enfermedad mental. Del 15% al 50% de pacientes con esquizofrenia abusara de cocaína alguna vez en la vida, del 53% al 100% de las personas con abuso de sustancias psicoactivas tienen un trastorno de personalidad. Los adolescentes consumidores frecuentemente presentan trastornos depresivos más uso de marihuana, los pacientes bipolares se reportan con más propensión para el desarrollo de dependencia de alcohol y consumo de otras sustancias ilícitas que en la población general. Del 4% al 46% se presentan otros trastornos mentales asociados al consumo de sustancias siendo un mayor porcentaje para la marihuana seguida de la cocaína y los opioides.

En el Departamento del Quindío, según el reporte del Observatorio de Drogas del Eje Cafetero, para el año 2008 la prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas se encuentran por encima del nivel de consumo nacional, tanto para drogas legales, como ilegales. Dicha prevalencia no discrimina consumos de sustancias psicoactivas relacionadas con alguna alteración o trastornos mentales, pero si se convierte en un campo abonado para la aparición de problemas relacionados con la salud mental. Observatorio de Drogas Eje Cafetero (2010).

Lo anteriormente expuesto implica la existencia de una población numerosa con enfermedad mental y algún trastorno por sustancias psicoactivas, que se encuentran relacionados con un peor pronóstico, que requiere un abordaje más complejo e integral. Una de las dificultades importantes a la hora de realizarse una propuesta terapéutica para este grupo de pacientes es el problema que se genera cuando no se realiza un diagnóstico claro, siendo la comorbilidad entonces tratada independientemente en distintas instituciones lo que va en

detrimento de la calidad de vida y la recuperación de los pacientes**.** Esto nos genera la siguiente pregunta.

¿ Los centros de atención involucrados en el manejo de individuos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas del departamento del Quindío contemplan también la comorbilidad y desarrollan tratamientos acordes a los propuestos para patología dual por la literatura científica ?

3. ANTECEDENTES.

De los mayores problemas de salud con que cuenta la sociedad moderna es la adicción; cada vez que una persona se acerca a una droga se expone a la posibilidad de convertirse en un adicto, o de sufrir una alteración causada por ellas. El uso tanto de sustancias psicoactivas legales como ilegales altera el funcionamiento, comportamiento y puede causar consecuencias irreversibles. Desde el concepto de adicción, la comprensión de estas conductas, no tienen una única explicación y para ello se requiere de una integración de múltiples factores que permitan su mejor comprensión y explicación.

Si bien es cierto que las sustancias se han usado a través de los años sus fines u objetivos ha ido cambiando. Se ha documentado desde las culturas primitivas sus fines rituales y mágicos, que dependían más de la cultura que del propio individuo y de esta forma su uso más controlado. (Beck, 1993) (Rueda, C.) (s.a)

Los procesos de desarrollo de la sociedad han ido cambiando el concepto y de ser usadas con fines simbólicos pasaron a ser prohibidas, reglamentadas y comercializadas lo que muestra una utilización con fines distintos y que dista mucho de su sentido previo. Becoña Iglesias (2002) plantea: "Diferencias importantes de las adicciones del pasado con las actuales", estas son:

1. La disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos.

2. La pérdida de sentido simbólico y de valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente, de un modo normativizado y ritualizado.

3. El cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda de placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando caer en las adicciones.

Estos cambios unidos al desarrollo de la civilización no pueden ir ajenos a la comprensión de la adicción desde un nivel distinto donde cobran importancia las variables del individuo, biológicas y sociales que están relacionadas con el inicio y mantenimiento en una sustancia.

Para el tema en cuestión existen particularidades del individuo que son las que caracterizan niveles psicopatológicos relacionados con el uso de sustancias y que en la literatura actual son llamadas **Patología Dual,** término también conocido como **Comorbilidad o Trastorno Concurrente.**

Precisando el término su aparición es más bien reciente aunque no el uso o dependencia de sustancias nocivas como acompañantes de otros trastornos mentales.

Saavedra Alfredo (1.997) ubica el Trastorno Dual en tres períodos:

1. El período pre científico desde los albores de la civilización hasta 1.940, donde las referencias se daban en función a descripción de casos clínicos pero sin ningún estudio sistemático, Hipócrates se constituye en unos de los primeros representantes haciendo alusión al vino como disminución para la ansiedad y los terrores. Posteriormente, Westphal en 1.871 hizo referencia a cantidades de vino o

cerveza similares como una “localidad temida”. Para 1.893 Kerr elabora un libro sobre Embriaguez y Toxicomanía donde hace alusión al alcohólico periódico, habitual y social; siendo para el primero la embriaguez periódica una especie de “locura transitoria”. Para 1.924 Ernest Kretsmer, el alcohólico ciclotímico tenía un temperamento gregario y el alcohólico esquizoide tomaba licor como forma compensatoria de tensión interna. Otros, como Robert Knight 1.938, hizo referencia al uso secundario de licor por la presencia primaria de síntomas psicóticos o neuróticos. (Saavedra, 1.997).

Para 1.884 Sigmund Freud reconocido Psiquiatra al comienzo utilizó la cocaína de forma propia para tratar sus depresiones cíclicas, del mismo modo que usó la cocaína para la adicción a la morfina pero que posteriormente a sus experimentos la consideró como una droga peligrosa. (Saavedra, 1.997).

2. El período científico para 1.941 con Jellinek y Karl Bowman realizan una revisión sistemática donde clasifican 24 tipologías de alcoholismo las cuales relaciona con patologías psiquiátricas específicas. Los alcohólicos primarios, los endógenos sintomáticos y los endógenos intermitentes obedecerían a dichas patologías psiquiátricas. (Saavedra, 1.997).
3. Para el período pos científico resaltan investigadores que aportan a la clasificación del alcoholismo como Cloniger, Zucker y Babor referenciando una clasificación diagnóstica como alcoholismo de inicio temprano II o B y alcoholismo de inicio tardío como I o A, ambas clasificaciones también relacionadas con psicopatologías específicas donde como ejemplo se referencian los trastornos de personalidad como el antisocial con alcoholismo tipo I y con trastornos específicos de la Infancia y de la conducta como el Déficit de Atención con Hiperactividad. Zucker, en 1.987

plantea el alcoholismo bajo el modelo de desarrollo identificando también el alcoholismo primario con la personalidad antisocial y describiendo este trastorno primario por sus efectos negativos siendo más notorio para las mujeres y como forma de automedicación de diversos trastornos emocionales. Saavedra, A. (1.997).

Esta primera revisión permite establecer la relación del alcohol con Trastornos Psiquiátricos que bien pueden ser secundarios a su uso o preexistentes, es este, aspecto el que aún en la actualidad sigue interrogado. Sin embargo, independiente de su origen el concepto de abuso de una sustancia y una Patología Psiquiátrica que la acompañe sigue cobrando cada día más sentido y protagonismo como una realidad clínica.

Para Ferstein (1.970) la Patología Dual es "Una entidad clínica diferente, adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso de una enfermedad índice de estudio". (Mezzich, J.; Salloum, I. 2008).

Junto a Kaplan (1.974) introducen tres tipos de comorbilidad para clarificar el concepto:

1. Comorbilidad Patogénica: Se da cuando una enfermedad da origen a complicaciones o a otra enfermedad, existiendo una relación etiológica (causas de una enfermedad) entre ambas.
2. Comorbilidad Diagnóstica: Cuando dos enfermedades diferentes producen síntomas clínicos comunes.
3. Comorbilidad Pronóstica: Sé aprecia cuando determinadas enfermedades predisponen al paciente a desarrollar otras.(Rojas, López 2009)

Aunque Ferstein ha sido de los primeros que concibió el concepto de comorbilidad y escribió del tema, muy probablemente existan concepciones previas del término que están desde el

mismo nacimiento de la Psiquiatría con Kraepelin. En la actualidad la literatura al respecto ha mostrado un gran crecimiento y las postulaciones antiguas en torno a su comprensión bajo el rótulo de un solo diagnóstico ya no existen; criterios actuales como los de DSMIV-R Y CIE10 consideran la comorbilidad como una regla y no la excepción (Merikangas, 1990) (Sanchez, 2005).

Tanto así su enorme crecimiento que incluso se habla de ella como "Un parásito del moderno sistema diagnóstico" (Van Praag, 1993) (Sanchez, 2005).

Para comprenderse mejor el concepto es necesario acercarse a la definición del término. La comorbilidad puede ser entendida como la concurrencia de dos o más trastornos mentales ocurriendo con uno u otro y/o con condiciones médicas. (Klerman 1990) (Sanchez, 2005).

La detección y tratamiento de una patología psiquiátrica concomitante con un trastorno por uso de sustancias así entendida requieren de un abordaje amplio para su manejo; aunque la dificultad para poderse establecer que es primero aun continúe.

Torres José Luis (2007) sostiene que "Los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas de adicciones interactúan y se condicionan mutuamente lo que hace difícil determinar la etiología de la comorbilidad. Las pruebas obtenidas indican que los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes de los trastornos por consumo de sustancias, es decir; aumentan la susceptibilidad del individuo frente a estos problemas. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos también pueden verse agravados por el consumo de drogas". (p.1)

En razón a lo anterior Krausz (1996) contempla una categorización para definir el diagnóstico comorbido:

1. Un diagnóstico primario de trastorno mental, con un diagnóstico posterior de consumo abusivo con efectos perjudiciales para la salud mental.
2. Un diagnóstico primario de dependencia con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
3. Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastornos anímicos.
4. Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos; resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo un trastorno por estrés postraumático. (Observatorio europeo de las drogas y toxicomanías, 2004)

La mayoría de veces es muy posible encontrar cualquiera de estas categorías en las personas con consumos excesivos de sustancias dándose más casos de comorbilidad y pudiéndose ver claramente la asociación que se describe; lo anterior implica entonces la necesaria intervención de dos enfermedades que de no hacerlo puede empeorarse la evolución en ambas. NIDA (2009).

Morel (1999) describe la mayor frecuencia de trastornos mentales asociados a consumidores:

- Ansiedad y trastornos depresivos.
- Trastornos del sueño resultado de depresión, y trastornos de ansiedad o psicosis.
- Comportamiento agresivo y violento que indica trastornos de personalidad antisociales, psicopáticos, esquizofrénicos o paranoides.

Y los problemas específicamente vinculados al consumo de drogas como:

- Farmacopsicosis inducidas por drogas alucinógenas o anfetaminas;
- Síndromes de confusión. (OEDT) (2004).

Posteriores estudios han permitido establecer la relación del desarrollo del cerebro, los efectos de las drogas, el estrés y el desarrollo mental. El sistema de compensación es esencial en el desarrollo de la adicción, síntoma que está relacionado con cambios estructurales y de adaptación del cerebro tanto a macro como a microniveles. (Nestler, 2001) (OEDT) (2004).

Otro tipo de estudios han relacionado las diferentes sustancias con factores específicos como el stress, condiciones psicóticas, depresión o trastornos de personalidad. El cannabis por ejemplo, se describe como estabilizador de la tensión y el éxtasis como desinhibidor social. (Verheul, 2001; Berthel, 2003) (OEDT) (2004).

Lo anterior indica que existe una base también neurobiológica en el desarrollo de ambas patologías y que mutuamente interactúan, pudiendo establecerse hipótesis que pueden coincidir tanto para las enfermedades mentales como para la dependencia a sustancias.

1. Existe una base neurobiológica común a ambas.
2. El consumo de sustancias puede ayudar a aliviar algunos síntomas de las enfermedades mentales o los efectos colaterales de la medicación.
3. El consumo de sustancias puede precipitar las enfermedades mentales o producir cambios biológicos que tienen elementos comunes con ellas. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2004)

Las investigaciones siguen mostrando razones que explican la concurrencia de ambas patologías:

1. El abuso de drogas puede provocar síntomas de otra enfermedad mental.
2. Los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas posiblemente como una forma de automedicación.

3. Estos trastornos también pueden ser causados por factores de riesgo como:

-superposición de vulnerabilidades genéticas.

-Superposición de desencadenantes del entorno.

-Participación de regiones del cerebro similares.

- Los trastornos por consumo y otras enfermedades metales son trastornos del desarrollo. Lo cual significa que a menudo comienzan en la adolescencia o incluso en edades más tempranas que son los períodos cuando el cerebro expresa cambios radicales en su desarrollo (NIDA2009).

Conceptualizaciones como las anteriormente anotadas ha estado fundamentadas en evidencias empíricas que han podio inferir tal relación y demostrar que un buen manejo de ambas patologías favorece el pronóstico. Sin embargo, la dificultad para identificar claramente los síntomas provenientes de que patología es lo que hace complejo los abordajes y tratamientos.

4. MARCO TEORICO.

4.1 Introducción.

Al realizar un acercamiento a la patología dual y sus conceptos básicos e intervenciones o abordajes, es necesario también aterrizarlos en un territorio delimitado que nos permitan ver como funcionarían, su aplicación en un medio dado y que necesidades especiales tendría para su adecuado desarrollo.

En nuestro país, Colombia, la definición de salud utilizada en la planeación y ejecución del sistema de salud es la misma declarada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su constitución y hace parte de los principios básicos de la misma; salud se entiende como: "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades";* en torno a esta definición, es que gira la organización del sistema de atención en salud del país. En cuanto a las características de dicho sistema, a través del tiempo ha tenido múltiples reformas. (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Con la aparición de la ley 100 en el año de 1993, el panorama de atención a la población tuvo un cambio drástico, estos servicios de salud se independizaron del estado y el sector privado se involucró en la prestación de este servicio, quedó sometido a una lógica de mercado donde se debe garantizar viabilidad financiera y su autosostenibilidad; esto, aunado a la poca importancia dada al tema de salud mental ha generado , con algunas excepciones, una reducción paulatina y significativa en términos de acceso y de cobertura oportunos y equitativos. (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2007).

Posteriormente, en el 2001 apareció la ley 715 donde concentra sus acciones en actividades de promoción y prevención desarrolladas por medio del Plan de Atención Básica (PAB) que ha mostrado ser consecuente con una noción de salud mental amplia, resaltando sus implicaciones sociales y trascendiendo a la enfermedad y el sector salud, vinculando a la comunidad, sin embargo a pesar de su respaldo en la legislación nacional la ejecución de dicha política ha sido limitada y de pobre impacto. (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2007).

Un nuevo cambio en el 2007 con la ley 1122 donde se estableció que el Plan de Salud Pública deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, al tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia y a la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio, con el fin de mejorar estas falencias (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2007).

A continuación se realizan algunas acotaciones respecto a nociones fundamentales para el entendimiento global del tema, la patología dual, su diagnóstico y etiología, que servirán como base o límites para el desarrollo de esta monografía que pretende hacer una síntesis y concreción de los conocimientos actuales que permitan una mejor comprensión y enfoque del tema, para posteriormente poderlo localizar en su aplicación en el ámbito regional.

4.2 Trastorno mental.

Aunque esta definición es anacrónica y se remonta a la edad media, cuando René Descartes precisa la diferencia entre cuerpo y alma, lo dual, creando una división, que generó una evolución diferente en el estudio de lo somático y lo psíquico, sin embargo

este término no ha podido ser reemplazado hasta el momento. En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association, en su revisión del año 2000 encontramos la siguiente definición:

"Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción" (DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2000).

Una definición más corta puede ser la siguiente" se define como trastorno mental a cualquier conjunto de síntomas o características que produce distrés, que el sujeto siente que no puede controlar, que lo coloca en alguna situación desventajosa, que le genera discapacidad, que se observa como inflexible, que aparece como irracional o que está por fuera de lo normal o habitual". (Campo, A 2003, p. 32). De cualquier manera, es importante resaltar que estos trastornos mentales no se consideran entidades separadas unas de otras, sino como un espectro de trastornos.

4.3 Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas (spa).

Una de las definiciones de droga ampliamente aceptada es la que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es entendida como "cualquier sustancia que asimilada por el organismo viviente es capaz de influir en una o varias de sus funciones" las drogas o sustancias psicoactivas son aquellas que ejercen su efecto a nivel del sistema nervioso central. Respecto al ***uso***, este término proveniente del latín *usus,* se refiere a un modo determinado de utilización o empleo de una sustancia, no emite un juicio de la relación o problema que pueda tener un individuo con las drogas.

Las relaciones que establece el individuo con dichas drogas, son múltiples y han sido ampliamente estudiadas en la población general a través de la historia, para ilustrar esto, Marulanda, expone como el Homo Habilis , como predecesor del hombre, por el consumo de plantas alucinógenas ganó ventajas adaptativas y permitieron el rápido crecimiento cerebral. (Marulanda, 1999) (Tangarife, 2010 pág. 76), además también supone que las sustancias psicoactivas presentas en las plantas se encuentran íntimamente ligadas a las primeras expresiones artísticas y el desarrollo de un contexto sociocultural más humano. De todas maneras, lo que se consideró normal en una época, con el trascurso del tiempo, puede cambiar y considerarse nocivo, como en este caso con las sustancias psicoactivas. Dichas relaciones ocasionalmente son patológicas o crean trastornos en el individuo, existen documentos estandarizados que las definen, así como los trastornos que aparecen con su consumo. Los documentos guía en la actualidad que describen estas alteraciones son los realizados por la OMS y por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); la clasificación estadística internacional de enfermedades

y problemas relacionados con la salud, 10 revisión, (CIE-10) y el DSM IV respectivamente.

El DSM IV organiza estos trastornos en 2 grupos, los que están relacionados con el consumo de spa, dependencia, abuso y los trastornos inducidos por sustancias, intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño.

4.4 Trastornos por el uso de spa.

4.4.1 Abuso.

Los criterios para realizar diagnóstico son los siguientes:

A. "Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia".

Es importante mencionar que no se incluye criterio de tolerancia, ni abstinencia, tampoco el consumo compulsivo, solamente se tienen en cuenta los efectos deletéreos en la salud. Además no aplican para sustancias como nicotina y cafeína.

Tener en cuenta que en el CIE- 10 el abuso de spa, esta descrito como uso perjudicial, sin embargo los criterios diagnósticos son similares a los encontrados en el DSM IV; en cuanto a la dependencia, el CIE- 10 contempla los mismos criterios pero a diferencia del DSM IV, los condensa apenas en 5 criterios.

4.4.2 Dependencia.

"Se establecen siete 7 criterios para el diagnóstico de la dependencia, y la define como un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce meses.

1. Tolerancia, definida por una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.

6. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote) "(DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2000)

En cuanto a la sustancias psicoactivas existe una gran cantidad de ellas, con diferentes acciones o efectos sobre el sistema nervioso central y la sensopercepción del individuo que la consume."

4.5 Trastornos inducidos por spa.

4.5.1 Intoxicación.

Siguiendo las definiciones descritas por el DSM IV, (2000) existen 3 criterios que debe presentar una persona para definir este trastorno.

a. "Aparición de un conjunto de signos y síntomas, o síndrome reversible, (específico para cada sustancia) debido a la ingestión reciente de spa.

b. Aparición de cambios psicológicos o comportamientos desadaptativos (por ejemplo agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad del juicio) que son debidos al efecto del consumo de sustancias psicoactivas.
c. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Debe además obtenerse demostración reciente de uso de spa a través de la historia clínica, examen físico o análisis toxicológicos".

4.5.2 Abstinencia.

Se refiere también a un síndrome o conjunto de síntomas que aparecen con el cese o disminución de uso de una sustancia psicoactiva, algunos síntomas son propios de cada droga, otros son inespecíficos o comunes a todas las spas. Este síndrome mejora con el consumo de la misma sustancia o similares a esta. Los criterios que definen este síndrome son los siguientes.

A. "Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental". (DSM IV, 2000)

4.5.3 Delirium inducido por sustancias.

Se refiere a una alteración de la conciencia, acompañada de un cambio de las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia, La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período, los criterios diagnósticos son los siguientes.

A. "Alteración de la conciencia con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
B. Cambio en las funciones cognoscitivas o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día.
D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de (1) o (2). (1) los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia (2) el consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración". (DSM IV, 2000)

4.5.4 Demencia persistente inducida por spa.

El concepto global demencia se caracteriza por el desarrollo progresivo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria), con etiología diversa, como efectos de una enfermedad médica, o los producidos por el uso persistentes de una sustancia entre otras etiologías. Los criterios diagnósticos son los siguientes.

A. "La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por: (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o

recordar información aprendida previamente). (2) una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: (a) afasia (alteración del lenguaje), (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta), (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta), (d) alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias". (DSM IV, 2000)

4.5.5 Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

Los trastornos amnésicos se caracterizan por una alteración de la memoria que puede ser debida a una enfermedad médica, o a la acción de una sustancia. Los criterios son los siguientes.

A. “El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.

B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia”. (DSM IV, 2000)

4.5.6 Trastorno psicótico inducido por sustancias.

Las características principales por las cuales se diferencia un trastorno psicótico inducido por sustancias de uno primario son el inicio, el curso y otros factores, además tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia, ya sea en la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los criterios diagnósticos son los siguientes.

A. “Alucinaciones o ideas delirantes. **Nota:** No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2): (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias. (2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium". (DSM IV, 2000)

4.5.7 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los criterios diagnósticos son los siguientes.

A. "En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados: (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2): (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia (2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden

ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia ; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias .

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo". (DSM IV, 2000)

4.5.8 Trastorno de ansiedad inducido por spa.

Al igual que en los otros trastornos, tiene criterios en común como el compromiso en el funcionamiento social, y el hallazgo de estos criterios durante la intoxicación o abstinencia. Los criterios diagnósticos son los siguientes.

A. "La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2): (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente (2) el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la

sustancia; los síntomas persisten durante un tiempo considerable después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo". (DSM IV, 2000)

4.5.9 Trastorno sexual inducido por sustancias.

Estos trastornos se relacionan con el deseo sexual, excitación, orgasmo y dolor sexual provocados por el consumo de sustancias psicoactivas, los criterios diagnósticos son los siguientes .

A. "Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes (1) o (2): (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia (2) el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden

al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia; los síntomas persisten durante un tiempo sustancial después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias". (DSM IV, 2000)

4.5.10 Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias

Los criterios diagnósticos son los siguientes.

A. "Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2): (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente (2) el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia; los síntomas persisten por un período considerable de tiempo tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo". (DSM IV, 2000)

4.6 patología dual

4.6.1 Definiciones.

La patología dual, es un término acuñado recientemente, que no se encuentra reconocida en las clasificaciones internacionales y ha generado diferentes posiciones en los profesionales que trabajan en salud mental ya que altera múltiples paradigmas de las clasificaciones y por otra parte plantea un problema epistemológico respecto a la continuidad o no de las enfermedades y trastornos psiquiátricos, en cuanto a si se deben considerar separadas unas de otras – patologías discretas- con una historia natural distinta para cada entidad o si por el contrario emergen desde un fondo común y en forma de agregados psicopatológicos. (Haro, G. 2010) Sin ahondar más en el problema epistemológico que representa la patología dual, esta se refiere a la existencia de algún trastorno psiquiátrico y abuso o adicción a sustancias psicoactivas, en un individuo en un momento dado.

La relación entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha, el consumo de sustancias psicoactivas puede producir trastornos psiquiátricos pero también el consumo de ellas está estrechamente relacionado con determinados estados emocionales que explicarían la génesis y mantenimiento del consumo de una o varias sustancias. De igual

forma los consumos problemáticos acarrean cuadros tóxicos o la supresión condiciones médicas o psiquiátricas.

Los términos para designar la comorbilidad entre un Trastorno por Consumo de Sustancias y un Trastorno Mental han sido diversos, el más ampliamente difundido es "El Diagnóstico Dual" o "Patología Dual". En sentido estricto hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias, ambos primarios e independientes en su génesis. Sin embargo dada las dificultades existentes para establecer la independencia etiológica se acepta, actualmente, el término en una acepción más amplia, incluyendo todas las posibles relaciones entre ambas entidades nosológicas. (Santis Barros, R. y Casas, M.) (s.a.).

La Organización Mundial de la Salud (1.995) define la patología dual como comorbilidad donde confluye la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. (Observatorio europeo de las drogas y toxicomanías, 2004).

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC) una persona con diagnóstico dual es aquella a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de tipo psiquiátrico.

Se considera entonces que la relación entre los trastornos adictivos y los trastornos mentales es usada para explicar la existencia simultánea de ambos trastornos en una persona e igualmente deberá también tenerse en cuenta en el escenario de las drogas la comorbilidad

adictiva es decir, la asociación de otra adicción en la dependencia actual del paciente, lo cual caracteriza la poliadicción. (Torres, 2007).

Torres Larrañaga, conceptúa la comorbilidad de las drogas de la siguiente manera:

a. Enfermedades paralelas: La enfermedad mental y la adicción no tienen relación alguna y coexisten de forma paralela. Ocurren simultáneamente, pero no comparten relación etiológica alguna.
b. Relación Causal: Se refiere a la existencia de un trastorno secundario por la existencia de una condición primaria.
c. Relación de Riesgo: La presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa la posibilidad de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias.
d. Relación de Modificador: Un trastorno de preexistente puede modificar una condición de comorbilidad. De esta manera un trastorno psiquiátrico primario va a modificar el curso de un trastorno por abuso de sustancias, o en su defecto, un trastorno por abuso de sustancias puede modificar el curos de una enfermedad mental asociada.
e. Ley de Berkson: Dos trastornos no relacionados pueden aparecer juntos debido a una mayor probabilidad de que una persona que sufre de más de un trastorno sea más proclive a la búsqueda de ayuda profesional. (2007).

Por otra parte, Szerman, también teoriza sobre la etiología de la comorbilidad y maneja tres hipótesis importantes para explicar los trastornos duales:

1. Dos o más factores independientes entre sí: cada uno de ellos tiene cursos clínicos diferentes y tratamientos independientes. Esta concurrencia puede explicarse por:

-Modelo de independencia biológica: ambos factores son independientes.

-Modelo de factor como: ambos trastornos son consecuencia de los mismos factores predisponentes.

2. Modelo de trastorno por dependencia de sustancias primario: el primer trastorno influye en el desarrollo del segundo; se desarrolla un curso independiente. Ambas condiciones deben ser tratadas el tiempo que sea necesario.
3. Modelo de Trastorno psiquiátrico primario: el segundo trastorno aparece primario para mitigar los asociados al primero (Torrens, M.; Martínez, D. 2009).

El DSM-III y el DSM-IIIR (1981) Se basaron en la etiología orgánica y no orgánica sin especificar distinción y posteriormente el DSM-IV y DSM-IVR (2000) pusieron énfasis en tres categorías para un diagnóstico preciso:

a. Primario: Trastornos mentales que no son inducidos ni debidos a enfermedad médica.
b. Efectos esperados: síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia de la desintoxicación o de la abstinencia de una sustancia.
c. Inducidos por drogas: síntomas considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación o de abstinencia de una sustancia.

Para el DSM-V y el CIE10 la Patología Dual en su nomenclatura no es oficial, en sentido general se refiere a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. Lo cual ocurre por la división de los conceptos diagnósticos en entidades específicas, con una definición restrictiva, en m lugar de

agruparlos en conceptos diagnósticos más amplios. La propuesta del DSM-V estudia el término "Independiente" en lugar de primario referido a que una determinada condición psiquiátrica también puede identificarse en períodos de abstinencia (Nunes E, & Rounsaville, B.) (s.a.)

4.6.2 Epidemiologia.

La evaluación de la presencia de síntomas psiquiátricos y de sustancias como coexistentes ha sido el resultado de una larga recapitulación de estudios psicopatológicos que han aportado a una mayor comprensión de la enfermedad adictiva. Los estudios muestran cifras variadas que dificultan muchas veces su extrapolación, sin embargo, exponen datos de prevalencia significativos que cumplen criterios suficientes para ser tenidos en cuenta y de esta forma mejorar la comprensión, diagnóstico y tratamiento.

En algunos estudios realizados en Estados Unidos, más del 50% de las personas con algún trastorno mental también padecían dependencia de sustancias, en comparación con un 6% de la población general, y las posibilidades de padecer dependencia de sustancias eran 4.5 veces mayores en las personas con algún trastorno mental que en las personas sin trastornos mentales.

La prevalencia de dependencia de alcohol a lo largo de la vida es del 22% en individuos con algún trastorno mental, frente al 14% de la población general, y las posibilidades de que una persona que tiene algún trastorno mental también padezca de dependencia de alcohol es de es de 2.3 veces mayor que si no tiene ningún trastorno mental. (Regier, 1990) OMS (2004).

Con respecto a los cuadros depresivos según estudios de los últimos 20 años indican que las tasas de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida son del 38% al 44% en personas con dependencia a alcohol, frente a tan solo un 7% no dependiente. Además el 80%. De personas con dependencia al alcohol tienen síntomas depresivos y una persona con dependencia a alcohol tiene una probabilidad mayor de 3.3 veces de padecer también esquizofrenia, mientras que una persona con este cuadro tiene probabilidad de presentar dependencia de alcohol de 3.8 veces mayor que la población general. (Regier, 1990) OMS (2004).

El consumo de sustancias es dos a cinco veces mayor en pacientes con esquizofrenia que en personas sin esquizofrenia y tiene mayor prevalencia que en otras poblaciones psiquiátricas. (Regier, 1990) OMS (2004).

También se ha concluido que el 83% de los que cumplieron criterios para el trastorno de personalidad antisocial presentaron, además, algún trastorno por consumo de sustancias. Se constató la presencia de este grupo a presentar, con mayor frecuencia dependencia que abuso de sustancias. (Santis Barros, R. Casas, M.) (s.a.).

Se han llevado a cabo también estudios para medir la prevalencia de ambos trastornos en la Comunidad Europea, Uctenhagen y Zeiglgansberger (2000) entre otros concluyeron que el diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de personalidad que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50 y 90%, seguido del trastorno afectivo del 20 al 60% y de los trastornos psicóticos el 20%. Entre el 10 y el 50% de los pacientes presentan más de un trastorno comorbido de carácter psiquiátrico o de la personalidad. (Observatorio europeo de drogas y las toxicomanías.) (OEDT), 2004.

De otro lado en el primer estudio epidemiológico realizado en España sobre patología dual en el año 2008, arroja datos como, de que los pacientes que solicitan tratamiento en las redes sanitarias públicas por problemas psiquiátricos y/o adictivos el 53% presentan patología dual. (Infonova, 2009).

La cocaína, el alcohol y el cannabis son las sustancias habitualmente más consumidas por las personas con trastorno mental, de estos el trastorno de personalidad se repite en un 71% de los casos, seguido por el riesgo de suicidio, el episodio maniaco, el trastorno de angustia, el episodio depresivo mayor y el trastorno de ansiedad.

En Colombia no existen estudios específicos que documenten la situación de la Patología Dual tampoco para el departamento del Quindío, solo lo evidenciado en el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el 2008. Sin embargo una revisión de la importancia de fomentar e implementar un adecuado diagnostico de la Patología Dual en Colombia basado en los estudios internacionales esta revisado, a fin de encaminar al paciente por el tratamiento correcto en su proceso de rehabilitación. (Gálvez Flórez, J. Rincón Salazar, D. 2008).

Como también la realizada por Hernández, D. (2010) con el objetivo de revisar los aspectos epidemiológicos, sociales y de comorbilidad de los trastornos adictivos para relacionarlos con las características de los centros de tratamiento en el país y en el cual se concluye como mas adelante con la información encontrada sobre el tema, la necesidad reforzar la presencia de centros de tratamiento integrado que consideren las individualidades del sujeto y su comorbilidad.

Finalmente en las últimas previsiones realizadas por la OMS, se estima que para el año 2020, el 75% de personas con una enfermedad mental crónica, tendrá además, un problema de adicción El NIDA estima en una publicación reciente que más del 60% de los pacientes por trastornos por uso de drogas se pueden diagnosticar con un trastorno mental. (2009).

5. **TRATAMIENTO.**

El concepto general de tratamiento en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, se refiere a un proceso largo donde también existen las recaídas como parte normal en el trascurso de la recuperación, y el objetivo principal es la modificación de la conducta patológica que experimenta el adicto, además de dotarle de capacidad de control frente a las circunstancias a las que se enfrente y que puedan inducir el consumo. (Martin, M; Fernández, P, 2009).

Existen diversos enfoques en el tratamiento en patología dual, los 3 principales enfoques que se han utilizado en el mundo y estos son: paralelo, secuencial e integral. el tratamiento paralelo se refiere el manejo simultaneo de ambos trastornos, tanto el psiquiátrico como el producido por consumo de spa, en centros de tratamiento y redes diferentes. El enfoque secuencial trata en tiempos diferentes los trastornos, dándole prioridad a el trastorno más grave o el que haya sido el motivo de consulta o acercamiento a estas redes. El tratamiento integral se refiere a un solo centro y red de atención que se ocupa de ambos aspectos, este manejo es el que ha demostrado mayor eficacia sobre todo en pacientes con formas más crónicas o persistentes de salud mental (Miner et al., 1997) (Basurte I, Sevilla J, 2007, p166).

Dado que los primeros centros de tratamientos y sus abordajes creados en los diferentes países del mundo tomaban por separado el trastorno mental y la dependencia o trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas, en la realidad actual, en la mayoría

de los países existe una doble red de tratamiento, con diferentes equipos terapéuticos, así de no ser posible entonces un manejo integral, lo mas recomendado es un tratamiento en paralelo coordinado, que contemple una eficaz conexión entre las dos redes asistenciales ya existentes, a través de programas o protocolos. (Elvira, 2007).

El tratamiento integrado se considera el modelo de elección aunque es difícil de lograr, para patología dual ayuda a obtener muy buenos resultados en el caso de trastornos mentales como de los inducidos por consumo de drogas. (Observatorio europeo de drogas y las toxicomanías.) (OEDT), 2004.

Existe una variedad de tratamientos, instaurados en cada país, que reflejan los contextos nacionales e históricos, así como las características diferenciales de la población que necesita ayuda. La disponibilidad del tratamiento varía de un país a otro, la tendencia generalizada en la Unión Europea (UE) es que el tratamiento relacionado con el consumo de drogas se ha desplazado de los hospitales a centros de tratamiento situados en el entorno de la comunidad del paciente. Esta evolución resulta menos evidente en los nuevos estados miembros donde los hospitales psiquiátricos siguen siendo los proveedores de asistencia primaria, aunque lo anterior va cambiando paulatinamente. (OEDT), 2004.

Se plantean grandemente dos modalidades de tratamiento que incluyen la asistencia médica principalmente en los programas de sustitución con metadona y aquellos que implican actividades psicosociales y educativas con el objetivo de favorecer la abstinencia a largo plazo sin medicamentos como las comunidades terapéuticas. Sin embargo, para este tipo de programas aun la asistencia psicosocial por falta de recursos se limita.

Para Berglund (2003) existen unas características que son relevantes en todas las situaciones de tratamientos, estas son las siguientes.

- Los esfuerzos deberían orientarse hacia el cambio de las pautas de consumo de drogas.
- Las intervenciones deberían tener un alto nivel estructural.
- Las intervenciones deberían prolongarse hasta obtener resultados;
- La duración de la intervención debería de ser de un mínimo de tres meses, o preferiblemente, más. (OEDT), 2004.

En el caso de la Patología Dual el abordaje se hace más complejo cuando existe la división de los recursos para los trastornos mentales por un lado, y por el otro las drogodependencias conllevando a diferencias en el abordaje de esta problemática y por tanto en el manejo, siendo entonces necesario implementar mecanismos de acercamiento de ambas redes que puedan facilitar la coordinación (Elvira, 2007).

Así como hay diversos abordajes, también existe un abanico de recursos asistenciales para el tratamiento de las drogodependencias y según el nivel de complejidad, estos se organizan en niveles 0, I y II. Los recursos de nivel 0 son los centros de acogida, dispositivos móviles de intercambio de jeringuillas, narcosalas, estos recursos son de acceso directo, amplia atención y actúan generalmente en programas de reducción de daños. Son recursos de nivel I los CAD o centros de atención a drogodependencias donde se les da orientación y actividades de prevención que cuentan con médicos de atención primaria, son la puerta de entrada al tratamiento. Los recursos del nivel II son unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas y servicios de dispensación de metadona, están

orientadas a realizar desintoxicación deshabituación y reinserción social, el acceso a estos recursos es indirecto. (Martin, M; Fernández, P, 2009).

Existe un modelo propuesto por Minkoff , en el 2003, donde cruza las dos variables de la patología dual, el trastorno mental y el uso de sustancias psicoactivas, estas variables al ser cruzadas teniendo en cuenta la severidad del trastorno, se crean cuatro cuadrantes que muestran grupos de personas con diferentes grados de compromiso, desde el compromiso menor por consumo de spa y trastorno mental, hasta el grupo con mayor afectación por consumo y trastorno mental. Esto permite establecer la severidad con que se afecta a una persona y permite proponer cual es el servicio y nivel de atención que requiere un individuo.

Cuadrante I. Menor severidad de uso de drogas y menor severidad en trastorno mental. En este grupo se incluyen personas en riesgo de lesionarse o desarrollar trastornos mayores. Pueden incluirse niños y jóvenes. La responsabilidad de la atención de estos individuos está a cargo del sistema de atención primaria en salud u otros grupos organizados, no necesariamente relacionados con entes gubernamentales.

Cuadrante II. Mayor severidad de uso de drogas y menor severidad en trastorno mental. Este grupo lo conforman las personas con problemas francamente causados por el uso de sustancias psicoactivas y la responsabilidad de la atención de estos pacientes recae en los programas de atención a las adicciones y en caso de ser necesario, apoyo por parte del servicio de salud mental local o atención primaria en salud. De no existir estos centros especializados en la atención de las adicciones, esta responsabilidad la toma la atención primaria de salud local.

Cuadrante III. Menor severidad de uso de drogas y mayor severidad en trastorno mental. Es primordial el trastorno mental y el uso de spa se ajusta mejor al patrón de abuso, con mínimo impacto en su salud mental, la responsabilidad de este grupo le corresponde a los servicios de salud mental, en estos servicios de salud mental es mandatorio realizar tamizajes para detectar algún trastorno relacionado con spas, con el fin de dar un tratamiento adecuado acorde a las necesidades del paciente, dentro de las múltiples intervenciones contempladas están la entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual y reducción de daño entre otras. De ser necesario y con el fin de tener un manejo integral se puede solicitar el apoyo por parte de servicios especializados en adicciones.

Cuadrante IV. Mayor severidad de uso de drogas y mayor severidad en trastorno mental, es el grupo con mayores necesidades y peor pronóstico, aquí se incluyen personas con problemas de salud mental severas y persistentes, como psicosis inducidas por drogas, trastornos severos de la personalidad, del afecto o dependencia. La responsabilidad de este grupo de personas corresponde a los servicios de salud mental, que deben contar con un tratamiento integral o conjunto con servicios de atención a adicciones, también podrían contar con especialistas para situaciones específicas como programas de sustitución con metadona o programa de manejo de síndromes de abstinencia. (Queensland, 2010)

modelo de cuadrante (Minkoff 2003) (dual diagnosis clinical guidelines Queensland Health. *co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. 2010). Modificado.*

En el año 2000, nace la Asociación Dual en Madrid, España, como entidad sin ánimo de lucro, con el fin de ahondar en el conocimiento de la patología dual. En el año 2003 realizan un proyecto de viaje llamado "Itinerario Técnico Nacional – 2003" con el fin de intercambiar las experiencias en el tratamiento de drogodependientes con patología dual en la región de Cantabria y Cataluña, se encontró las siguientes características.

En Cataluña, Centro de Alta Rotación y Corta Estancia, con estancias medias de 2 y 3 semanas.

Criterios de ingreso.

- Trastorno mental grave
- Trastorno por uso de sustancias.

- Trastorno de conducta o situación clínica de difícil manejo (para la red de asistencia ambulatoria).

Criterios de exclusión:

- Trastorno por uso de sustancias como único diagnóstico y sin evidencias de alteración psiquiátrica.
- Patología orgánica grave descompensada actualmente.
- Trastorno antisocial de la personalidad como diagnóstico principal.
- Derivaciones motivadas por un cumplimiento de medida judicial.

Las derivaciones proceden de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente. Este es un modelo que se centra en la atención y estabilización de las crisis.

En la región de Cantabria existe una unidad de patología dual de estancia media, con duración de 6 a 9 meses en tratamiento.

Criterios clínicos de ingreso:

- Trastorno mental grave o evidencia de alteración psiquiátrica.
- Trastorno por uso sustancias.
- Aceptación voluntaria del ingreso por parte del paciente.
- Cumplimiento de medida judicial.

Criterios de exclusión:

- Discapacidad que dificulte el normal desarrollo de las actividades del programa.
- Trastorno por uso de sustancias como único diagnóstico y sin evidencias de alteración psiquiátrica.

Las derivaciones de estos pacientes son similares a la unidad anterior. Este modelo brinda asistencia integrada que atiende diferentes fases del proceso, desde desintoxicación hasta preparación para reinserción.

En Madrid existen pisos de apoyo a al Tratamiento y la Reinserción para Drogodependientes con Patología Dual. Con estancias entre 6 y 12 meses y derivaciones procedentes de recursos de la red de la Agencia Antidroga a través de lista de espera centralizada. Se caracteriza por Intervención específica e integral, con larga estancia en entorno social y coordinación con el CAID (Centro de tratamiento ambulatorio). (Izquierdo, 2003) (coord.).

En nuestro país, y para el Sistema de Seguridad Social Nacional, según el decreto 1938 de Agosto 5 de 1994, el tratamiento lo constituyen "todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad, que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo". Esto aplicado al tema de las drogodependencias, puede definirse, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. La actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia contempla varios componentes o áreas de intervención como intervención temprana, intoxicación, abstinencia y dependencia, en cuanto a la patología dual, contempla que la atención "puede ser realizadas en establecimientos especializados en este tipo de pacientes o que han sido habilitados para tal fin, es decir que cuentan con profesionales con entrenamiento específico para el diagnóstico y manejo de estos casos, capacidad para realizar acciones psicoeducativas y vínculos formales con otros

servicios externos que pudieran ser requeridos". (Colombia, Ministerio de la Protección Social 2004).

Lo contemplado en la actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia, respecto a las modalidades de tratamiento, son 4 grupos con diferentes niveles de complejidad e intensidad de atención. 2 de los grupos son en el ámbito ambulatorio, que corresponden a un grado de severidad manejable o estable. La modalidad II es intensiva u hospital día. Los otros 2 grupos corresponden a ámbitos residenciales cerrados, el grupo III correspondería a comunidad terapéutica y el grupo IV a hospitalización. (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2004).

6. METODOLOGIA.

Esta monografía aborda el problema dentro de las características de los estudios cualitativos, descriptivo, interpretativo, en una modalidad de estudio documental, que pretende recopilar información de diferentes fuentes en el mundo respecto a la temática propuesta. se realizó una revisión rápida y amplia de literatura científica disponible respecto al tema en la internet y en documentos físicos; en la búsqueda se cruzaron términos claves como patología dual, sustancias psicoactivas, adicción, plan nacional, salud mental, protocolos, tratamiento.

De los resultados obtenidos se seleccionaron los de mayor relevancia, se creó una carpeta virtual donde se guardaron como base de datos los artículos a citar, ordenados alfabéticamente, así como las citas bibliográficas de los documentos encontrados en medios físicos. Fueron estudiados a profundidad, y citados debidamente. Se crearon categorías para clasificar y encontrar puntos comunes y relevantes, así como diferencias importantes, con el fin de analizar lo reportado por la literatura científica sobre la patología dual, y su tratamiento o abordaje. Posteriormente se hizo un directorio de los centros de atención habilitados por la Seccional de Salud del Departamento del Quindío, involucrados en la atención de personas con problemas por spa y se revisó si existen criterios de ingreso, egreso y protocolos claros de atención en estos sitios. En cuanto a las consideraciones éticas propuestas se tuvo en cuenta el respeto por las ideas de otros autores y su correcta citación, en cuanto a las instituciones visitadas se mantuvo en anonimato sus nombres (para evitar emitir juicios directos a estas), respecto al manejo de la adicción y la dualidad que cada uno hace en su quehacer cotidiano.

7. RESULTADOS

Luego de la información obtenida en la literatura científica, se realizó la búsqueda de los centros que están habilitados por el Instituto Seccional De Salud para el servicio de atención en drogodependencias en el departamento del Quindío para lo cual se retoma el formato del directorio de nacional de centros de atención en drogadicción como diagnóstico situacional, realizado para el año 2005. Esta información consigna las características de los programas de atención de dichas instituciones así como datos que permitan establecer comparaciones con los centros existentes actualmente y respecto a la situación de la patología dual. En este momento hay disponible 5 instituciones habilitadas, es importante anotar que para el año 2005 existían 8 centros de atención a drogodependientes.

No es la intención mencionar los nombres precisos de las instituciones visitadas, así que se denominará con una letra a cada una de estas. De las 5 instituciones habilitadas es importante resaltar que 4 son de carácter privado, sin ánimo de lucro, laico y solo 1 es de carácter oficial, laico. Con tiempos de funcionamiento en la región entre 2 y 25 años. Según la modalidad de tratamiento propuesta por la actualización de la guía práctica de Atención integral en farmacodependencia, 2 centros realizan modalidad I de tratamiento; 3 de ellos realizan modalidad de atención II, que corresponde a hospital día; en modalidad de tratamiento III, que pertenece a comunidad terapéutica, internamiento 24 horas, existen 3 instituciones y la modalidad IV de tratamiento que corresponde a hospitalización solo 2 instituciones.

En cuanto a la población que atiende estos centros es común a todos, hombres y mujeres, menores de edad, excepto 1 centro que no realiza tratamientos con población adulta y 1 centro que no maneja población menor de edad.

7.1 servicios ofrecidos y modelos de tratamiento.

Lo contemplado en este aparte se refiere a tratamientos de urgencias, desintoxicación, tratamiento y rehabilitación, reincorporación socio laboral, refugio, reeducación o protección. De este abanico de servicios ofrecidos, los CAD realizan labores de rehabilitación, reincorporación socio laboral, mientras que los centros psiquiátricos realizan la desintoxicación. Ninguno de estas instituciones ofrece servicio de albergue.

Los modelos de tratamiento predominantes básicamente son los de comunidad terapéutica, psicológico interdisciplinario, pedagógico reeducativo en los CAD, en cambio en los centros psiquiátricos predomina el modelo medico clínico, psiquiátrico .

7.2 modalidad de servicio y duración promedio de tratamiento.

En la modalidad de servicios, que contempla si es residencial cerrado, interno, ambulatorio o abierto, consulta externa, hospital día o noche, predomina la modalidad residencial aunque también existe consulta externa en el ámbito de atención por psiquiatría. En cuanto a la duración promedio en los CAD es de 9 meses a 1 año, mientras que en los 2 centros de atención psiquiátrica el promedio son 4 semanas.

7.3 Capacidad de atención.

Según lo establecido en el directorio nacional de centros de atención en drogadicción define la capacidad de atención en 3, baja, media y alta. Se considera como alta si tiene mayor a 50 cupos; media, entre 20 y 50 cupos y baja menor a 20 cupos.

En los CAD con modalidad de atención III, o comunidad terapéutica, la capacidad de atención en dos de ellos es alta y en el restante es de mediana capacidad.

En los CAD de modalidad IV, que funcionan al interior de centros psiquiátricos la capacidad de atención es baja.

7.4 Los centros de tratamiento.

Siguiendo con la descripción encontramos algunas diferencias entre las instituciones en sus criterios de ingreso, egreso al tratamiento y seguimiento de los pacientes, formatos de protocolos y consentimiento informado.

En la entidad (A), es de carácter público, está habilitada como unidad de atención en conductas adictivas desde el 2002 por el ministerio de Salud y funciona al interior de un hospital psiquiátrico de II nivel de complejidad, como tal realiza la primera fase del proceso de tratamiento conocido como desintoxicación y deshabituación temprana manejando el síndrome de abstinencia, urgencias toxicológicas, recaídas y atención en consumos incipientes; a través del trabajo medico-clínico-psiquiátrico e interdisciplinario y utilizan los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV para la clasificación de cada paciente. En consumos crónicos interviene en la reducción de riesgos y daños, siendo el pionero en el departamento de la implementación del programa de mantenimiento con metadona que actualmente cuenta aproximadamente con 300 pacientes incentivando a más estudios respaldados por el ministerio de la protección social. En este momento atiende un promedio de 80 pacientes clasificados como pacientes consumidores activos de alto riesgo (CODAR) entre la fase ambulatoria y hospitalaria, teniendo para esta una capacidad instalada de 15 camas. La duración promedio de la atención para esta es fase son 30 días tiempo durante el cual se realiza la evaluación integral desde el modelo biopsicosocial y se establecen metas de tratamiento en términos concretos enfatizando en las necesidades del cambio adaptadas al individuo y fundamentadas en conceptos como la terapia

motivacional, el proceso de cambio, el apoyo familiar, el manejo farmacológico y el abordaje socio-ocupacional ; frente a este último no se realiza reincorporación socio-laboral. La población que atiende oscila entre adultos jóvenes y adolescentes algunos de ellos con medida de protección por ICBF para que continúen en programa de tratamiento a largo plazo en medio cerrado. En menor proporción adultos.

Respecto a los protocolos de farmacodependencia se encuentran debidamente documentados y actualizados con las especificaciones del manejo por cada servicio que se ofrece, se describe dentro del mismo sobre el diagnóstico dual siguiendo las guías de tratamiento para el manejo integral desde el ministerio de la protección social pero no se cuenta específicamente con un protocolo independiente para patología dual.

Adicional a esto cuenta con formatos de historia clínica básica, de consentimiento informado para el tratamiento.

Los criterios de Ingreso incluyen.

- Orden de ingreso por parte del psiquiatra.
- Trastorno mental grave o evidencia de alteración psiquiátrica.
- Trastorno por uso sustancias.
- Orden de tratamiento por defensoría del pueblo.

Criterios de exclusión.

- Régimen de salud de otro departamento.
- Régimen de salud contributivo.

El equipo tratante es interdisciplinario, conformado por profesionales en las siguientes áreas, con revistas clínicas semanales para discusión de casos.

- Psiquiatría

- Medicina general
- Enfermería
- Psicología
- Trabajo social
- Terapia ocupacional.

La parte médica es evaluada con laboratorios de rutina que incluyen hemograma, glicemia, creatinina, transaminasas, VDRL y test ELISA HIV, adicionalmente a pacientes con uso endovenoso se realiza antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpos para hepatitis C; otros paraclinicos adicionales son realizados según el criterio medico.

El área de psicología realiza valoración inicial, que incluyen antecedentes personales, familiares, sociales y exploración de nivel de motivación al cambio. Intervenciones individuales, de grupo y familiar.

El área de enfermería hace diagnóstico según los criterios NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, Asociación norteamericana de Diagnóstico de Enfermería) y se encarga del cuidado general del paciente.

El área de trabajo social se encarga de realizar un diagnóstico social y plan de intervención para disminuir factores de riesgo.

El área de terapia ocupacional, se encarga de evaluar el funcionamiento psico-social y laboral básico para reintegrarse a su entorno socio-familiar previo.

El área de psiquiatría se encarga de estabilizar las condiciones psico-biológicas del paciente, modificar de forma significativa el curso de la enfermedad, reducir el consumo y los efectos deletéreos de las SPA, e incrementar las posibilidades de recuperación de la funcionalidad de las personas afectadas.

El seguimiento se realiza por medio de la consulta externa ambulatoria, de baja intensidad con sesiones programadas regularmente.

La segunda entidad (B), es privada, sin ánimo de lucro, de carácter psiquiátrico ofrece atención en conductas adictivas desde hace más o menos dos años en desintoxicación, problemáticas de consumo, intoxicación, síndrome de abstinencia y consumo incipiente en población del régimen contributivo del departamento y para menores de edad en convenio con ICBF.

El promedio días de duración del tratamiento son también 30 días, durante los cuales se realizan las evaluaciones y manejo integral. El tratamiento está a cargo de un equipo interdisciplinario dentro de un modelo médico-clínico-psiquiátrico, utiliza los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV y el objetivo se planifica acorde al paciente, en un amplio espectro, desde abstinencia total hasta la reducción de daño. Los protocolos están documentados contemplando el manejo para la comorbilidad desde el enfoque medico-psiquiátrico. Cuenta además con un programa ambulatorio de sustitución con metadona, en la modalidad hospital día.

Al igual que en la institución (A) cuenta con formatos de historia clínica básica, de consentimiento informado para el tratamiento.

Los criterios de Ingreso incluyen.

- Orden de ingreso por parte del psiquiatra.
- Trastorno mental grave o evidencia de alteración psiquiátrica.
- Trastorno por uso sustancias.
- Orden de tratamiento por ICBF (Instituto Colombiano Bienestar Familiar)

Criterios de exclusión.

- Régimen de salud de otro departamento.
- Régimen de salud subsidiado.

El equipo tratante es interdisciplinario, conformado por profesionales en las siguientes áreas.

- Psiquiatría
- Medicina general
- Enfermería
- Psicología
- Trabajo social
- Terapia ocupacional.

La parte médica es evaluada con laboratorios de rutina similares a los utilizados por la institución (A).

El área de psicología realiza valoración inicial, que incluyen antecedentes personales, familiares, sociales y exploración de nivel de motivación al cambio. Intervenciones individuales, de grupo y familiar.

El área de enfermería hace diagnóstico según los criterios NANDA y se encarga del cuidado general del paciente.

El área de trabajo social se encarga de realizar un diagnóstico social y plan de intervención para disminuir factores de riesgo.

El área de terapia ocupacional, se encarga de evaluar el funcionamiento psico-social y laboral básico para reintegrarse a su entorno socio-familiar previo.

El área de psiquiatría se encarga de estabilizar las condiciones psico-biológicas del paciente, modificar de forma significativa el curso de la enfermedad, reducir el consumo y los efectos deletéreos de las SPA, e incrementar las posibilidades de recuperación de la funcionalidad de las personas afectadas.

El seguimiento se realiza por medio de la consulta externa ambulatoria, de baja intensidad con sesiones programadas regularmente.

La tercera entidad (C), es privada de carácter laico, sin ánimo de lucro con modelo de tratamiento comunidad terapéutica con enfoque variado que incluye psicológico interdisciplinario, espiritual, pedagógico y reeducativo, además incluyen métodos alternativos. Los criterios diagnósticos que utilizan son los descritos en el DSM IV. El objetivo de la institución es la abstinencia total.

Los servicios que ofrece son tratamiento y rehabilitación, reeducación, y reincorporación socio familiar en adicciones a sustancias psicoactivas, alcoholismo, atiende hombres, mujeres, población adulta. Tiene dos modalidades que incluyen residencial cerrado y ambulatorio. Con capacidad de atención para 45 personas, el promedio de duración del tratamiento oscila entre 9 meses y 1 año. Al egreso la persona tiene citas de seguimiento ambulatorio en la institución.

Cuenta con formatos de historia clínica básica, de consentimiento informado para el tratamiento.

Los criterios de Ingreso incluyen.

- Orden de ingreso por parte del psiquiatra.
- Desintoxicación previa en ámbito hospitalario.
- Trastorno por uso sustancias.

Criterios de exclusión.

- Menores de edad, 18 años.
- Trastorno mental grave.

El equipo tratante es interdisciplinario, conformado por profesionales en las siguientes áreas.

- Medicina general.
- Psicología.
- Trabajo social.
- Terapia ocupacional.
- Terapia física.

La parte médica es evaluada adicionalmente con laboratorios, test ELISA HIV.

El área de psicología realiza valoración inicial y neuropsicológica inmersas en un proyecto de investigación sobre perfil neuropsicológico en adicciones. Las valoraciones incluyen antecedentes personales, familiares, sociales y exploración de nivel de motivación al cambio. Intervenciones individuales, de grupo y familiar.

El área de trabajo social se encarga de realizar un diagnóstico social y plan de intervención para disminuir factores de riesgo.

El área de terapia ocupacional, se encarga de evaluar el funcionamiento psico-social y laboral básico para reintegrarse a su entorno socio-familiar previo.

El área de terapia física realiza acondicionamiento físico y entrenamiento en hábitos de vida saludables.

La cuarta institución (D), es privada de carácter laico, sin ánimo de lucro, con aproximadamente 20 años de funcionamiento, modelo de tratamiento comunidad

terapéutica con enfoque psicológico interdisciplinario. Los criterios diagnósticos que utilizan son los descritos en el DSM IV. El objetivo de la institución es la abstinencia total.

Los servicios que ofrece son tratamiento y rehabilitación, reeducación, reincorporación socio laboral y protección. Atiende problemas en adicciones a sustancias psicoactivas, alcoholismo, consumo incipiente y patología dual. La población objeto son hombres y mujeres menores de edad. Tiene dos modalidades que incluyen residencial cerrado y ambulatorio. Con capacidad de atención para 35 personas, el promedio de duración del tratamiento oscila entre 9 meses y 1 año. Al egreso la persona tiene citas de seguimiento ambulatorio en la institución.

Cuenta con formatos de historia clínica básica, de consentimiento informado para el tratamiento.

Los criterios de Ingreso incluyen.

- Orden de ingreso por parte del psiquiatra.
- Orden del ICBF.
- Trastorno por uso sustancias.
- Trastorno mental estable.
- Valoración por psicólogo de la institución.

Criterios de exclusión.

- Mayores de 18 años.
- Menores de 12 años.
- Trastorno mental descompensado.

El equipo tratante es interdisciplinario, conformado por profesionales en las siguientes áreas.

- Medicina general.
- Psicología.
- Trabajo social.
- Nutricionista.
- Odontóloga.
- Ex consumidores rehabilitados.

La parte médica es evaluada adicionalmente con laboratorios, test ELISA HIV.

El área de psicología realiza valoración inicial, incluyen antecedentes personales, familiares, sociales y exploración de nivel de motivación al cambio. Intervenciones individuales, de grupo y familiar.

El área de trabajo social se encarga de realizar un diagnóstico social y plan de intervención para disminuir factores de riesgo.

La nutricionista realiza valoración inicial, plantea plan de tratamiento y seguimiento.

La odontóloga realiza valoración inicial, plantea plan de tratamiento y seguimiento.

Los ex consumidores se encargan de supervisión y acompañamiento a los usuarios en las actividades y situaciones cotidianas.

La quinta institución (E), es privada, sin ánimo de lucro de carácter laico, con 15 años de funcionamiento; el modelo de tratamiento es el de comunidad terapéutica con enfoque psicológico interdisciplinario. Los criterios diagnósticos que utilizan son los descritos en el DSM IV. El objetivo de la institución es la abstinencia total.

Los servicios que ofrece son tratamiento y rehabilitación, reeducación, reincorporación socio laboral y protección. La problemática que atiende es en adicciones a sustancias psicoactivas, alcoholismo, consumo incipiente y patología dual. La población objeto son hombres y mujeres menores de edad. Tiene varias modalidades que incluyen residencial cerrado, ambulatorio y hospital día. Con capacidad de atención para 120 personas, el promedio de duración del tratamiento oscila entre 9 meses y 1 año. Al egreso la persona tiene seguimiento telefónico diario el primer mes luego disminuye de intensidad progresivamente hasta 1 llamada telefónica al mes.

Cuenta con formatos de historia clínica básica, no tiene formato de consentimiento informado para el tratamiento.

Los criterios de Ingreso incluyen.

- Orden de ingreso por parte del psiquiatra.
- Demanda voluntaria
- Trastorno por uso sustancias.
- Trastorno mental estable.
- Valoración por psicólogo de la institución.

Criterios de exclusión.

- Mayores de 65 años.
- Menores de 13 años.
- Trastorno mental descompensado.

El equipo tratante es interdisciplinario, conformado por profesionales en las siguientes áreas.

- Medicina general.

- Psicología.
- Trabajo social.
- Nutricionista.
- Odontóloga.
- Ex consumidores rehabilitados.

La parte médica es evaluada adicionalmente con laboratorios, test ELISA HIV.

El área de psicología realiza valoración inicial, incluyen antecedentes personales, familiares, sociales y exploración de nivel de motivación al cambio. Intervenciones individuales, de grupo y familiar.

El área de trabajo social se encarga de realizar un diagnóstico social y plan de intervención para disminuir factores de riesgo.

La nutricionista realiza valoración inicial, plantea plan de tratamiento y seguimiento.

La odontóloga realiza valoración inicial, plantea plan de tratamiento y seguimiento.

Los ex consumidores se encargan de supervisión y acompañamiento a los usuarios en las actividades y situaciones cotidianas.

8. ANALISIS.

Durante la búsqueda de información y el desarrollo del tema, se encontró que la patología dual, progresivamente ha tomado mayor relevancia y consideración por parte de los clínicos o profesionales que intervienen en el tratamiento o atención a individuos con adicciones y alguna comorbilidad, este tema en realidad no es novedoso ya que los antecedentes encontrados durante el desarrollo de esta monografía reportan indicios de dualidad no estudiados de forma sistemática desde el siglo XIX; solo en épocas recientes se ha comenzado a describir y estudiar de forma precisa y con rigor científico este tema.

En cuanto a los hallazgos de literatura científica en el mundo referentes a la patología dual, los principales exponentes se encuentran en Europa, especialmente en España; otros autores destacados en el tema se encuentran en Norteamérica y con desarrollos similares en Australia. Se contempla aun en Europa a pesar de su eximio esfuerzo, la necesidad de realizar muchos más estudios para conocer a fondo la situación de la patología dual.

En contraste con lo desarrollado en Europa y el resto del mundo, el incipiente desarrollo en este tema, la poca literatura científica desarrollada en Colombia, respecto a la comorbilidad y a las características propias de la región, hace más difícil el ajuste o aplicación de las recomendaciones hechas en los protocolos o guías de manejo de la patología dual de otros países, sin embargo pese a esta dificultad concerniente a la extrapolación del tema al ámbito local, es necesario adaptarlas a nuestra región, como también es fundamental empezar a documentar la práctica y resultados obtenidos en la

región para con el tiempo ir desarrollando programas y planes cada vez más ajustados a la realidad .

La evaluación realizada a los centros de atención en drogodependencias habilitados en el departamento del Quindío permite establecer que existen protocolos de atención en drogodependencias pero la definición de patología dual no es clara en los CAD de baja complejidad, ya que lo reportado por estos profesionales durante las entrevistas realizadas, son ambiguas y no existe una percepción clara de que es un paciente con patología dual y si estos son aptos o no para recibir tratamiento en la modalidad de comunidad terapéutica. A pesar de ello pudo evidenciarse que varios de los usuarios que recibieron manejo en la fase de desintoxicación con patología dual y que se encuentran actualmente en estos centros recibiendo tratamiento no están claramente considerados bajo esta condición.

El no poder tenerse muy clara esta dualidad anticipa un manejo no adecuado para ambas patologías y por tanto empeorar el pronóstico.

Aunque las condiciones de los centros de tratamiento actuales habilitados han cambiado favorablemente teniendo en cuenta los requisitos establecidos para su funcionamiento aun es necesario el desarrollo en los mismos teniendo en cuenta la necesidad de los servicios, la demanda del tratamiento, los equipos de trabajo que la componen donde es importante el reconocimiento de un experto en patología dual-Psiquiatra- que atienda la comorbilidad que comúnmente se ha visto independiente o establecida solo en unidades especiales para esta problemática. Aunque la literatura científica documente de forma importante la necesidad del reconocimiento y manejo de esta realidad clínica, la exigencia de su inclusión en cualquier programa de tratamiento aun no es clara quedando el manejo integrado casi de

exclusividad para las unidades de desintoxicación inmersas en los centros psiquiátricos del departamento.

Al igual que en otros países, en la región del Quindío se encuentra una doble red de tratamiento, en adicciones y en trastornos mentales que progresivamente se han integrado en el tratamiento conjunto y atención en red, sin embargo es aun deficiente, con pobre capacidad de respuesta y con mínima formación especializada en el manejo de las adicciones ya que ninguna institución tiene este perfil profesional en sus centros de tratamiento.

Es notorio que el tratamiento en la región es limitado ya que la red pública de atención solo dispone de 1 centro de tratamiento, este solamente hace proceso de desintoxicación y teniendo en cuenta que existe una gran población marginal o de bajos recursos afectados por este trastorno, contrario a los principios del tratamiento en toxicomanías parece no ser oportuna ni suficiente la capacidad de respuesta actual.

Según lo reportado por el observatorio de drogas del eje cafetero, muestra una prevalencia de consumo por encima de la media nacional, lo que supondría un campo abonado para presentar problemas relacionados con el consumo de SPA, lo que merece mayor atención y estudios para aclarar si la demanda de centros de atención son suficientes para la región.

A diferencia de los centros de atención de España, que cuentan con una variada gama de tratamientos y metas, con tiempos de duración diferentes, en este departamento solamente cuenta con el modelo de comunidad terapéutica y el servicio de desintoxicación, deshabituación temprana, este ultimo ofrecido en el ámbito hospitalario, esto implica una deficiente atención a la población drogodependiente que debe ser tenida en cuenta para el posterior desarrollo de propuestas en el tratamiento.

Aunque no se ahondo en el tema de las comorbilidades infecciosas relacionadas, la mayor incidencia de estas, junto con mayores tasas de recaídas y abandonos de tratamientos es un motivo importante para mejorar la atención en patología dual, ya que dichas patologías son de interés en salud pública como infección por HIV o tuberculosis y al tener un paciente dual con las características antes descritas, en especial el abandono del tratamiento podría repercutir en la salud del resto de la población.

Como plus, en la búsqueda de los centros de atención habilitados para la atención de de drogodependientes, se logro identificar 1 centro de tratamiento, de carácter público, de primer nivel de complejidad de atención en salud, en programa ambulatorio de sustitución con metadona, que aun no figura en el directorio de CAD del departamento, pero que cumple con los requisitos establecidos y al menos 5 instituciones que atienden adictos pero que aun no cumplen con los criterios de habilitación, es deber del Instituto Seccional de Salud del Quindío velar por el cumplimiento de los requisitos de dichos centros y su optimo funcionamiento.

9. CONCLUSIONES.

- Se deben realizar estudios que permitan conocer a fondo la realidad de la patología dual en el marco histórico, sociocultural de nuestro país y del departamento, que incluya además las adicciones no químicas.
- Existen dobles redes de tratamiento, para la adicción y para los trastornos mentales. se debe gestionar un manejo complementario, sinérgico que ahorre esfuerzos y mejore resultados.
- Se debe realizar estudios que muestren la necesidades de atención en este tema, en la región, para conocer si la capacidad de respuesta actual es la adecuada y de no ser suficiente o adecuada, se debe generar capacidad de respuesta acorde a las necesidades y falencias encontradas.
- En la capacidad de respuesta se debe buscar fortalecer la red pública y que esta pueda también atender población en otras partes del proceso como la rehabilitación en comunidades terapéuticas cerradas. .
- Solo los centros especializados en psiquiatría involucrados en la atención de adicciones contemplan la patología dual y realizan un manejo acorde, regidos por la guía nacional de atención integral de farmacodependencia.
- Debido a lo anterior, el posterior proceso a la desintoxicación realizada en los centros psiquiátricos que corresponde a la rehabilitación y reinserción, se ve limitada por la carencia de centros que contemplen dentro de su intervención la patología dual.

10. BIBLIOGRAFIA.

1. DSM-IV Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. (2000). MASSON S.A.
2. Organización Mundial de la Salud. (2006) constitución de la Organización Mundial de la salud. Documentos básicos, suplemento. 45a edición.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional del Campo de la Salud Mental Documento-Propuesta para Discusión y Acuerdos.
4. Campo Arias, A. (2003) Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. Medunab. 6(16). 32-35
5. Tangarife Puerta, H. F. (2010) genealogía de las drogas y su relación con las expresiones artísticas. Revista Cultura y Droga, Universidad de Caldas. 15(17).
6. Haro, G.; Bobes, J.; Casas, M.; Didia, J.; Rubio, G.; Traver, F.; Santamaría, A. (2010). ¿Patología dual o experiencia dual?. En Tratado sobre Patología Dual Reintegrando la Salud Mental. (p. 137).España. Ed. MRA
7. Santis Barros, R.; Casas, M. (s.a.) Diagnostico Dual. Ponencia presentada en Encuentros Nacionales Sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cpd de Cádiz. recuperado online en www.dipucadiz.es
8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2004) Tratamiento: satisfacer las necesidades de los que tienen problemas. P 63. Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Luxemburgo.
9. Colombia. Instituto Seccional de Salud, Quindío. Observatorio de Drogas Eje Cafetero (2010) situación del consumo de drogas en Quindío. Sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas.
10. Hernández, D. (2010). Tratamiento de Adicciones En Colombia. Revista colombiana de psiquiatría. Vol. 39.
11. Rueda. C. (s.a). Historia de la adicción. Recuperado de http://www. descentralizadrogas.gov.co/.../HISTORIA%20DE%20LAS%20ADICCIONES.pdf-

12. Becoña, E. (2002).Adicciones y Salud. Revista Electrónica Psicología Cientifica.com, 76(1), 1-2. Recuperado de http//:www.psicologiacientifica.com /…/psicología-76-1-adicciones-y-salud.html –
13. Saavedra, A. (1.997). Comorbilidad en Dependencia a Sustancias. Psicoactiva, 19, 64-66. Recuperado de http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva19p63_104.pdf
14. Sánchez, J.; Martinez, A.;Vieta, Eduard. (2005) Comorbilidad en el trastorno bipolar. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna 2005;32(2):77-88.
15. Mezzich, J.; Salloum, I. (2008). Complejidad clínica y diagnóstico integrador centrado en la persona. World Psychiatry (Ed Esp) 6(1) p. 1-2.
16. Torres,J. (2007). Comorbilidad De trastornos mentales y adicciones. Revista electrónica LiberAddictus, 1-12. Recuperado de http://www.infoadicciones.net
17. National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009) La Comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales, 1-3 recuperado de http://collaboration. omni.org/sites/ATR/Additional%20Resources/Comorbidity%20%28esp%29.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra.
19. Nunes, E.; Rounsaville, B. (s.a.)Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. Addiction, 101(Suppl. 1), 89-96 Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/ Drogodependencia/HTML/archivos/COMORBILIDAD_SUSTANCIAS-TRASMENTAL.pdf
20. Torrens, M.; Martínez, D (2009). Patología Dual, Protocolos de Intervención, Depresión. Recuperado de http://www.patologiadual.es/docs/protocolos _patologiadual.pdf
21. Infonova. 2009. Editorial. Patología dual. Recuperado de http://www.dianova.es/docs/infonova/Infonova15.pdf
22. Martin, M.; Fernández, P. (2009) fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y tratamiento. En Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. editorial panamericana.

23. Basurte, I; Juncal, V. (2007) Adherencia al tratamiento en esquizofrenia dual. En temas en patología dual. Patología dual en esquizofrenia Opciones terapéuticas, editorial glosa.
24. Elvira. L. (coord.) (2007) protocolo de coordinación y atención a la patología dual. Recuperado de Recuperado el 1 de junio de 2011 de http://www.drogasextremadura.com/archivos//Protocolo-de-Coordinaci%C3%B3n-y-Atenci%C3%B3n-a-la-Patolog%C3%ADa-D%C3%BAal.pdf .
25. Queensland Health. (2010) dual diagnosis clinical guidelines. co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. Estado de Queensland, Australia.
26. Izquierdo, R. (coord.) (2003) itinerario técnico nacional julio 2003. Una iniciativa para el intercambio de experiencias en el tratamiento de drogodependientes con Patología Dual. Recuperado online de http://www.patologiadual. com/ITINERARIO.pdf.
27. Colombia. Ministerio de la Protección Social (1994). Decreto 1938 de 1994. Recuperado de http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea /1994/agosto/05 /dec1938051994.pdf
28. Colombia. Ministerio de la Protección Social(2004) actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia.