

**FARMACODEPENDENCIA Y PATOLOGÍA DUAL,
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES:
UN VISTAZO A LA ÚLTIMA DÉCADA**

NICOLÁS ESCOBAR TRUJILLO

Médico

MÓNICA JARAMILLO OCHOA

Psicóloga

ASESOR

CÉSAR AUGUSTO JARAMILLO JARAMILLO

Psicólogo, Magister y Especialista

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESPECIALIZACIÓN EN ADICCIONES

MEDELLÍN

Junio de 2014

DEDICATORIA

A nuestras familias, por su comprensión y apoyo continuo para la realización de este trabajo de grado, sin ustedes no hubiera sido posible la culminación de este proceso académico tan importante para nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor César Jaramillo Jaramillo, por guiar y acompañar cada etapa de la realización de este trabajo de grado. Igualmente, a nuestras familias por su apoyo incondicional durante el desarrollo de esta monografía.

Mónica y Nicolás

CONTENIDO

	Pág.
LISTAS ESPECIALES	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 General	18
2.2 Específicos	18
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. DISEÑO METODOLÓGICO	21
4.1 Enfoque	21
4.2 Tipo de investigación	21
4.3 Instrumentos	22
4.4 Procesamiento y análisis de la información	23
4.5 Consideraciones éticas	23

5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	25
6. MARCO TEÓRICO	46
6.1 Historia de las adicciones	46
6.2 Características estructurales de la Farmacodependencia	50
6.3 Factores de riesgo y de protección	57
6.4 Generalidades de la patología dual	59
6.5 Características clínicas en patología dual	61
6.6 Factor de riesgo	69
6.7 Factores de protección	73
6.8 Abordaje clínico de las patologías duales más frecuentes	74
7. HALLAZGOS	79
7.1 Relación entre trastorno mental y trastorno por uso de sustancias	79
7.2 Generalidades en farmacodependencia y en patología dual	83
7.3 Características estructurales de la patología dual (PD)	88
7.4 Tipos de publicación encontrada	93
7.5 Cantidad de registros por año	94
7.6 Número de publicaciones internacionales	95
7.7 Número de publicaciones nacionales	96
7.8 Tabla racionalidad metodológica	96
7.9 Número de registros por patología dual y farmacodependencia encontrados	97

8. CONCLUSIONES	98
9. RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS	101
ANEXOS	104

LISTAS ESPECIALES

	Pág.
Tabla 1: Tipos de publicación encontrada	93
Tabla 2: Cantidad de registros por año	94
Tabla 3: Número de publicaciones internacionales	95
Tabla 4: Número de publicaciones nacionales (ciudades)	96
Tabla 5: Racionalidad metodológica	96
Tabla 6: Número de registros por patología encontrada	97

Comentario [C1]: Solo va esto

RESUMEN

La farmacodependencia y la patología dual son trastornos concurrentes, pues se presenta un trastorno mental y otro por uso de sustancias, lo que genera un pronóstico complejo, ya que generan mayor gravedad desde la perspectiva clínica y social de estos pacientes. En la actualidad la cifra de pacientes con patología dual ha aumentado significativamente, ya que en la sociedad la muestra representativa de personas con trastorno por uso de sustancias ha incrementado significativamente, esto genera en más de la mitad de los consumidores la aparición de una enfermedad **mental**.

Comentario [C2]: Pulir traducción tiene cambios

Lo anterior lleva a concluir la importancia de un estudio como el emprendido, pues sienta las bases para estudios de carácter cualitativo y cuantitativo necesarios para entender la problemática, poderla **intervenir**.

Comentario [C3]: Traducir este último párrafo que es nuevo

Palabras Claves: Patología dual, farmacodependencia, adicciones, comorbilidad y trastorno mental.

ABSTRACT

Drug addiction and dual diagnosis are concurrent disorders, as a mental disorder occurs and other substance use, leading to a complex forecast, and generating greater severity from clinical and social perspective of these patients. At present the number of patients with dual diagnosis has increased significantly since the company representative sample of people with substance use disorders has increased significantly, it generates more than half of consumers the onset of mental illness . This leads one to conclude that studies increasingly significant increase in the number of patients with a diagnosis dual

Keywords: dual pathology, drug addictions, comorbidity, mental disorder, addictions and derangement.

INTRODUCCIÓN

Con el término comorbilidad se ha definido la presencia simultánea de dos o más patologías en un mismo individuo. Las hay bastante frecuentes, como el caso de las infecciones urinarias en los pacientes diabéticos o los procesos bronquíticos en las personas enfisematosas, para citar solo dos ejemplos.

La denominada patología dual (P.D) es en sí una comorbilidad con la característica particular de que en éste caso, los trastornos que afectan al paciente son, uno mental, acompañado de una o más adicciones por sustancias psicoactivas (spa), durante un tiempo determinado.

En el primer caso, diabetes e infección urinaria, por ejemplo, cada una de las patologías se tratan independientemente una de la otra, inclusive puede ser por facultativos diferentes. En el caso de las patologías duales no ocurre lo mismo y, como se demostrará en la presente monografía, cada trastorno influye directamente en el otro hasta constituirse en factor de riesgo, porque “la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia, no es por azar” (Becoña & Cortez, 2011, p. 97).

Roncero, Barral, López, Steve & Casas (2010, señalan que: El término “patología dual” fue usado por primera vez por Stowell en 1991, en estudios realizados en esquizofrénicos, en quienes encontró una alta coexistencia de ésta enfermedad mental con trastorno por uso de sustancias (T.U.S) Otros autores ampliaron el concepto incluyendo a las demás psicopatologías y las investigaciones sobre la comorbilidad llamada “patología dual” se han hecho cada vez más frecuentes, demostrando que el tema es mucho más complejo de lo que inicialmente se pensó.

La etiología de la patología dual ha sido postulada por distintos autores, sin que hasta el momento haya consenso sobre la misma. En un futuro, no muy lejano, la neurociencia aportará los pilares para la comprensión de la expresión clínica de éstas patologías, en las que en ambos elementos constituyentes, es decir, la patología mental y la adicción, juegan papel primordial los circuitos neurológicos y los neurotransmisores, en especial la dopamina y la serotonina.

Las inquietudes que más han llamado la atención a los investigadores sobre Patología Dual, tiene que ver con la influencia que cada uno de sus componentes, ejerce sobre el otro. Buscan conocer, por una parte, la influencia que tiene el trastorno mental sobre el inicio del consumo de una spa, con los consecuentes abuso y dependencia de la misma; igualmente, les ha llamado la atención el hecho de que el enfermo con un trastorno mental determinado, consume más frecuentemente determinada spa y no otras. Por otra parte, otros investigadores han tomado como sujetos de estudio a los consumidores de spa, buscando la influencia de los efectos de ésta en el cerebro del paciente, sobre la aparición de algún trastorno mental.

Aún falta mucho camino por recorrer con relación al tema P.D, pero una vez desentrañadas las bases de su etiología, el manejo podrá ser, lógicamente, mucho más efectivo, teniendo en cuenta que es éste un trastorno en el que confluyen otros factores, entre ellos biológicos, algunos socioculturales, entre otros.

El efecto de la spa sobre las manifestaciones clínicas del T.M depende de varios factores como: tipo de sustancia psicoactiva consumida, dosis, tiempo de consumo, edad de inicio, vía de administración, entre otros, lo cual muchas veces dificulta el diagnóstico, porque la droga a veces potencia algunos síntomas ya presentes, mientras que en otras personas precipita la presencia

de otros, haciendo más florido el cuadro clínico, pero a su vez, también más complejo y bizarro.

Indudablemente, el abordaje por parte del profesional, de los pacientes con ésta patología es más difícil y complicado, al confluir en el enfermo dos trastornos, ya de por sí, cada uno grave.

No hay que olvidar que, tanto en los trastornos mentales como en los trastornos por uso de sustancias influyen factores biológicos (genéticos principalmente), ambientales y socioculturales, principalmente, que impactan directamente en las características clínicas, manejo y pronóstico de cada una de ellas, obligando a que el tratamiento sea realizado conjunta y simultáneamente, por un grupo multidisciplinario de profesionales, entrenados para prestarles una atención adecuada, luego de hacer un correcto y oportuno diagnóstico que, como se dijo, no es fácil de realizar, dada la complejidad del cuadro clínico.

A través de los años se han postulado varios tipos de manejo para la patología dual, pero como se verá más adelante en el presente documento, el enfermo no tiene dos patologías, sino una, ya que él como unidad, es un ser único e irrepetible y es imposible disociar los síntomas de uno y otro trastorno, ya que se complementan, haciendo de la patología dual, una enfermedad, así tenga dos componentes.

Para los investigadores sobre el tema drogodependencia, no es un secreto que, cada día, personas cada vez más jóvenes, se inician en el consumo de alguna sustancia psicoactiva, tanto de las denominadas legales, como de las ilegales. Igualmente, son conscientes de que el cerebro en el ser humano

alcanza su madurez completa entre los 25 y 30 años de edad. Por lo tanto, es de esperar y ya se está viendo, llegan pacientes a los servicios de urgencias cada vez en mayor número y menor edad, a quienes se les diagnostica un trastorno psiquiátrico asociado al consumo de sustancias quienes, de no ser atendidos adecuadamente, presentarán, con el tiempo, secuelas difíciles de eliminar, si no imposibles, dependiendo, lógicamente de la sustancia consumida y sus características (inicio de consumo, dosis, vía de administración, etc.).

Nuevas sustancias psicoactivas salen al mercado diariamente, cada vez más adictógenas y con potentes efectos lesivos sobre el Sistema Nervioso Central, como las metanfetaminas, las más frecuentes. Solo el tiempo dirá hasta donde éstas adicciones incidirán en los abusadores y dependientes de ellas y cuántos presentarán patología dual, directa o indirectamente relacionadas con dichas sustancias.

A pesar de los estudios sobre el tema Patología Dual, aún falta mucho por revisar, pero se espera que, a lo largo de la presente investigación documental, también se pretende analizar las diferentes hipótesis que explican dicha comorbilidad, y que sea de gran aporte para tratar de esclarecer las dificultades para su interpretación y diagnóstico.

Según Ochoa y Madoz: “el consumo de drogas produce una modificación de la clínica de los trastornos primarios, cambiando su presentación y el curso evolutivo que puede ser fundamental para establecer el diagnóstico (2010, p. 709).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento del consumo de sustancias psicoactivas, la necesidad de la utilización del servicio de urgencias en la atención del proceso agudo del trastorno mental generado, ha resaltado la importancia de la patología dual, es decir, la presencia en una misma persona de un trastorno psicopatológico asociado al T.U.S (trastorno por uso de sustancias), y ha creado la necesidad de darle a dicho problema, con implicaciones no solo en salud pública, sino también en el campo familiar y social, un manejo más agresivo, diferente al actual, en el que cada trastorno es manejado independientemente.

Se entiende por patología dual lo siguiente: “es la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y un trastorno mental” Miquel, Roncero, López & Casas (2011, p. 1) siendo, por tanto, un tipo de comorbilidad especial, dados los elementos que la componen y que se complementan en cuanto al daño producido en el enfermo.

Tanto el trastorno mental, (TM) como la dependencia a sustancias psicoactivas (spa) son enfermedades, que cuando discurren en un mismo paciente, presentan unas características especiales como: mayor número de recaídas y de hospitalizaciones, siendo éstas de mayor duración; baja en la adherencia al tuidioperonal que atiende a este grupo de pacientes, no cuenta con una preparación adecuada para enfrentar tan compleja patología. En la actualidad, un paciente con patología dual recibe atención independiente para cada trastorno, lo cual redundo en menos beneficio en su curación. Igualmente, no hay centros con personal preparado para atender de una manera conjunta al paciente, aduciendo principalmente, el alto costo para el estado, redes de apoyo y la familia.

En múltiples estudios se evidencia como la prevalencia tanto de los trastornos psiquiátricos como la del consumo de sustancias aumenta progresivamente con *influencia mutua*, donde el incremento en abuso de sustancias psicoactivas produce aumento en la patología psiquiátrica y esta a su vez produce intensificación en el consumo, fenómeno asociado especialmente al abuso de alcohol y cocaína, significando un aumento en las cifras de comorbilidad.

“El estudio Epidemiologic Catchment Area study (ECA), realizado en 1990, estudio pacientes con trastorno mental, encontrando elevada prevalencia de abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias” (citado en Pereiro & Diaz, p. 21).

Los estudios reflejan una alta prevalencia entre la comorbilidad de trastorno mental y consumo de sustancias, ya que el TUS, predispone a un trastorno mental o viceversa, ya que en ambos trastornos existen factores predisponentes.

“El national comorbidity Survey (NCS) realizado entre 1990 y 1992, fue una gran encuesta, realizada en estados unidos, permitió evaluar la comorbilidad entre TUS y TM, cuyos resultados, diez años después, permitió conocer la prevalencia de trastornos mentales” (TM) y trastorno por uso de sustancias (TUS) (Citado en Pereiro y Días & 2009, p. 22).

Esta encuesta permitió generar una muestra significativa entre el TUS y el trastorno mental, que permitió generar valiosos aportes significativos acerca de esta comorbilidad en los resultados que ha arrojado en diferentes investigaciones.

“En el año 2002 se realizó el estudio “National survey of mental health and well being” Observó que entre los alcohólicos habían otros trastornos psiquiátricos asociados como: depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, fobia social y trastorno de pánico” (Citado en Pereiro & Días, 2009, p. 28).

Este estudio refleja la comorbilidad tan alta que existe entre el consumo crónico de alcohol y los trastornos del estado de ánimo, ya que este es un depresor del sistema nervioso central, lo cual influye en la aparición de un trastorno de la personalidad.

“El otro gran estudio realizado por el NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions), realizado en el año 2005, buscó la relación entre abuso y dependencia a las sustancias y trastornos psiquiátricos” (Citado en Castaño, Velásquez, Olaya & Castro, 2013, p. 121).

A partir de estudios donde se relaciona el consumo de sustancias psicoactivas y trastornos psiquiátricos, se puede evidenciar que están muy relacionados, ya que en varios estudios los resultados son claros, y cada vez más existe más prevalencia en donde las muestras son altamente representativas en la incidencia.

En la mayoría de los pacientes con patología dual, a diferencia de los que solo tienen diagnóstico de trastorno mental, se ha podido apreciar que los primeros presentan menor cumplimiento terapéutico, síntomas mentales más floridos y recurrentes, mayor número de recaídas, aumento en el riesgo y comportamiento suicida y mayor deterioro neuropsicológico como secuela muchas veces permanente.

Aún falta mucho camino por recorrer en el campo de la patología dual, porque son más los interrogantes que las respuestas sobre el tema, por lo que se espera a lo largo de la monografía, profundizar teóricamente, especialmente sobre los factores que inciden sobre esta problemática con múltiples repercusiones en salud y socio-familiares principalmente, lo que permitirá generar inquietudes y posturas sobre distintos tópicos de la misma. Lo anteriormente descrito llevo a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características estructurales de la farmacodependencia y la patología dual, que aparecen referenciadas en la literatura científica en la última década?

2. OBJETIVOS

2.1. General

Analizar las características estructurales de la farmacodependencia y la patología dual que aparecen referenciadas en la literatura científica en la última década.

2.2. Específicos

- Conceptualizar sobre las generalidades de la Farmacodependencia y la patología dual.
- Explorar las relación patológicas entre (TM) trastorno mental y (TUS) trastorno por uso de sustancias, y el significado de esta interacción bidireccional como factor de riesgo.
- Abordar las características clínicas más relevantes en las patologías duales más frecuentes.

3. JUSTIFICACIÓN

El alarmante crecimiento del número de casos con patología dual en todo el mundo, los vacíos que aún persisten sobre la etiología y las características de los diferentes cuadros clínicos, todo esto aunado a las discrepancias sobre el complejo manejo por parte de profesionales de la salud, la inmensa mayoría sin una preparación acorde con las necesidades de los pacientes,*la displicencia del estado en la aplicación de las políticas públicas en salud mental, la falta de implementación de modelos en atención en patología dual de otros países, la necesidad de que sea mayor el número de investigaciones sobre el tema, son hechos que ameritan la necesidad de darle la importancia adecuada a esta problemática

Becoña & Arias (2010) señalan que los profesionales que atienden pacientes con patología dual “deben ser muy sensibles en la utilización de instrumentos para la evaluación de este trastorno en el empleo de estrategias que permitan diferenciar la psicopatología con la drogodependencia y la posibilidad de establecer la coordinación oportuna con otros servicios” (p. 98).

Es prioritario conocer y ampliar la teoría sobre esta problemática para tener elementos de intervención y abordaje, ya que ha sido un fenómeno creciente en los últimos años y cada vez se le está dando mayor importancia en algunos países, europeos principalmente, en donde ya se maneja como trastorno único y no como la combinación de dos en una misma persona. La patología dual tiene variables en las cuales es importante ahondar, como son el caso de las recaídas en el consumo, el policonsumo, que en estos sujetos se ve más frecuente y arraigado. El uso de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental tiene serias consecuencias neurológicas, con secuelas definitivas, que es posible prevenir, si se asiste oportunamente al paciente. Rivera (2010) señala que:

Durante años la psiquiatría académica ha ignorado la patología dual, (un doble diagnóstico era imposible antes del DSM III, debido a los criterios de exclusión y el DSM I y II prohibían, a su vez, la realización de diagnósticos múltiples), o en consideración de la personalidad como causa subyacente del abuso de sustancias. En el campo de las adicciones, se creía que tras la abstinencia, el trastorno mental cedería paulatinamente. La investigación no ha encontrado una “personalidad” característica del drogodependiente, así como tampoco se ha visto que, con la abstinencia a las drogas, se logre la remisión del trastorno psicopatológico (p. 7).

A pesar de que se ha avanzado en estudios científicos sobre patología dual, aún persisten muchos “vacíos” en especial a nivel clínico y en el manejo que se le da a los pacientes con este diagnóstico.

Por otro lado Torrens (2008), señala la importancia de y el pronóstico de esta enfermedad. En los retos a futuro nos hace hincapié en la necesidad de profundizar en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de los síntomas psicopatológicos y consumo, intoxicación y abstinencia y la importancia de contar con instrumentos clínicos para detectar la patología dual como tal. Por todas las anteriores características de esta patología, resulta indispensable profundizar hasta llegar a bases más sólidas que sustenten la teoría en esta problemática.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque

El enfoque de la presente investigación monográfica es de corte cualitativo, ya que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica, para descubrir o afirmar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” Hernández, Fernández & Baptista (2006, p. 8).

El registro, la información y la sistematización de datos fue relevante para definir el curso de una investigación, pues según Galeano (2003) el registro y la sistematización de la información, la recolección de datos son procesos mediadores entre la recolección de información y el análisis de la misma, esto permite organizar sistemáticamente la información que hace parte de la investigación para generar un impacto en el desarrollo de la misma, de igual forma que permita agilidad en el proceso investigativo, a la hora de seleccionar y categorizar la información.

Lo anterior permite el enriquecimiento de saberes en cuanto a la contextualización del tema. Galeano (2003) se refiere a que la construcción del conocimiento en investigación se extraen mediante estrategias de triangulación y confrontación de fuentes y teorías, esto permite una adecuada revisión del material bibliográfico, lo cual permite un mayor hallazgo en la recolección de la información para establecer registros y fuentes de búsquedas avanzadas.

4.2. Tipo de investigación

La investigación a desarrollar es cualitativo-descriptiva, de tipo documental, ya que se aborda las últimas investigaciones sobre el tema patología dual. También se hará un profundo rastreo y revisión bibliográfica, buscando las

publicaciones de la última década sobre los tópicos definidos en esta investigación, procurando que sean artículos que tengan valor y rigor científico.

Lo que se busca en la actual investigación es hacer una recopilación de datos de las últimas investigaciones de punta, en las cuales se dará cuenta de los aportes más significativos que han hecho diferentes autores que han abordado a profundidad la patología dual en la última década.

También se recopilarán datos históricos que sustenten las posiciones que toman diferentes autores sobre la importancia del abordaje teórico, el cual proporcionara información pertinente para el desarrollo, la descripción y las características de la farmacodependencia y patología dual.

4.3. Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados para el análisis de la información son los siguientes: fichas bibliográficas y de contenido (ver Anexo 1), ya que en estas se estructura y se organiza toda la información, desde referentes bibliográficos, los cuales se encuentran en revistas impresas, revistas digitales, textos y libros. Este instrumento es de gran utilidad en la revisión, análisis y búsqueda de la información condensada en bases de datos, también se utilizarán como referente metodológico, ya que son necesarias para la categorización y análisis de la información.

Otro instrumento fundamental son las listas especiales, en las cuales se representa el estado del arte en la categorización de la información por años de publicaciones, países más consultados, tipos de investigaciones, esto permite un análisis cuantitativo de la información, permitiendo la recopilación de los datos más característicos, de mayor relevancia en la monografía.

4.4. Procesamiento y análisis de la información

Según Galeano (2003) en los diseños de investigación cualitativa, lo teórico se concibe como un sistema de relaciones construidas en el proceso de investigación y apoya el análisis, por tanto no es algo establecido son teorías generales que se confrontan con una realidad.

Galeano (2003) afirma que la investigación cualitativa estructura su trabajo por categorías, estas se entienden como ordenadores epistemológicos, campos de acción temática, supuestos del problema, recursos analíticos. Categorizar es agrupar datos que comportan significados similares. Este proceso permite sumergirse en los datos para tener una visión global y en conjunto de los datos obtenidos para poder tener una adecuada categorización.

Es fundamental la categorización de la información para que el trabajo investigativo tenga una estructura, ya que esto permite una ampliación del conocimiento desde lo epistemológico. Esto permite al investigador tener una visión amplia sobre el tema abordado, también permite la comprensión de la información y entender de forma complementaria el problema de abordaje en la investigación cualitativa.

4.5. Consideraciones éticas

Galeano (2003) señala que las consideraciones éticas en investigación social cualitativa son menos visibles y más sutiles que cuando se trata de modelos experimentales o cuantitativos, develar las implicaciones éticas que el trabajo intersubjetivo tiene para la investigación. La ética se preocupa por construir

principios que como modo de vida permitan la autocomprensión, guíen su praxis, le interroguen a partir de su relación con otros y con otros contextos determinados.

Las orientaciones éticas que orientan el trabajo investigativo de una investigación documental, le corresponden cuidados éticos específicos debido al manejo adecuado de los derechos de autor: todo documento referenciado que de alguna manera contribuya al trabajo debe ser citado y referenciado, para este caso bajo la norma APA sexta edición (Galeano, 2003).

Cuando se refiere a consideraciones éticas, se puede decir que son de gran pertinencia para una investigación cualitativa y cuantitativa, ya que se deben de seguir las normas establecidas de derechos de autor, los consentimientos informados si en la investigación se trabaja con personas. Respetando estos criterios éticos se da cuenta del adecuado manejo que se le dé a la investigación, de esta manera la investigación tendrá validez y pertinencia en el contexto social.

5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el texto titulado: *Patología dual: situación actual*, Torrens (2008) señala que en los últimos años en actualidad la patología dual aparece bajo este término y esta denomina la concurrencia en un individuo de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental. Estos pacientes duales son identificados como graves desde la perspectiva clínica y social, pues ellos constituyen un reto para los profesionales de la salud, ya que son pacientes complejos, y necesitan de redes asistenciales diferentes como una red de atención en farmacodependencia y salud mental diferente de los sistemas tradicionales de salud que se manejan en Latinoamérica, en los cuales no existe un tratamiento diferencial y especializado. Además, esta gravedad clínica y social que presenta la patología dual no es una condición aislada, ya que tiene una representación epidemiológica importante que se refleja en:

Tanto los estudios llevados a cabo en muestras clínicas refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias es elevada situándose entre 15 - 80%, este amplio rango se debe a distintos factores entre los que cabe destacar: 1) la heterogeneidad de las muestras en las que se ha llevado el estudio: población general, personas que acuden en demanda de tratamiento, consumidores reclutados fuera de los servicios asistenciales; 2) el lugar donde son atendidos: centros en drogodependencia; recursos asistenciales de la red de salud mental; 3) factores relacionados con la sustancia de abuso tanto por sus efectos farmacológicos como por la situación legal (Torrens, 2008, p. 1).

Así pues, la naturaleza de la relación entre consumo de sustancias y trastorno mental, es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular, por ejemplo el consumo de drogas puede precipitar una

predisposición a una psicosis u otro trastorno psiquiátrico. En la actualidad se han generado tratamientos efectivos en patología dual, aunque este punto es conflictivo y debatido, se espera un mayor reto a futuro.

Según (Torrens, 2008), la elevada gravedad clínica y social que repercute en estos pacientes justifica el interés que hay en estos momentos en el estudio de la relación entre trastorno por consumo de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas, tanto desde el conocimiento y sus bases bilógicas y su caracterización a nivel clínico, su diagnóstico y el desarrollo de su tratamiento.

Lo primordial es seguir avanzando desde la perspectiva clínica en los retos a futuro que se tiene en cuanto a la patología dual se refiere.

1. Seguir avanzando en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo/ intoxicación/ abstinencia de sustancias de abuso.
2. la necesidad de disponer de instrumentos clínicos válidos y fiables que permitan detectar la presencia de otros trastornos psiquiátricos en personas con TUS (Torrens, 2008, p. 2).

Las ideas planteadas en el texto anterior deja clara la perspectiva de que hay importantes lagunas sobre las características más adecuadas de los tratamientos que reciben estos pacientes, ya que no se tienen claras muchas variables, algunas de estas serían: caracterización a nivel clínico, el campo social y la farmacología, ya que hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos se trata farmacológicamente la patología dual como si fuera solo una trastorno psiquiátrico olvidando el componente de trastorno por uso de sustancias .

Torrens (2008) se refiere a la necesidad de avanzar en los tratamientos de esta problemática a nivel de intervenciones psicosociales que son generadoras de factores de protección y red de apoyo como grupo, a nivel clínico, generar estrategias de confrontación, ya que han sido útiles en el tratamiento de conductas adictivas; el paciente con patología dual debe de ser tratado en un sistema o programa integral, ya que ha eso apuntan los estudios previos sobre la contextualización y los retos a futuro en patología dual.

En otro estudio investigativo titulado: *Prevalencia de patología dual en sujetos en tratamiento en salud mental y en centros de drogodependencias*, se encontró que:

Un porcentaje importante de pacientes duales no está diagnosticado correctamente, lo que puede sugerir que alguno de los trastornos comorbidos no está detectado, y por lo tanto no está tratado. un alto porcentaje de pacientes duales no identificados como tales se ha descrito en otras muestras de sujetos en tratamiento (Arias, Szerman, Vega, Mesías, Basurte, Morant, Ochoa, Poyo y Babin, 2013, p. 3).

La elevada prevalencia de patología dual ha sido descrita en muestras amplias que proceden de la población en general, más de la tercera parte de estos pacientes tiene un diagnóstico de patología dual, por lo tanto los profesionales de la salud de estos centros deben de estar adecuadamente preparados para la detección y el manejo de estos pacientes duales.

Arias, et. al. (2013), refiere que existen diferencias entre pacientes con patología duales y los adictos sin comorbilidad psiquiátrica, hay más predominio de mujeres y tiene una peor situación laboral en cuanto tienen el diagnóstico de trastorno mental y trastorno por uso de sustancias psicoactivas; algunos autores dicen que la droga más asociada con patología dual es el alcohol. Otros autores postulan la idea de que tanto el alcohol como el cannabis he incluso en algunos casos señalaron que la cocaína que, sin

embargo es importante mencionar que estos pacientes con trastorno mental son más vulnerables a un componente adictivo que aquellos que no tienen este diagnóstico.

Desde la perspectiva del estudio se puede determinar la relación tan estrecha que existe en cada uno de estos trastornos, ya que uno es el posible desencadenante del otro. En este estudio se ha señalado que:

El TUS puede precipitar el trastorno bipolar, así esta descrita la posibilidad de desencadenar cuadros maniacos o hipomaniacos con drogas como el cannabis o la cocaína. Por otro lado las alteraciones del estado de ánimo, la manía puede favorecer el consumo en relación con la mayor impulsividad, la alteración de la capacidad de juicio o la excesiva implicación en actividades placenteras. Por último puede haber factores de vulnerabilidad como factores genéticos o neurobiológicos (Arias et al. 2013, p. 3).

Los trastornos mencionados son los que tienen una alta prevalencia, sin dejar de lado, algunos trastornos depresivos, de ansiedad, pero estos no presentaban una tendencia estadísticamente significativa. Se considera que ciertos trastornos de la personalidad, favorecen al consumo de drogas, ya que las mismas pueden tener un efecto reforzador en la disminución de síntomas en las patologías psiquiátricas asociadas.

Los estudios que exploran la dimensión de la personalidad con pacientes con PD son bastante escasos. Las dimensiones más exploradas en patología dual es la búsqueda de sensaciones principalmente medida con la escala de búsqueda de sensaciones. En la mayoría de los trabajos se sigue el modelo de personalidad de Cloninger utilizado el inventario de temperamento y carácter (TCLy TCLR) (Márquez y Adán, 2013, p.196).

Los estudios mostraron también que los pacientes con PD, tenían puntuaciones altas en impulsividad, esto es un rasgo predisponente y explicativo que lleva a los pacientes al consumo de drogas, ya que experimentan una falta de control de impulsos, la proyección hacia la adicción y el craving más severo.

Los pacientes duales con esquizofrenia puntúan más alto en las dimensiones de impulsividad cognitiva y actividad no planificada, de la escala de impulsividad de Barrat, en comparación con los que no tenían historia de TUS, lo que se relacionó con la mayor tasa de intentos de suicidio (Márquez et al, 2013, p.196).

La revisión titulada *Tratamiento de los pacientes con patología dual*, aquí los autores se centran en analizar si hay evidencia científica para el tratamiento de pacientes con patología dual, la cual aún no se tiene un adecuado manejo con estos pacientes, ya que existe una limitada información sobre estos pacientes con patología dual y la necesidad de investigación en este campo, especialmente en estudios que tengan un buen diseño y una buena representación en muestras, también se debería de tener en cuenta que estos pacientes abandonan el tratamiento en el transcurso del mismo (Álvarez y Valderrama, 2007).

Los tratamientos para este tipo de pacientes son limitados, ya que funcionan de manera separada con el diagnóstico de patología dual:

Los que son eficaces para tratar algunos trastornos mentales (por ejemplo antidepresivos tricíclicos en pacientes con depresión), también tienden a ser eficaces en patología dual. Los que están indicados para tratar el consumo de alcohol y drogas, también están indicados para pacientes con patología dual (Álvarez & Valderrama, 2007, p. 73).

La percepción de esta problemática no ha tenido una apertura clara en investigación, ya que el limitado acceso a un tratamiento en donde se retome la problemática como una sola patología, en donde sea acorde el tipo de tratamiento brindado.

Se halló una investigación titulada: *Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según el Eje I en pacientes con patología dual*, este estudio realizado en pacientes con patología dual se observaron que los trastornos con mayor prevalencia son los psicóticos (28.1% esquizofrenia). También se evidenció que en pacientes diagnosticados de TUS, Los trastornos afectivos fueron la patología psiquiátrica más prevalente (Miquel, Roncero, López y Casas, 2011).

En esta investigación se encontró diferencia respecto del *género* que según (Miquel et al.2011) los estudios realizados en pacientes con patología dual se observó que la esquizofrenia es más frecuente entre los hombres (57,7% VS 38%), y en los trastornos afectivos principalmente en las mujeres que presentan trastorno depresivo mayor (TDM) (16,55%) vs (10,2%).

También en España se realizó un estudio significativo en los centros de drogodependencias entre la población atendida se observó que el “47,5% de las mujeres presentaba patología dual, mientras que el 30,3% de los hombres” (Miquel et al., 2011, p. 100).

La *psicosis* está presente con otras patologías mentales y se denomina “La psicosis dual es muy frecuente en el 47% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia presento a lo largo de su vida un diagnóstico de TUS, siendo el alcohol el más consumido” (Miquel et al. 2011, p.168), el estudio indica una alta prevalencia en psicosis, lo cual hace más vulnerable al sujeto a tener un diagnóstico dual.

El riesgo de consumir cannabis en los hombres con diagnóstico de esquizofrenia es más alto que en las mujeres, el 26,2% de los hombres presentaron dependencia a cannabis, frente al 8% de las mujeres. El impacto del consumo de sustancias en la esquizofrenia afecta a hombres como mujeres de forma similar.

Miquel et. al. (2011) indica que son más prevalentes los *trastornos afectivos* que en los hombres. Las mujeres alcohólicas en relación con los hombres presentaron una forma de beber más compulsiva con ansiedad premorbida y depresión primaria.

A lo largo de estos estudios se ha relacionado cada uno de los trastornos afectivos con el consumo de sustancias y en cuáles de ellos puede haber más predisposición para ser pacientes duales. Se ha establecido una relación con la sintomatología ansiosa, la depresión y el consumo de alcohol según el género.

Según un estudio español más del 20% de pacientes bipolares consumían sustancias. El trastorno bipolar dual es más frecuente en hombres que en mujeres (56% vs 46%), a pesar de la prevalencia en trastorno bipolar tipo I en no consumidores igual entre géneros (Miquel et. al, 2011, p.170).

En la texto: *Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo*, de Martínez, Graña & Teujillo (2009) el estudio tiene como objetivo revisar y analizar la eficacia de un programa cognitivo conductual, en el cual se hacen intervenciones individuales y grupales para personas con problemas de alcoholismo y determinar el papel que juegan determinadas variables. El método planteó una:

Muestra consta de 80 pacientes que han iniciado tratamiento por adicción al alcohol en el centro provincial de drogodependencias. Se incluyeron todas las personas que aleatoriamente fueron seleccionadas, debían de ser personas que presentaban exclusivamente adicción al alcohol, excluyendo los policonsumidores (Martínez et al, 2009, p. 120).

El texto identificado (Martínez et al, 2009) plantea un *Programa general de prevención de recaídas*, que parte de la intervención psicológica a nivel individual y grupal que consistía en un programa estructurado en prevención con un enfoque cognitivo conductual, en las que se utilizaron las siguientes estrategias: prevención de recaídas, identificación de los factores de riesgo, trabajo sobre la motivación, procedimientos de reestructuración cognitiva, entrenamiento en presión de grupo, empleo de procedimientos de exposición en vivo, exposición a estímulos condicionados, estilos de vida saludables y seguimiento de estrategias de afrontamiento.

Así mismo el trabajo presenta una reflexión sobre *Eficacia del tratamiento* y presenta las siguientes cifras “de los pacientes con trastorno de la personalidad que habían concluido el tratamiento 65.2% fue considerado alta terapéutica, el 13% alta voluntaria y el 21.7% abandono” (Martínez et al, 2009, p.121).

También se analizó la relación el tiempo en que permanecen en el tratamiento, contabilizando meses y la salida de estos, y se halló que los pacientes que presentaron un TP, permanecieron más tiempo, lo que demuestra una variable significativa en el esfuerzo que se hace en el tratamiento y recuperación de estos pacientes.

Según Marinez, et. al., (2009), los resultados obtenidos en esta investigación, muestran aportes relevantes para la intervención, en primer lugar sugieren que el tratamiento cognitivo conductual es efectivo en los casos de alcoholismo, ya que se emplea toda una batería de técnicas que posibilitan la reestructuración

cognitiva y que estas son de gran ayuda y se utiliza también como factores de protección. También se generaron resultados en la intervención grupal, mostrando que esta intervención es más efectiva que la intervención individual en el tratamiento de alcoholismo. Por último se observó que el éxito del tratamiento no depende de la presencia de un trastorno de la personalidad, ni tampoco del patrón de un consumo de alcohol.

En el trabajo sobre *Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio* elaborado por Araos, Vergara, Pedraz, Pavón, Campos, Calado, Ruiz, García, Gornemann, Torrens & Rodríguez (2014), se refiere a que la adicción a la cocaína es un problema creciente cada vez más, y entre sus complicaciones hay que resaltar la comorbilidad psicopatológica, es importante la detección temprana del consumo y de los trastornos psicopatológicos para optimizar la asistencia sanitaria y mejorar el pronóstico. Por ello cada vez más se reconoce que el consumo de cocaína es un problema de salud importante en las sociedades actuales, que se refleja así:

De esta manera desde el primer contacto con la sustancia, se pueden distinguir diferentes etapas del consumo: uso, abuso y dependencia. Así consideradas el uso y el posterior desarrollo de abuso y dependencia de cocaína emergen y de forma más explosiva que el de otras drogas como alcohol y cannabis (Aros, et. al., 2014, p. 17).

Entre los resultados a destacar de este estudio sobresale en la descripción final que de los 110 sujetos, el 86,4% fueron hombres y la media de edad fue de 36,5 años. Un 37,3% eran solteros frente a un 40,9% estaban casados y vivían en pareja, un 69,1% de la población tenía estudios primarios y un 19,1% tenían estudios secundarios (Aros, et. al., 2014).

En los factores asociados al uso de cocaína los autores señalan que las variables referentes al consumo de cocaína son las siguientes: La edad media del primer uso de cocaína para toda la muestra fue de 22, 8 años, siendo la edad de inicio de consumo de cocaína a los 21,9 años para los que no presentaron comorbilidad. En cuanto a la comorbilidad psicopatológica, según Aros, et. al., (2014) se pudo decretar que un 61, 8% ha tenido al menos un trastorno del Eje I y del Eje II a lo largo de su vida, también se encontró en esta muestra que el trastorno del estado de ánimo TEA presentó un 34,5 de %. Se concluyó la prevalencia identificada que es una prevalencia significativa para el consumo de cocaína y para la vulnerabilidad de que aparezca a lo largo del consumo un trastorno del estado de ánimo o viceversa, ya que el trastorno de base es un factor de riesgo que va incidir en el consumo posterior de cocaína y esto es retroractivo.

En el *Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la comunidad de Madrid* (Szerman, Arias, Vega, Babin, Mesías, Basurte, Morant, Ochoa & Poyo, 2011) el objetivo de esta investigación fue, valorar la presencia de trastornos comorbidos, ya sean mentales o de adicciones, en forma retrospectiva valorando la historia clínica en pacientes de la comunidad de Madrid. También se analizaran los datos que forman parte del estudio piloto para analizar las posibles relaciones entre el consumo de sustancias psicoactivas y un trastorno mental. Este estudio piloto sirvió para valorar las variables de interés y mostró además que en:

Diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo principalmente en Estados Unidos indican que esta comorbilidad es muy elevada, siendo mayor en sujetos en tratamiento, y esta presencia concomitante de varios trastornos, tiene implicaciones clínicas, evolutivas y terapéuticas relevantes (Szerman, et. al., 2011, p. 251).

En los principales resultados apareció que:

Respecto a los diagnósticos actuales recogidos en la historia de consumo perjudicial o dependencia de drogas, 300 sujetos presentaban algún trastorno por uso de sustancias (TUS) (75%) de los cuales 238 (79.3%) procedían en la red de drogas (CAD Y CAID) y 62 (20.67%) de la red de salud mental (CSM y servicios de psiquiatría de hospitales). Había 23 sujetos de la red de drogas donde no se recogía un diagnóstico actual de TUS. Entre los pacientes adictos un 90.3% presentaban policonsumo, es decir consumo de más de una sustancia. (Szerman et al, 2011, p. 253).

Es cada vez más creciente el diagnóstico dual en los centros de atención en farmacodependencia, ya que la muestra representativa en el estudio superó la media, lo cual indica la gran prevalencia que existe entre el trastorno por uso de sustancias y trastorno mental, los estudios generan preguntas sobre el manejo clínico y los tratamientos que se les está dando a esta población que va incrementado cada vez más.

Con respecto al texto sobre el *Tratamiento de los pacientes con patología dual*, Álvarez & Valderrama (2007) observaron que entre los pacientes consumidores de drogas se puede presentar un trastorno psiquiátrico lo que llevaría a una patología dual. Lo que se pretendió con este estudio fue revisar si existían tratamientos orientados a la patología dual, para ello revisaron 59 estudios, de los cuales 36 eran ensayos clínicos controlados, de estos 13 examinaban la eficacia de tratamientos psicosociales y los 23 restantes, la eficacia de distinta medicación. En cada uno de los estudios se hace diferencia entre el consumo de diferentes sustancias y se encontró que la más predominante fue el alcohol.

Entre las conclusiones del estudio habría que destacar una, y es que los autores se refieren, a que existe información limitada sobre el tratamiento en patología dual y que hay la necesidad de fomentar investigación en este campo, especialmente estudios bien diseñados y con un adecuado tamaño muestral. Álvarez & Valderrama (2007) concluyen al respecto de los tratamientos que:

1. Los que son eficaces para tratar algunos trastornos mentales, por ejemplo (antidepresivos, tricíclicos en pacientes con depresión) también son efectivos en pacientes con patología dual.
2. Los que están indicados para alcohol y drogas, también pueden ser indicados en patología dual (Álvarez et Valderrama, 2007, p. 73).

Este estudio reporta algunas investigaciones acerca del tratamiento en patología dual, lo cual requiere de una precisión más científica cuando se plantean investigaciones acerca de posibles tratamientos en la patología dual, ya que se mencionan posibles alternativas para abordar en este diagnóstico, pero a su vez lo hacen como un abordaje individualista, ya que se hacen estudios frente al tratamiento, pero no lo abordan desde una comorbilidad psiquiátrica.

Se halló un estudio sobre *Drogodependencia y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento*, en el que según Martínez (2011) la patología dual debe ser tratada como un trastorno simultáneo donde se aborde el componente adictivo y la psicopatología. El tratamiento en drogodependencias y el trastorno de personalidad han sido objeto de muchas investigaciones entre esta sobre las incidencias de los trastornos de personalidad en drogodependientes, aquí se destaca que:

Mientras la incidencia de TP en la población normal se encuentra entre el 10 y 15% en muestra en drogodependientes estos porcentajes giran en torno al 15%, si bien es cierto que el rango en los estudios es muy amplio. Los estudios de incidencia en psicopatología en

drogodependencia muestran que el diagnóstico más común en consumidores de drogas es el TP. En alcohólicos los TP más frecuentes son el obsesivo compulsivo (12%) seguido del antisocial 8.9% paranoide y dependiente (7%) y narcisismo (6.3%). En cocainómanos los TP más frecuentes son: el límite, antisocial, histriónico, narcisista (Martínez, 2011, p.167).

Por otro lado en un texto titulado *Patología dual* elaborado por Cervera (2013) se afirma que la dependencia a sustancias psicoactivas y otros trastornos psiquiátricos se encuentran asociados en muchos casos. En este sentido destaca que un número de clínicos importante observaron la relación entre el tabaquismo y la esquizofrenia, pero que a ello no se le prestó mayor importancia, ya que era más compleja la enfermedad mental que el tabaquismo; posteriormente la relación entre alcohol y esquizofrenia fue motivo de reflexión para muchos investigadores porque se vio el creciente aumento y los síntomas agudos, no solo del consumo de alcohol, sino del trastorno de base asociado.

“el tema va adquiriendo complejidad cuando vemos que ese es el primer paso, pues hay un objetivo final, que es el sistema de recompensa representado por el núcleo accumbens en donde todas las drogas terminan actuando” (Cervera, 2013, p 6.)

Desde el punto de vista de las adicciones, todos los factores asociados que empujan al consumo son reforzadores positivos, para una persona que consuma sustancias psicoactivas independientemente en qué etapa del consumo se encuentre, si el consumir drogas se asocia con un refuerzo positivo, es un alto factor de riesgo para las personas que tengan un trastorno de personalidad, pues esto inicia en el consumo e incluso lo pueden aumentar, ya que la sustancia psicoactiva de alguna forma va a disminuir la ansiedad

generando entonces otro reforzador positivo y activando cada vez más la memoria neuronal.

En un estudio que recoge otros estudios titulado *Estudios sobre aspectos etiológicos de la patología dual*, aquí se plantea que el uso de sustancias psicoactivas está asociado con la morbilidad psiquiátrica, tanto en niños como en adolescentes y en adultos, cuando coexiste un trastorno psiquiátrico con un trastorno por uso de sustancias se habla de patología dual. En cuanto a los resultados más importantes se destaca que:

Frente al consumo consumo de sustancias Barea, et. al. (2010) mostraron que el 74.4% presentaban consumo a opiáceos, el 14.5% dependencia a cocaína y el 8% dependencia a alcohol. El 48% dependía de una sola sustancia, el 32% de dos sustancias, el 16% de 3 sustancias, el 3.1% de cuatro y el 0.9% de cinco. Con relación a los trastornos de personalidad, hallaron que:

El 47.7% presentaba al menos un TP, clasificados así: el 37% un TP, El 6.9% dos, el 1.4% tres, en el estudio se pudo clasificar por muestras algunos trastornos de la personalidad como: el no especificado, el antisocial y el paranoide, el resto de trastorno puntuaron más bajo (Barea, et. al., 2010, p.213).

En un estudio local titulado como *Comorbilidad asociada a un grupo de consumidores de heroína en Medellín* de Castaño & Calderón (2014) se muestra un perfil de los consumidores en el que se plantea que:

Los consumidores de heroína de esta muestra son predominantemente hombres, solteros con edades comprendidas desde los 18 a los 23 años, sin hijos y muchos de ellos con estudios

universitarios, se ubican en un estrato socio económico medio y muchos de ellos tienen antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas; se iniciaron en el consumo de drogas a edades tempranas entre 13 y 15 años; todos presentan historias de policonsumo, entre los que cabe incluir el alcohol y la mariguana, el tabaco, la cocaína , los alucinógenos, las benzodiacepinas, en cuanto a a la heroína comenzaron a usarla entre los 15 y 23 años (Castaño & Calderón, 2014, p. 97).

También estos autores plantean que la Morbilidad asociada con el consumo, se comporta de la siguiente manera:

Se refiere a: los problemas de salud causados por el consumo, 33 de los entrevistados el 78, 5% afirman haber padecido algún síntoma o enfermedad relacionada con el consumo de heroína, el cual les genera algunos signos y síntomas importantes en su salud: pérdida de peso, insomnio, pérdida de apetito, fibrosis en las venas, opresión en el pecho, temblor en las manos, muchos de estos síntomas son ocasionados por las propiedades toxicas de los opiáceos (Castaño & Calderón, 2010, p. 45).

Es importante tener en cuenta que el consumo de heroína representa un problema de salud pública, ya que tiene altas repercusiones en todos los entornos individuales y sociales de los consumidores, ellos tienen alto riesgo de mortalidad, también pueden detonar un trastorno de personalidad, ya sea un trastorno del estado del ánimo, o una esquizofrenia. Este consumo tiene un alto riesgo de contraer ITS, ya que el intercambio de jeringas se hace de forma indiscriminada representando una alta incidencia de en la salud pública.

En torno a la *Comorbilidad por abuso de sustancias en el trastorno bipolar*, los se encontró un trabajo en el que Medina (2012) afirma que:

En el estudio realizado por la National Institute of Mental Health en población norteamericana en 1990 en el que se incluyeron 20.291 pacientes, informo que el 56 % de los sujetos con trastorno bipolar también presentaban un diagnóstico por uso de sustancia.

Esto es de suma importancia, ya que la relación entre el trastorno bipolar y el uso de sustancias es compleja porque hace más agudo su trastorno, generando implicaciones a nivel clínico, y de difícil pronóstico, ya que el consumo de sustancias predispone a que el trastorno tenga una sintomatología más severa.

Es evidente que el consumo de tóxicos altera el curso de la enfermedad en los pacientes con trastorno bipolar, y esta es una condición crónica que puede predominar en algunos momentos de la vida del paciente. La prevención sigue siendo la mejor estrategia terapéutica para la cual es necesario trabajar con un equipo interdisciplinario que involucre a otros profesionales de la salud mental y a la familia del paciente (Medina, 2010, p. 380).

En un texto titulado *Salud y consumo de drogas* de Pereiro (2006) se afirma que, el consumo de drogas representa un verdadero problema para la salud pública, ya que se disminuye la calidad de vida de los pacientes, generándoles a estos consultas médicas más recurrentes, detonando enfermedades médicas, las cuales si no tuvieran ese factor de riesgo inminente, sino fueran pacientes farmacodependientes tuvieran una adecuada calidad de vida.

Según Pereiro (2006) desde lo epidemiológico, en cuanto a drogas ilegales se refiere que se registra una expansión significativa del consumo de cocaína y del cannabis. Con respecto a la cocaína cada vez se percibe más en los servicios asistenciales sanitarios las complicaciones asociadas a su consumo, entre las que destacan las cardiovasculares y las referidas al sistema nervioso central, y con respecto de la marihuana afirma que:

El cannabis la droga ilegal más consumida no está exenta, a nivel respiratorio no dejan lugar a dudas con capacidad de producir efectos bronquiales, riesgos estructurales bronquiales, EPOC, cáncer de pulmón, se revisan también los efectos a nivel cardiovascular que pueden tener manifestaciones a nivel clínico, en pacientes con arritmias, anginas, aumentando el riesgo de infarto al miocardio (Pereiro, 2006, p. 244).

El cannabis, es una sustancia psicoactiva que produce diversos efectos frente a la salud física, afectando varios sistemas del organismo de los seres humanos, lo cual hace que su consumo crónico sea nocivo, no solo por los daños a nivel del sistema nervioso, procesos cognitivos básicos, sino también el daño que se hace al sistema cardíaco, respiratorio y demás efectos secundarios que conlleva esta droga cuando se interacciona con el organismo.

En un texto titulado: Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas (Valle, 2010) se refiere que en la práctica clínica se observa que los pacientes se demoran un largo periodo de tiempo en acudir a los servicios de salud, ya que el consumo de sustancias no lo ven como una problemática en su vida cotidiana.

Es importante entender que la prevalencia tan alta que existe a nivel mundial del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, se ha convertido en una

problemática social; que aparejada a ella conduce a múltiples daños a nivel individual, familiar y laboral, perjudicando a los consumidores y a su entorno como tal.

Según Valle (2010) se realizó un estudio analítico observacional, la población de estudio estuvo conformada por los familiares que estuvieron hospitalizados en centros ambulatorios en los servicios de adicciones de los hospitales nacionales de la ciudad de Lima, Perú. Este dio como resultado lo siguiente: el promedio de demora para asistir a un tratamiento médico es mayor al de otros países, ya que se puede concluir que en ciertas personas el promedio para asistir a una red de salud sea aproximadamente de 10 años. Aunado a esto se encontró que los pacientes que consumen sustancias psicoactivas no consideran esto como una enfermedad, es entonces cuando se demoran un largo periodo de tiempo para pedir ayuda, y solo acuden a un tratamiento cuando ya no tienen control sobre la adicción.

Este estudio muestra también a grandes rasgos, la percepción que tienen los consumidores y su red de apoyo en aceptar esta problemática como una enfermedad que no solo la padece el adicto sino todo su entorno. También se puede observar la negligencia de los consumidores a asistir a un tratamiento en farmacodependencia, ya que ellos creen que pueden controlar esta problemática y muchas veces termina siendo la familia un factor de riesgo en estos casos, ya que ellos muchas veces terminan haciendo el rol de coadictos.

Gallego (2002) se refiere a un estudio sobre cannabis y psicopatología comorbida, el cual relaciona la presencia de un trastorno psiquiátrico acompañado de una dependencia a una o más drogas. La importancia de un adecuado diagnóstico dual reside en su pronóstico de ambos diagnósticos, el psiquiátrico y el de la farmacodependencia.

Con respecto al consumo de cannabis los dos trastornos están ligados, cuando se presenta un consumo crónico llevando al sujeto a sufrir una psicosis toxica, la cual se hace presente mientras estas los efectos del consumo del cannabis, lo cual se refiere a los efectos agudos de la sustancia en el organismo, ya que presentan angustia, episodios hipomaniacos, sentimientos de grandiosidad, aceleración de pensamiento y fuga de ideas, estos efectos agudos detonan con mayor rapidez un cuadro de patología dual, el cual puede ser provocado por la iniciación temprana del consumo de cannabis.

Según Gallego (2002) plantea que los resultados de este estudio el cual relaciona la comorbilidad entre un trastorno mental y el consumo de cannabis, se puede concluir lo siguiente: 1. La OMS con respecto a la esquizofrenia y al consumo de THC admite que: precipita su aparición, sobre todo quienes empiezan el consumo antes de los 18 años. 2. Aumenta el grado en las recaídas en los 15 años siguientes. 3. La falta de un tratamiento adecuado para varias patologías, entre éstas las de su dependencia y la de la esquizofrenia. 4. La comorbilidad del cannabis parece ser un hecho cada vez más demostrado. 5. El cannabis lleva a la aparición de una esquizofrenia sobre todo en sujetos que tienen vulnerabilidad genética a la aparición de este trastorno mental.

Se puede concluir retomando este estudio, el cual fue aplicado a la prevalencia del consumo del cannabis y de un trastorno mental asociado, el cual indica, que el consumo de THC no solo afecta el cerebro, los procesos cognitivos, la salud en general, sino que entre más recurrente sea su consumo, es más fuerte es el factor de riesgo de padecer un trastorno mental como la esquizofrenia, el cual tiene grandes posibilidades de ser un diagnostico crónico, no solo mientras se esté bajos efectos agudos de esta sustancia. También hace más grave un diagnostico psiquiátrico si se consume con frecuencia THC, ya que se podría volver más grave el pronóstico de estos pacientes.

En un artículo titulado: conflicto marital y consumo de drogas en los hijos (Sanz, Iraurgi, Martínez & Cosgaya, 2006) se refiere a que el consumo de drogas en los padres puede propiciar posteriormente un consumo de sustancias en los hijos. Las variables familiares en torno a la farmacodependencia son fundamentales para proporcionar bases sólidas a los hijos, aquí se tiene en cuenta las siguientes: la comunicación asertiva, la empatía, la cohesión familiar y las normas establecidas como núcleo familiar.

Lo que se pretende con este estudio es mostrar los resultados en cuanto a la causa y el efecto generado entre la relación del conflicto marital y el consumo de drogas en los hijos posteriormente, y lo que esta variable afecta en cuanto a si se clasifica como un factor de riesgo para el posterior consumo de drogas. El conflicto conyugal entre las parejas tiende a mostrarse como un factor que incide en la prevalencia del consumo, pero por otro lado se deben de analizar algunas variables en cuanto a la cohesión, el apego, la relación entre padres e hijos, la introyección de valores, la solidez en la cual está constituida la red de apoyo, la estrategia de afrontamiento que tengas los hijos ante las demandas del mundo actual.

Según Sanz, et. al. (2006) los resultados de este estudio refieren que aunque son numerosas las investigaciones que han relacionado el funcionamiento familiar y el consumo de drogas por parte de los hijos, son muy escasas la que han relacionado consumo de drogas con conflicto marital, también se afirma, que los problemas de pareja tiene un resultado negativo en los problemas de crianza, facilitando la aparición de comportamientos perturbadores, por otro lado los conflictos familiares pueden estar precedidos por el consumo de drogas.

A manera de conclusión se podrían analizar cómo se correlacionan los factores conyugales con el posterior consumo de drogas de los hijos, teniendo en cuenta que en el estudio no se mostró la asociación tan predominante, sin embargo no se puede desconocer que el conflicto marital puede ser considerado un factor de riesgo en cuanto a los hijos, pero aquí juegan también factores individuales frente al desarrollo de la personalidad de cada uno y que tan vulnerables son a esta problemática.

Según Koldobsky (2008) en un estudio realizado que se titula: patología dual, el cual muestra el interés multiaxial creciente en las patologías del eje I y los trastornos de personalidad, como también se investigan los trastornos por uso de sustancias. Los trastornos psiquiátricos que aumentan el riesgo de TUS son: la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, estos son los trastornos más frecuentes en las patologías duales. Los rasgos de personalidad que disparan la presencia del TUS son: la toma de riesgo, la búsqueda de novedad, la búsqueda de nuevas sensaciones y el neurotismo.

Se puede evidenciar como los trastornos más severos de la personalidad pueden agravar el pronóstico del paciente, ya que con el componente de uso de sustancias psicoactivas se hace más complejo el diagnóstico y el tratamiento. A pesar de haber avanzado en las investigaciones todavía hace falta un adecuado manejo en el tratamiento de estos pacientes para que el pronóstico sea más prometedor y con más posibilidades de generarle estabilidad al paciente.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Historia de las adicciones

El uso de drogas para tener efectos euforizantes se conoce desde siempre. Todas las culturas han utilizado sustancias psicoactivas unas veces con fines religiosos y otras con fines curativos. De la utilización de estas sustancias a lo largo de la historia de la humanidad nos han dado buena cuenta algunos de los más prestigiosos médicos e historiadores de la medicina, convencidos de la necesidad de explicar las causas que llevan al hombre a este consumo y a sus consecuencias (Torrez, Santo Domingo & Álvarez, 2009, p. 9).

La historia de las adicciones invita a hacer una reflexión acerca del uso de las sustancias psicoactivas a través de las diferentes épocas y culturas, pues el consumo no ha sido igual ni seguirá siendo igual continuará transformándose y aparecerá con diferentes fines como: los recreativos y los curativos.

En la historia también se encuentra el cómo se ha dado la influencia de la farmacodependencia en diferentes países y el abordaje que se le ha dado a la misma a través de las décadas. Pues según Torrez, et al. (2009) en la historia de las adicciones no solo se recoge la actitud social ante el consumo de drogas y el papel de los medios masivos en su difusión, pues en cada una de las épocas se abordan los consumos de drogas de diversas formas, y no solo se debe analizar el papel de los medios de comunicación, la publicidad y su utilización en función del mercadeo y empuje al consumismo y a los factores de riesgo, sino que se debe mirar la otra cara de la moneda y es la posibilidad de su desarrollo como un “arma” tan poderosa cuando se usa como recursos preventivo, sensibilizando y alertando a la población expuesta a los factores de

riego y posibilitando incluso que algunos sujetos lleguen a la atención de su farmacodependencia pues buscan ayuda o son llevados por sus familiares a asumir un tratamiento; estos últimos aspectos son los que debe desarrollar un plan nacional de drogas, tanto la represivo, lo legal y los programas para la prevención y el tratamiento dentro del sistema de salud.

Los antecedentes históricos en farmacodependencia, juegan un papel fundamental en el conocimiento de las sustancias psicoactivas, ya que es importante conocer sus antecedentes para saber que utilidad tenían en los siglos pasados. Las drogas que son casi tan antiguas como el hombre tenían diferentes fines, en diferentes culturas, ya con el paso de las décadas se empiezan a conocer desde la medicina y otras áreas de la salud, la perturbación que tienen las drogas en su interacción con el organismo.

A mediados del siglo XIX en las botánicas de América y Europa habían 70000 remedios de fórmula secreta (casi todas las drogas psicoactivas). En ese momento las drogas dejaron de ser vegetales mágicos, ligados a ritos y sacramentos. El siglo XIX fue prolífico en el descubrimiento de fármacos puros, muchos de ellos derivados de drogas conocidas mucho tiempo atrás. Por un lado las dos sustancias más conocidas seguían consumiéndose (Torrez, et. al., 2009, p.13).

También y según Torrez, et. al. (2009) las drogas más conocidas y utilizadas en el entorno geográfico, seguían consumiéndose y empezaban a producir problemas, cuando se refiere a esto es específicamente al alcohol y al tabaco. Por otro lado comienzan a surgir otras sustancias psicoactivas de abuso que se derivan del opio, la coca y de otras plantas con efectos psicotrópicos o bien en laboratorios químicos se sintetizan en el transcurso del siglo XIX la morfina en 1805, la codeína en 1832, la atropina en 1832, la cafeína en 1841, la cocaína

en 1860, la heroína en 1874, la mecalina en 1888 y los barbitúricos a inicios del siglo XX en 1903.

Tanto unas sustancias como otras tuvieron en un principio un uso más médico y no se atendía en ningún caso a una capacidad adictiva, atribuyendo efectos benéficos para la salud, ya que por ejemplo en sus inicios algunos derivados del opio se utilizaban para clamar el dolor; y a todos estos efectos psicotrópicos se le restaban características nocivas para la salud.

Alcohol

En cuanto a alcohol cabe decirse que el consumo originario se basaba única y exclusivamente en las bebidas fermentadas, a partir de los frutos y cereales fabricaban estos últimos. Pero en la edad media se introdujo un aparato, el alambique que permitía destilar estas sustancias y producir un alcohol o unas bebidas de mayor concentración alcohólica. Durante el siglo IX se descubrió la destilación del vino produciendo así bebidas de más alta fermentación (Torrez et al, 2009, p.16).

En 1739 en Londres se puede hablar de una verdadera epidemia del consumo de bebidas alcohólicas pues existían en ese momento 654 posadas y tabernas, 5755 cervecerías, es decir en total 15.278 de establecimientos donde se consumían bebidas con alto contenido alcohólico, esto permitió un auge en muchos países en donde se comenzó a consumir alcohol. Históricamente tiene su connotación a nivel social.

Tabaco

Siguiendo a Torrez, et. al. (2009) el desarrollo del tabaco comenzó en la marinería, para extenderse después a los sectores marginales y grupos sociales de rentas muy bajas, cada vez más esta práctica fue más recurrente en las personas, ya que empezó a circular como una especie de moda, en donde fumar se hacía cada vez más comúnmente. Mientras en España se prefería fumar tabaco, en el resto de Europa se prefería la pipa que en el siglo

XVII se convirtió en un signo de distinción social, luego se comenzó a aspirar rape por la nariz; y apreció la gran moda del rape que también fue relacionada como un signo de distinción social, luego le siguió el tabaco e igual como el rape, se transformó y permitió todo tipo de lujos y fantasías.

Desde comienzos del siglo XX, se comenzó con más auge el consumo del tabaco en todo el mundo posicionándose así como principal droga legal, la cual se destacó en el mercado.

Cocaína

Esta sustancia psicoactiva estimulante proveniente de América del Sur, es una droga usada desde tiempos inmemorables por los pueblos aborígenes del nuevo mundo, pero fue a principios del siglo XIX que se empezaron a observar los cambios y efectos que generaba el consumo de cocaína, sus efectos agudos y crónicos empezaron a aparecer. La cocaína es originaria del Valle del Couca y por esto es conocida en gran parte en América Meridional, dándose su cultivo desde la región caribeña y centroamericana hasta la cuenca del amazonas (Torrez, et. al., 2009).

Cannabis

Según (Torrez, et. al., 2009) la marihuana se conocía en Asia Central y en China, aproximadamente desde el año 3000 AC, donde se utilizaba con fines medicinales. Estuvo presente en la cultura indio donde se le otorgaron virtudes de alargar la vida y potencializar los deseos sexuales. También en la cultura budista ha tenido fines curativos, otorgándole beneficios en cuanto a curar dolores, insomnio, fiebre y tos seca. El principal ingrediente psicoactivo de la marihuana es el THC, el cual se concentra en el centro de las flores.

Opiáceos

La historia de los opiáceos se remonta al año 3000 AC, en Egipto se utilizaban como analgésicos y calmantes usados por vía rectal y oral, para evitar que los bebés gritasen fuerte, su uso se extendió por Europa. La apariencia del opio era descrita en el siglo XIX como un jugo lechoso y espeso obtenido antes de que la flor llegue a madurar, mediante una incisión de las capsulas de la adormidera. Ya a partir de principios del siglo XX y tomando como base las prohibiciones que se hicieron en Estados Unidos con respecto al uso y abuso de los opiáceos, por los reportes de algunos médicos que empezaron a tomar conciencia de los posibles riesgos y efectos que tenían los derivados del opio para la salud humana (Torrenz, et. al., 2009).

6.2 Características estructurales de la Farmacodependencia

Según varios autores españoles (Becoña, Iglesias, Arias, Barrero, Berdullas, Iraurgi, Llorente, López, Madoz, Martínez, Ochoa, Palau, Palomares &

Villanueva, 2010) una característica común y central de las sustancias psicoactivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene el control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia.

En el anterior sentido y complementando Gossop (1999) definió los elementos característicos de una adicción, los cuales son: 1. Un fuerte deseo por llevar a cabo la conducta adictiva, 2. La capacidad deteriorada para controlar la conducta. 3. Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta se deja de hacer. 4. Persistir en la conducta a pesar de que está produciendo graves consecuencias al individuo.

También Becoña, et. al. (2010) se refieren a que a pesar que diferentes criterios específicos para ciertos trastornos como el uso de sustancias, cuando se habla de adicción se parte siempre de los criterios de dependencia a sustancias psicoactivas, dado que sea con o sin la sustancia se padece el fenómeno de la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Para el DSM - IVTR (American Psychiatric Association 2000) la dependencia a una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más síntomas durante un periodo continuo de 12 meses (Becoña, et. al, 2010, p.22).

La clasificación que hace el DSM, es un punto de partida para analizar los criterios diagnósticos que llevan a una persona a las diferentes etapas del consumo y cuando ésta pasa del abuso a la dependencia, la definición que hace este manual tiene criterios claros para abordar la farmacodependencia y

es una ayuda diagnóstica que es muy útil como una adecuada herramienta de trabajo en el momento de hacer un diagnóstico preciso y orientador.

La farmacodependencia es un fenómeno muy complejo, en el cual convergen no solo dimensiones puramente somáticas (médicas y psiquiátricas) y psíquicas (psiquiátricas y psicológicas), sino también otras de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico y de políticas locales, nacionales e internacionales (Lorenzo, 2003).

Se puede evidenciar las posturas de diferentes autores y textos, desde el psicoanálisis, manuales diagnósticos, la sociología, la psicología, la neurociencia, la medicina, la psiquiatría, las neurociencias y de muchas otras disciplinas científicas y ciencias que históricamente a través de las décadas han tomado posiciones y teorías muy diversas acerca de la percepción que cada disciplina o ciencia le aporta a esta problemática desde tiempos remotos, en donde se hacían y se hace referencia a los efectos agudos que generaba el consumo de sustancias psicoactivas en todos los planos y esferas de lo humano a saber lo bio-psico-socio-cultural-ambiental.

También el avance de la neurociencia ha aportado numerosos estudios en las últimas décadas, donde clasifica la farmacodependencia como una enfermedad, en la cual influyen diferentes reforzadores como el sistema de recompensa, los receptores y el refuerzo positivo que se genera cuando se pasa de la experimentación con una sustancia, al abuso y a la dependencia, e incluso al policonsumo.

Con lo anterior se quiere significar que algo que afecta un área específica del sistema nervioso central y ese algo, se ha demostrado, son unas sustancias

que reciben el nombre de neurotransmisores, entre los cuales, la dopamina cumple un papel esencial; pero también hay otros implicados en las drogodependencias como son la serotonina, el glutamato y las endorfinas, resaltando que estos últimos, para actuar, lo hacen en relación directa con la función dopaminérgica.

Dentro de las características de la farmacodependencia se puede observar todo el proceso que genera el consumo de drogas en varias generalidades que un individuo atraviesa cuando se inicia, se abusa y se genera una marcada dependencia de consumo de sustancias psicoactivas, lo cual hace que su organismo, el cerebro y los neurotransmisores sufran una serie de cambios y de adaptaciones frente al consumo de sustancias.

Dependencia psíquica.

Seguindo a Barrondo, López & Martínez (2010) la dependencia psíquica o psicológica es el estado de satisfacción producido por una droga, que lleva a repetir el consumo para obtener placer o evitar el malestar. El individuo siente una necesidad extrema del consumo de la sustancia y experimenta un gran malestar emocional cuando no puede consumirla.

Para este tipo de dependencias y desde las teorías psicológicas conductistas será definitiva la capacidad de la sustancia de generar un refuerzo positivo, entendido como cualquier suceso que incrementa la posibilidad de incrementar el refuerzo en una conducta, y el refuerzo negativo a los efectos desagradables generados por el cese del consumo. Cuando se genera la dependencia psíquica no necesariamente se generan síntomas físicos, en esta dependencia

predominan los síntomas emocionales como: cambios de ánimo, labilidad afectiva, ansiedad generalizada y angustia la mayor parte del tiempo

Dependencia Física

También se conoce neuroadaptación y es el estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga - organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. (Barrondo, et. al., 2006)

La dependencia física se genera en la mayoría de las personas en las cuales se empieza por un consumo experimental y pasan por todas las etapas, hasta que llegan a la dependencia en donde tienen que aumentar la dosis suministrada de droga, porque si se disminuye o se deja de consumir la persona empieza a generar malestares clínicamente significativos, ya que se han generado neurotransmisores que envían señales al cerebro pidiendo el aumento de la sustancia. Esta dependencia se caracteriza por generar síntomas físicos si se deja de consumir o se disminuye la sustancia, la dependencia física genera sintomatología aguda, la cual se experimenta en el síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir, los síntomas se caracterizan por: sudoración, cefalea, fiebre y temblor entre otros.

Tolerancia

Se refiere a una aguda necesidad de incrementar la dosis de una droga para experimentar los efectos buscados o también puede expresarse como la

disminución de la intensidad de los efectos con el consumo de las dosis habituales. En algunos casos puede presentarse la tolerancia invertida la cual se caracteriza da por presentar iguales efectos o incluso mayores, con dosis iguales (Barrondo, et. al., 2006).

En el consumo de drogas se genera la tolerancia, cuando el consumidor está en una etapa de dependencia, viéndose obligado a aumentar las dosis de la sustancia, ya que el sistema de recompensa no genera ningún refuerzo positivo o placentero cuando la persona prevalece en el mismo consumo, esto hace que se tengan que consumir otras sustancias que generen al cerebro un refuerzo positivo, o bien aumentar la dosis para no sentir displacer con la dosis que se administraba en un principio. Cuando se llega a la tolerancia por el consumo de alguna sustancia

Síndrome de abstinencia

Según Barrondo et. al. (2006) el síndrome de abstinencia aguda puede definirse como el conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variables que se presentan debido a la cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de una droga. La intensidad del síndrome de abstinencia va a depender de muchos factores como el tipo de droga, la cantidad, la vía y frecuencia de administración, la velocidad de absorción y eliminación. El síndrome de abstinencia aguda define la dependencia física, pero no es un evento indispensable en el diagnóstico de la farmacodependencia.

Este tipo de síndrome puede presentarse por la administración de una sustancia antagonista de la droga consumida y en este caso recibe el nombre de abstinencia precipitada, en algunos tipos de tratamiento se utilizan

medicamentos antagonistas de la heroína, como la naltrexona, buscando desencadenar síndromes de abstinencia aguda, si este reincide en el consumo.

Neuroanatomía

El sistema límbico es un conjunto de elementos mal definidos en los límites anatómicos, pero estrechamente relacionados desde el punto de vista estructural y funcional. Su terminología deriva desde lóbulo límbico definido como el conjunto de estructuras corticales que rodean al tronco cerebral. En el telencefalo el sistema límbico incluye una serie de anillos corticales constituido por el córtex prefrontal medial. Este anillo rodea a una serie de estructuras subcorticales, de las que se destacan el complejo amigdalario amplificado. El sistema límbico juega un papel fundamental en los procesos homeostáticos al regular los procesos emocionales y orquestar los comportamientos motivados para ello trabaja en externa asociación con el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo (Barrondo, et. al., 2006, p. 6).

El sistema nervioso autónomo está implicado principalmente en el papel de las sustancias psicoactivas y su relación con el cerebro, ya que las estructuras cerebrales están formadas para regular todas las funciones en el organismo humano, las cuales son: el sueño, el hambre y las emociones. Cuando se habla de relación droga cerebro, se está haciendo referencia a que el sistema nervioso va a generar cambios estructurales cuando empieza a generarse un consumo perjudicial, estos cambios se manifiestan desde el estado de ánimo, cambios repentinos en las emociones, agresividad, irritabilidad, y cambios conductuales en los procesos cognitivos.

Circuito de recompensa

De acuerdo con Becoña, et. al. (2010) el circuito de recompensa desempeña un papel clave en la dependencia a sustancias tanto en el inicio como en el mantenimiento, se trata de un circuito cerebral existente no solo del ser humano, sino que también lo tienen muchos animales. Es por tanto un sistema primitivo, pues de manera natural, este circuito es base para supervivencia de la especie, ya que de él dependen actividades placenteras como la alimentación, la reproducción, entre otros.

La activación del circuito de recompensa facilita el aprendizaje, la memoria y la activación de los procesos cognitivos. El objetivo del sistema de recompensa es perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias ya sea de manera directa o indirecta. Supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, esta es la razón por la que el sujeto tiende a volver a consumir.

6.3 Factores de riesgo y de protección

Entendemos por factor de riesgo un atributo o característica individual, condición situacional y/ o contexto ambiental de uso o abuso de drogas inicio o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Y por factor de protección un atributo o característica, individual, condición situacional y / o contexto ambiental que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso y /o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1.) un simple factor de riesgo puede tener multiplex resultados, 2) varios factores de riesgo y de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el

abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas, pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad (Becoña, et. al. 2010, p. 48).

Los factores de riesgo y de protección son un conjunto de factores que tienen gran incidencia en las personas para establecer si son vulnerables a tener conductas o personalidad adictivas. Hay varios factores determinantes que hacen que una persona esté más predispuesta al consumo de sustancias psicoactivas, estos factores de riesgo y de protección son los siguientes: la red de apoyo establecida o no, la adolescencia, los grupos sociales establecidos, la sociedad y sus repercusiones, las estrategias de afrontamiento, la presión social o de grupo, el nivel cultural y estrato socio económico. Estos son algunos factores de protección o de riesgo que son determinantes en una persona o grupo, y en cada uno pueden operar de manera diferente ya sea de alto riesgo o de protección.

Según Becoña, et. al. (2010) existen una serie de principios generales que Clayton (1992) afirma que se deben tener presentes al referirse a factores de riesgo, entre estos: 1. Si un factor de riesgo está presente es más probable que un individuo use o abuse, 2. La presencia de un factor de riesgo no determina que vaya a haber un abuso de sustancias, ni una ausencia implica que no se dé; 3. El número de factores de riesgo está directamente relacionado con el abuso de drogas; 4. La mayoría de factores de riesgo y de protección tiene múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de manera independiente y global; y, 5. Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la reducción o la eliminación de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias.

6.4 Generalidades de la patología dual

La palabra comorbilidad hace referencia a la presencia simultánea de dos o más trastornos diferentes, bien sean congénitos, infecciosos, endocrinos o traumáticos. Pero existe una comorbilidad especial es la denominada patología o diagnóstico dual para referirse a dos trastornos que emergen en un mismo individuo, siendo uno de ellos el trastorno mental y trastorno por uso de sustancias, el otro, dentro de un periodo concreto (Arias, Szerman, Vega, Mesías Basurte, Morant, Ochoa, Poyo y Babin, 2013, p. 251).

Otros autores van más allá de esta simple definición al aclarar que en la patología dual se da con frecuencia que el paciente no consume una sustancia sino que es policonsumidor por una parte y también presentan con frecuencia más de una psicopatología tanto en el eje I, como en el eje II o simultáneamente, este tipo de diagnósticos se encuentran cada vez más frecuentes.

Según Roncero, Barral, Grau, Esteve & Casas (2010) el primero en utilizar el diagnóstico o término de "patología dual" fue Stowell en 1191 durante una investigación realizada con pacientes esquizofrénicos, encontrando que muchos de ellos eran consumidores de sustancias y dependientes de sustancias psicoactivas como tabaco, nicotina, alcohol y cocaína principalmente.

Para el personal de salud que atiende a pacientes con trastornos mentales, les era familiar el que estos consumieran una o varias sustancias psicoactivas, pero solo a partir de la década de los noventa del siglo XX, se comenzó a

investigar la incidencia de cada uno de estos trastornos tenía sobre el otro. Lo vivan sobre el enfermo con patología dual cambio radicalmente al pasar de tener dos diagnósticos (trastorno mental y trastorno por uso de sustancias) a uno solo, patología dual, en especial al cambiar el diagnóstico, el manejo terapéutico fue diferente.

Torrens (2008) se refiere a que la primera gran conclusión a la que llegaron los investigadores fue que la presencia de un trastorno mental junto a una drogodependencia no es por azar, lo cual les llevó a enfocar los estudios hacia la influencia recíproca entre ellos. Basados por las definiciones del DSM IV, se diferenció entre trastorno mental primario, que son los trastornos mentales que no son relacionados por el consumo de sustancias, ni debidos a una enfermedad medica por (síndrome mental orgánico), de los efectos esperados por el consumo de alguna sustancia psicoactiva o por su abstinencia que, como se sabe los efectos agudos y crónicos producidos por esta sustancias a nivel del sistema nervioso central simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales como el insomnio, producido por el consumo de cocaína es indistinguible. La diferenciación también incluye los trastornos inducidos por drogas.

Se sabe que los efectos esperados ceden al desaparecer los efectos agudos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, o remite el síndrome de abstinencia, pero cuadro persisten por más de cuatro semanas después de terminar el consumo, deben involucrarse síntomas de un trastorno mental independiente, no inducido por el consumo de sustancias. Generalmente este último ocurre en una de las circunstancias especiales que son: durante la intoxicación crónica que es aquella en la que el usuario consume 4 o más días por semana como mínimo un mes.

6.5 Características clínicas en patología dual

Los estudios que exploran la dimensión de la personalidad con pacientes con PD son bastante escasos. Las dimensiones más exploradas en patología dual, es la búsqueda de sensaciones principalmente medida con la escala de la misma. En la mayoría de los trabajos se sigue el modelo de personalidad de personalidad de Cloninger utilizando el inventario de temperamento y carácter (TCL y TCLR) (Márquez & Adán, 2013, p.196).

Estos estudios mostraron también que los pacientes con PD, tenían puntuaciones altas en impulsividad, esto es un rasgo predisponente y explicativo que lleva a los pacientes al consumo de drogas, ya que experimentan una falta de control de impulsos, la proyección hacia la adicción y el craving más severo.

Patología dual y trastorno bipolar

(Goikolea, 2012) se refiere a que es frecuente que los pacientes con trastorno bipolar presenten en algún momento de sus vidas comorbilidad con un TUS. Afirman los autores que la presencia de un TUS puede dificultar y retrasar el adecuado diagnóstico del trastorno bipolar. Diversos mecanismos neurobiológicos, como la implicación de las vías dopamimérgicas, el kindling y las teorías de automedicación psicopatológicas, como la mayor impulsividad de los pacientes bipolares o las conductas de búsqueda del placer propias de las fases maníacas, y sociales, pueden explicar esta elevada comorbilidad.

Según (Szerman & Goikolea, 2012) Pacciarotti afirma que si bien en general los pacientes duales representan una población clínicamente grave, existe un subgrupo de pacientes en los que el TUS precede al inicio del trastorno bipolar y presenta un curso de la enfermedad bipolar más benigno y de mejor pronóstico, siempre y cuando se consiga controlar el TUS.

Según (Casas, 2008) estas tasa de comorbilidad se incrementan notablemente si se tienen en cuenta los casos más benignos y leves de trastorno bipolar o del trastorno ciclotímico, donde tiene en muchas ocasiones síntomas subumbrales.

Así los pacientes con trastorno bipolar que sufren abuso de sustancias comorbidos tiene una mayor probabilidad de sufrir episodios mixtos que los pacientes bipolares sin TUS, ya que el consumo crónico de drogas es un factor detonante en este trastorno, mientras que los pacientes que no presentan TUS tienen un mejor pronóstico en el trascurso de su trastorno psiquiátrico.

Según (Goikolea & Vieta, 2012) los pacientes bipolares sufren un incremento sustancial de la morbilidad afectiva, en términos de más episodios afectivos, más ciclación rápida y más días sintomáticos, también la historia previa de abuso y/ o dependencia incrementaba el riesgo de presentar manías inducidas por antidepresivos. También se ha observado una asociación especialmente elevada entre trastorno bipolar con TUS y la agitación psicomotora.

Goikolea et. al. (2010) se refiere a entre los pacientes en manía aguda, los que presentan un trastorno por uso de alcohol concurrente tienen un mayor número de síntomas maniacos, mayor impulsividad y más conductas de alto riesgo, incluyendo las violentas.

En el trastorno bipolar, cuando se tiene cuadros maniacos, los pacientes tienen tendencias a la agresión, y a la búsqueda de emociones extremas, en esta fase, tienen tendencia a la autoagresión y a la destrucción, ya que no miden las consecuencias de sus actos, a esto se le suma un componente de sustancias psicoactivas, lo que genera unos episodios de manía con más tiempo de duración, crisis más agudas y con prevalencia más significativa de signos y síntomas.

Según Goikolea, et. al. (2010) la dependencia a nicotina es muy prevalente en el trastorno bipolar, esto se ha correlacionado con diversas variables de mala evolución, así en un estudio de 399 pacientes ambulatorios, el haber sido fumador, se asociaba a una edad de inicio del trastorno bipolar más precoz, a puntuaciones más bajas en funcionamiento más altas en las escalas de impresión clínica global para el trastorno bipolar, mayor frecuencia de antecedente de intento de suicidio y más trastornos comorbidos a lo largo de la vida- trastornos de ansiedad, abuso y dependencia a alcohol. Lógicamente todas estas características hacen que el paciente bipolar dual resulte con frecuencia difícil de tratar.

Por lo tanto la comorbilidad con TUS, es una influencia negativa en la evolución de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, ya que el consumo hace más negativo su pronóstico y su estabilidad. Este trastorno asociado supone un impacto neuropsicológico que a su vez explica al menos parcialmente la peor funcionalidad de estos pacientes.

Patología dual y psicosis/esquizofrenia

La patología dual o psicosis es una situación clínica muy trascendente, tanto por la frecuencia con la que se presenta, como por las importantes carencias científicas y sobre todo la falta de formación académica existente sobre este tema.

Según Álvarez & Valderrama (2007) la psicosis y/o esquizofrenia pueden facilitar en los pacientes que padecen dicha problemática, mayores posibilidades de padecer un trastorno por uso de sustancias cuatro veces mayor que la población en general, siendo las sustancias más utilizadas el tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis. Las razones aún no son bien conocidas, se relacionan probablemente con múltiples causas, como una vulnerabilidad genética, diversos factores ambientales y los efectos subjetivos de las drogas en el contexto de una función social alterada en la esquizofrenia.

Álvarez & Valderrama (2007) son de la opinión, en cuanto a que dicha situación produce un impacto negativo en el curso de la enfermedad, que se trata de un mayor número de episodios psicóticos, una mayor gravedad de los síntomas, una mayor posibilidad de padecer discinesia tardía y en hospitalizaciones frecuentes, con mayor morbilidad de enfermedades médicas.

Estos síntomas tienden a agudizarse a medida que se va volviendo más crónico el consumo, haciendo más difícil el pronóstico de la enfermedad, en cuanto a la estabilidad del paciente, generando más episodios de alucinaciones, delirios y todos los componentes que acompañan a este trastornos.

Por lo tanto la incidencia no se ha modificado en los últimos 30 años contrario a la prevalecía del consumo de sustancias que ha crecido de manera exponencial. Esto pone de manifiesto que este consumo no es suficiente en sí mismo para causar la enfermedad, aunque si quizás para adelantar su inicio (Álvarez, et. al., 2007, p. 55).

Al respecto Álvarez, et. al. (2007) afirman que dicha prevalencia se ha intentado explicar desde el punto de vista clínico como un intento de los pacientes con esquizofrenia o brotes psicóticos por disminuir sus estados de disforia, síntomas positivos y negativos que presentan y los déficit cognitivos debido a la enfermedad y a la toma de fármacos neurolépticos, así para incrementar la actividad mesocortical y mejorar la anhedonia asociada, denominada también automedicación.

No todos los episodios psicóticos concomitantes al consumo de drogas son indicativos de esquizofrenia, ya que una parte de ellos cursa con un juicio de realidad, sin modificar lo que facilita el diagnostico; pero puede suceder que esto no ocurra así dificulte diferenciar una psicosis inducida por drogas de un cuadro de patología dual (Álvarez, et. al. 2007). Lo anterior se refuerza por:

Que la inclinación de los sujetos con patología dual a abusar de sustancias psicoactivas, es un síntoma adicional de la base neuropatológica subyacente a la esquizofrenia, en otras palabras ambas patologías comparten una base neurobiológica común que no es otra que el sistema dopaminergico mesorticolimbico (Barrondo, López & Marines, 2006, p. 50).

Según Peris & Balanger (2010) la personalidad ha sido definida de forma general como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en condiciones normales, por lo que sería relativamente estable y predecible. En la actualidad se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir el producto de las interacciones entre aspectos constitucionales y experiencias desarrollo temprano y de la vida posterior; esta misma suma se encuentra en la base de la relación entre los TP y el consumo de sustancias.

Verheul, un autor que ha investigado, de forma amplia el tema que nos ocupa, recalca que los TP y los TUS co-ocurren de forma mucho más destacada de lo que sería simplemente causal, sugiriendo que adicción y personalidad están relacionadas causalmente de algún modo en los individuos con comorbilidad (Peris et al, 2010, p. 45).

El trastorno de personalidad se generan por múltiples causas, una de ellas es el componente adictivo, ya que este es un factor predisponente para cada trastorno, ya que se generan cambios en el sistema nervioso central, y en los procesos básicos superiores como: la atención, la memoria, el pensamiento y la percepción. Cuando se prevalece en un consumo o en un policonsumo se distorsionan los procesos cognitivos; la percepción se ve alterada y distorsionada, la memoria pierde su capacidad de almacenamiento parcial o totalmente, el pensamiento y el procesamiento de la información se vuelve mucho más disminuido, por lo tanto si de base hay un trastorno de personalidad el consumo de sustancias hace peor el diagnóstico, generando dificultades mayores en todas las áreas del sujeto.

Peris, et. al. (2010) explican que se pueden distinguir al menos tres vías diferentes hacia la adicción, en las cuales los factores de riesgo en los cuales los factores de personalidad tendrían un importante papel etiológico

La vía de desinhibición conductual, predeciría que los individuos que puntúan alto en rasgos como antisociales e impulsividad y bajo en reserva o evitación del daño tienen umbrales más bajos hacia conductas como el consumo de sustancias. Esta vía destacaría en la comorbilidad del trastorno antisocial de personalidad, y hasta cierto punto del trastorno bordeado, y las sustancias más relacionadas serían: la cocaína, y las anfetaminas (Peris, et. al., 2010, p. 60).

Según (Peris et al, 2010) la vía de reducción predeciría que individuos que puntúan alto en rasgos como reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neurotismo son vulnerables a acontecimientos vitales estresantes, respondiendo con ansiedad y labilidad afectiva, lo que a su vez puede convertirse en motivo del uso de una sustancia psicoactiva. Esta vía destaca la comorbilidad de los TP: evitativo, dependiente esquizotípico y esquizofrénico, las sustancias más utilizadas en este caso serían alcohol, tabaco, heroína y benzodiazepinas.

Peris, et. al. (2010) se refieren a que la vía de sensibilidad a la recompensa predeciría que individuos que puntúan alto en rasgos como búsqueda de novedades, búsqueda de recompensa y extroversión consumirían sustancias por sus propiedades reforzantes positivas.

Estos estudios hacen referencias a pruebas aplicadas en muestras representativas de individuos que tienen diferentes tendencias a trastornos de

personalidad, lo que generaría la alta vulnerabilidad a un consumo de sustancias, convirtiéndose en un factor de riesgo para una posible patología dual.

Patología dual y alcohol.

Los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobretodo de ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo.

Los alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobretodo de ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo.

Al respecto Casas & Guardia (2002) afirman que los trastornos psiquiátricos podrían conducir al alcoholismo, pues podrían recurrir a beber como auto-medicación de sus síntomas como la ansiedad. Pero, no obstante, el consumo excesivo de alcohol contribuye al desarrollo de síntomas psiquiátricos, como el deterioro de la expresión emocional, síntomas de ansiedad y depresión, trastornos de conducta que producen desadaptación social. Sin embargo, comentan que estos síntomas o síndromes psiquiátricos inducidos por el alcohol tenderán a su remisión espontánea, pocos días o semanas después de haber abandonado el consumo de alcohol.

Patología dual y cannabis

El cannabis, droga ilegal más utilizada por los jóvenes y de las que más precozmente se empieza a consumir, presenta frecuentemente psicopatología comórbida. Con el cannabis se evidencian episodios psicóticos en conciencia lúcida con pocas alteraciones formales del pensamiento, afectividad maniforme, conducta hostil, breve duración y reaparición siempre precedida por su consumo. Sin embargo, sigue en discusión si el cannabis es el detonante de la psicosis o una forma de automedicación de un trastorno psicótico primario.

Según Torrens, Astals & Castillo (2006) el cannabis ejerce sus efectos psicoactivos en el sistema nervioso central (SNC) a través de su acción sobre los receptores cannabinoides CB1. Asimismo, el cannabis estimula la producción de dopamina de un modo indirecto a través de la acción de los receptores CB1 sobre neuronas de los neurotransmisores ácido gamma aminobutírico (GABA) y glutamato.

El cannabis tiene receptores cannabinoides en el cerebro, los cuales estimula los receptores para que se incremente su consumo, generando habituación y posteriormente creando tolerancia; todo este proceso empieza a generar cambios neuroquímicos en el cerebro, lo que favorece y predispone a trastornos psicológicos como: trastornos de esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos depresivos y del sueño entre otros.

6.6 Factor de riesgo

Se entiende por factor de riesgo al consumo a aquellas situaciones características sociales o ambientales que aumentan la probabilidad de que el individuo consuma sustancias adictivas. El motivo por el cual se estudian estos

factores de riesgo es que su conocimiento resulta esencial en el campo de la prevención, ya sea universal, selectiva o indicada.

Según Valverde, Farías, Benítez (2009) serían esos agentes que potencialmente son susceptibles a generar un desequilibrio y que en consecuencia aproximan al paciente, lo sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad.

Tal y como señalábamos al principio de este extenso análisis, los factores de riesgo son aquellos que aproximan al paciente a una situación de recaída global, ya sea por la vía del desequilibrio psiquiátrico o por el reinicio del consumo. En cuanto a la predisposición de una patología dual existen muchos factores de riesgo que hacen al sujeto más vulnerable, ya que tiene un doble diagnóstico.

Según Valverde et. al. (2009) afirman que no obstante es importante recordar que el abandono de la medicación psiquiátrica está relacionado, de forma más o menos inmediata, o más o menos demorada, con el inicio de un proceso de desequilibrio progresivo y por tanto de recaída. Y esto es especialmente relevante si consideramos que es de común conocimiento (o debería serlo) que la retirada de una determinada pauta farmacológica debe ser graduada por el médico que es el técnico especializado para ello (y porque como experto él la instauró, y como tal solo él puede retirarla). Y lo contrario implicaría algo así como quitarse por uno mismo la escayola que nos colocó en la pierna un traumatólogo después de una rotura de fémur, y empezar a caminar o correr como si no pasara nada. Este basto ejemplo, que lo es, explica bien lo que comúnmente hace la población general, y cómo no, la que es objeto de este análisis, con según que tratamientos.

Un paciente con una comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de sustancias es especialmente vulnerable al incremento del consumo de drogas, ya que como tiene un trastorno psiquiátrico de base, esto hace que sean más lábiles emocionalmente, con menos tolerancia a la frustración y pocas estrategias de afrontamiento, ya que cualquier evento que represente dificultades va a tener formas poco sanas de vivenciar una situación ya que la interpretación que hacen de la misma va a ser negativa. Son pacientes complejos y en la medida en que tengan una crisis severa más se aumentará el factor de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas.

Tal y como hemos repetido en diversas ocasiones, parece claro que el paciente con Patología Dual es más vulnerable al impacto de eventos estresantes). De este modo y si dispone de un pobre repertorio de Habilidades de Afrontamiento, es lógico pensar que la repercusión de situaciones vitales estresantes, siquiera cotidianas, podrá exacerbar la aparición de sintomatología psiquiátrica o aumentar la probabilidad de consumo, de modo que el paciente se encuentra en una situación de elevado riesgo (Valverde, et. al., 2009, p.113).

Hay diferentes factores que predisponen al paciente y más cuando éste no tiene adecuadas habilidades sociales, ni tampoco tiene una red de apoyo, lo cual es indispensable para fortalecer el proceso de tratamiento de estos pacientes duales.

En estos factores que son predisponentes para incrementar el consumo, es indispensable tener en cuenta los factores, laborales, y cuál es el entorno en el que el sujeto se mantiene la mayoría del tiempo, este aspecto es relevantes porque en el entorno laboral, se generan algunos factores de riesgo, como la

presión del grupo dentro del mismo entorno de trabajo, el tipo de horario laborado, también tiene una gran influencia.

Según Becoña, et. al. (2010) existen muchos factores en todas las áreas del individuo; los factores individuales, los cuales pueden ser biológicos, psicológicos y de personalidad. Estos factores predisponen a un individuo de manera individual al consumo de sustancias.

Estos factores son determinantes en cuanto al curso de un consumo y un trastorno psiquiátrico, ya que debemos de tener en cuenta los factores biológicos, los cuales juegan un papel fundamental en la genética de cada individuo, lo cual puede hacer predisponente a una persona al consumo y a un trastorno mental. También los factores psicológicos con los que se desarrolle el sujeto y la estructura de personalidad, ya que puede desarrollar una personalidad adictiva, lo cual lo convierte en un factor de riesgo alto.

Según Becoña. et. al. (2010) los factores de riesgo a nivel escolar son de gran importancia, ya que estos tiene una gran influencia en el individuo, estos son: bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela, conducta anti social en la escuela, relación con pares, los cuales tengan contacto con el consumo de sustancias.

Los factores de riesgo a nivel escolar son un predisponente importante en la vida del sujeto, ya que estos están influenciados por la etapa evolutiva por la que se pasa a nivel escolar, ya sea la infancia o la adolescencia. Esta última está marcada por el proceso de identificación de cada individuo, los procesos de cambio a nivel físico y psicológico, también se da una relación de pares en donde está marcada la presión de grupo. Por otro lado en la adolescencia se

detonan con mayor facilidad los trastornos psiquiátricos en donde se puede desarrollar una patología dual con mayor rapidez.

6.7 Factores de protección

Becoña, et al (2010) señala que por factor de protección entendemos como un atributo característico que reduce o atenúa la probabilidad del uso de sustancias psicoactivas.

Referente a los factores protectores es necesario tener en cuenta todas las áreas del sujeto; como la familiar, la académica, laboral, ya que estos factores se convierten en prevención para las personas, que tiene estos factores reforzados y estructurados.

Becoña, et. al. (2010) son de opinión en cuanto a que los factores familiares es el ámbito en el que las personas crecen, desarrollan su personalidad, valores a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador. Uno de los factores a tener en cuenta es la relación de apego con los padres, ya que influye de forma destacada en la formación de la personalidad y en la adquisición de recursos como estrategias de afrontamiento para la vida.

Estos aspectos familiares son contundentes al hablar de factor protector, ya que incorporan gran parte de aprendizajes, socialización, estrategias de afrontamiento que van a ser protectores para el individuo en el momento en que se enfrenten a una situación de riesgo. En cuanto a un paciente con un diagnóstico dual son de gran ayuda los factores protectores en cuanto a la

familia, ya que se cuenta con una red de apoyo establecida en la cual le puede ayudar al sujeto a reducir sus ideas irracionales, también a establecer un adecuado grupo de apoyo y este tendrá mayor posibilidades de generar resultados positivos en el tratamiento.

Además Becoña, et. al. (2010) señalan que los principales criterios y factores familiares a tener en cuenta son: el apego a la familia, una adecuada red de apoyo, creencias saludables y claros estándares de conductas, dinámica familiar funcional, estos factores son de gran incidencia en el momento en que un individuo se encuentra rodeado de múltiples factores de riesgo.

Beck, Wright, Leise & Bruce (1999) afirman que los factores protectores de compañeros he iguales, van adquiriendo una importancia mayor en la vida del individuo a la vez que se produce una independencia de la familia. El apego a los iguales también puede ser un factor de protección.

Los factores de protección son indispensables en los pacientes que tienen un trastorno comorbido, ya que son fundamentales en el proceso de evolución y de su pronóstico. Los factores fundamentales de protección en este tipo de pacientes son los familiares, ya que mediante su red de apoyo mitigan y hacen una reducción del daño en sus síntomas, favoreciendo así la estabilidad emocional y la reducción en el consumo de drogas.

6.8 Abordaje clínico de las patologías duales más frecuentes

Patología Dual y Trastorno bipolar.

El abordaje de ambos trastornos por parte de un único equipo terapéutico es el tratamiento más eficiente y adecuado para estos pacientes tan difíciles. Idealmente, deberían coexistir unidades especializadas con expertos en ambos campos que proporcionasen asistencia y tratamiento a los pacientes más graves, resistentes y difíciles, junto con dispositivos comunitarios en los que se podría atender y seguir a los pacientes menos graves o en fases más estabilizadas de los trastornos (Goikolea y Vieta, 2010).

Existen ya datos de la eficacia de los modelos de tratamientos duales integrados en pacientes bipolares con TUS (Farren y McElroy, 2008). En cualquier caso, se requiere del conocimiento del manejo farmacológico y psicoterapéutico tanto del trastorno bipolar como del TUS por un lado, como de las evidencias y particularidades correspondientes a los pacientes duales.

Por el lado del tratamiento farmacológico, se destaca la complejidad de la presentación clínica de los pacientes bipolares supone numerosas situaciones clínicas diferentes a evaluar: pacientes en diferentes tipos de episodios (maniaco, hipomaniaco, mixto, depresivo o en eutimia), consumiendo diferentes sustancias, con frecuencia más de una, de modo que cada sustancia modifica el estatus psicopatológico, y complicado por frecuentes comorbilidades añadidas, lo que genera una complejidad que difícilmente puede capturar el diseño de un ensayo clínico.

Algunas características clínicas de los pacientes bipolares duales, como puede ser la mayor frecuencia de episodios mixtos o más ciclación rápida, así como algunos datos retrospectivos (Goldberg, et. al., 1999) han sugerido que estos pacientes pueden responder mejor a los anticonvulsivantes que al litio, aunque esta hipótesis aún no ha sido del todo demostrada. De hecho, el litio tiene resultados positivos en condiciones de doble-ciego aleatorio, aunque se trata de un estudio a corto plazo limitado a población adolescente.

Los autores afirman que el litio fue superior al placebo en términos de síntomas afectivos como del consumo de sustancias en un grupo de 25 adolescentes con trastorno bipolar con TUS secundario (Geller, et. al., 1998). En cambio, dos pequeños estudios abiertos con litio en sujetos con abuso de cocaína y trastorno del espectro bipolar mostraron resultados contradictorios. Por lo tanto, se ha sugerido la posibilidad de que el litio mantenga su eficacia estabilizante en las primeras fases de la enfermedad, tal como muestra el estudio de Geller e pero que a medida que el curso evoluciona y se maligniza, lo que especialmente frecuente en los pacientes bipolares duales, con episodios mixtos, ciclación rápida, etc., su acción terapéutica se vea seriamente comprometida.

Por último, teniendo en cuenta que el tratamiento con patología dual debe ser interdisciplinario se habla de la psicoterapia donde los pacientes duales requieren tratamiento de ambas entidades (Trastorno bipolar y TUS).

Al respecto, los autores afirman que la psicoeducación grupal ha demostrado ser efectiva en la prevención de recaídas en el trastorno bipolar, y por otro, el tratamiento del TUS ha utilizado tradicionalmente la psicoterapia, especialmente en su modalidad grupal. De igual manera, se ha utilizado un modelo cognitivo – conductual de prevención de recaídas que integra el

tratamiento centrándose en similitudes en los procesos de recuperación y recaída entre el trastorno bipolar y TUS.

Patología Dual y Psicosis / Esquizofrenia.

Aún hoy, aunque se nota el proceso de un cambio favorable hacia la mejora de la accesibilidad, encuentran dificultades para ser tratados, si ello es posible, tanto en las redes de salud mental, como en las desarrolladas para alcohol y drogas. Tampoco son siempre bien admitidos ni integrables en los programas de autoayuda, salvo en unidades específicas, por otra parte escasas.

Se hace necesario un tratamiento integral de ambas circunstancias (uso/abuso y psicopatología) en una perspectiva biopsicosocial. Ya han demostrado su insuficiencia, y con creces, cada uno de los modelos de intervención parciales, cuando se han usado por separado y con exclusión de cualquiera de los otros dos, o de ambos.

En un programa integrado de terapia dual, tanto el tratamiento de la psicosis como el de la toxicomanía sufren alteraciones que los diferencian de sus tratamientos prácticos en servicios separados. El manejo de la toxicomanía muy especialmente no se realiza de la manera habitual, pues un elemento esencial en este tipo de programa integrado es la continuidad de la intervención en el tiempo, sin duración fija preestablecida. Se reconocen cuatro etapas sucesivas en la terapia dual (Negrete, 2003):

- Reclutamiento y prevención.
- Labor persuasiva o motivacional.
- Fase activa en terapia anti adicción
- Mantenimiento del cambio y manejo de la recaída

El programa debe prever que los pacientes pasarán a través de estas etapas a su propio ritmo, y que algunos sólo conseguirán avanzar al cabo de un esfuerzo muy prolongado. Ya quedó bien demostrado mediante estudios comparativos de evaluación que con el tratamiento integrado se obtienen mejores resultados a largo plazo que ofreciendo ambas terapias separadamente de modo paralelo (Xie, et. al., 2005).

El currículo terapéutico de los programas duales debe incluir, claro está, los componentes básicos del tratamiento actual de la toxicomanía: actividades motivacionales (p. ej.: sesiones individuales personalizadas y grupos psicoeducativos); terapia cognitiva (p. ej.: reconocimiento de los motivos y riesgos de consumo, proceso de recaída y mecanismos de prevención, manejo del estrés y los afectos negativos); elementos de condicionamiento conductista (p. ej.: incentivos y recompensas en función de la tasa de participación y del logro de objetivos terapéuticos); participación en movimientos de autoayuda (p. ej.: Alcohólicos Anónimos, Narcoadictos Anónimos, Cocaína Anónimos); y farmacoterapia específica.

Estos aspectos clínicos son los más relevantes en el manejo de pacientes con patología dual, es prioritario darle un manejo interdisciplinario a este trastorno, hacer un adecuado fortalecimiento en los grupos de apoyo, tener una adecuada psicoeducación referente a la enfermedad, para así hacer una adecuada reducción del daño en el transcurso de esta patología.

7. HALLAZGOS

7.1 Relación entre trastorno mental y trastorno por uso de sustancias

Se analizaron los estudios que aportaban material científico al estudio de esta problemática, se dio un vistazo a las referencias bibliográficas y a la prevalencia de la enfermedad mental y al trastorno por uso de sustancias.

Según (Pereiro & Díaz, 2009) en la década de los 90 se realizó un estudio que arrojó como resultado la comorbilidad asociada entre trastorno mental y trastorno por uso de sustancias, lo cual permitió dar grandes aportes a la comorbilidad de estos trastornos, lo que generó más posibilidades en investigaciones científicas respecto a la patología dual como un solo trastorno.

Estos estudios hicieron grandes aportes a la última década, lo cual es significativo en el abordaje de la farmacodependencia y la patología dual; esto permitió avanzar en el campo de las adicciones generando estrategias de tratamiento más acordes y con más posibilidades en las diferentes disciplinas que abordan las adicciones y la patología dual. Es importante señalar que las características que dan cuenta de la relación entre trastorno psiquiátrico y trastorno por uso de sustancias, a partir de los resultados de los estudios que relacionan estos dos trastornos, generan evidencias para concluir que tienen mucha relación el trastorno mental con el consumo de sustancias psicoactivas, ya que un trastorno tiene gran probabilidad de inducir al otro.

Torrens (2008) afirma que es muy representativa la comorbilidad entre estos dos trastornos, ya que los resultados de los estudios muestran una alta muestra representativa de población heterogénea, la cual se representa en hombres y mujeres de diferentes edades, que comienzan el consumo en edades más tempranas, teniendo como resultado un trastorno mental cada vez

en edades más tempranas. Más del 50% de personas que consumen alguna sustancia psicoactiva desarrollan una comorbilidad psiquiátrica.

La comorbilidad entre trastorno por uso de sustancias y trastorno mental se presenta en esta década con mayor prevalencia que en las décadas anteriores, ya que la iniciación del consumo de sustancias es cada vez más rápido, incluso se empieza desde la infancia, ya que cada vez más la población que hace parte de infancia y adolescencia está sometida a una serie de factores de riesgo, los cuales son cada vez más persistentes y evidentes.

Torrens (2008) afirma además que la comorbilidad de estos trastornos ha generado gran influencia a nivel clínico, ya que como resultado se han obtenido repercusiones negativas de estos pacientes a nivel, clínico, social y en la relación del individuo con la sociedad. Lo que ha llevado a un gran interés científico por la evolución clínica que tiene estos pacientes en el trascurso de su diagnóstico.

Es necesario a nivel investigativo generar avances en la comorbilidad que presentan estos pacientes y en la repercusión que este diagnóstico tiene en las diferentes áreas de su vida, ya que cada vez más crece la muestra representativa de los mismos, generando una necesidad de dar respuestas a las bases del diagnóstico y tratamiento como un único trastorno.

Es necesario seguir avanzando en el desarrollo de investigaciones que permitan establecer instrumentos válidos, que detecten la relación de enfermedad mental y trastornos por uso de sustancias para establecer un mejor pronóstico, estos instrumentos de validación deben de ir acompañados de otras ayudas diagnósticas para que el tratamiento sea más funcional y se adhiera a los pacientes con mayor facilidad y generen una mayor habituación al tratamiento (Torrens, 2008).

Por otro lado Arias, Szerman, Vega, Masías, Basurte, Morant, Ochoa, Poyo & Babin, 2013) son de la opinión que los resultados generados de una muestra representativa de pacientes duales, muestran que no están diagnosticados correctamente, lo que se puede evidenciar en muchos pacientes es que uno de los trastornos comorbidos no están tratados, lo que hace más complejo el pronóstico y la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. Esto indica que en la mayoría de estudios de la patología dual la relación entre estos dos trastornos no está teniendo un adecuado manejo.

Los autores que abordan la comorbilidad de esta problemática, en sus investigaciones encuentran que este trastorno dual se presenta cada vez más, aumentado el número de personas que lo padecen y a su vez que no tiene un diagnóstico pertinente, ya que en muchos estudios se caracteriza la falta de ayudas diagnósticas o por el contrario el paciente tiene un solo diagnóstico, por lo que la estabilidad del mismo se ve afectada por el tratamiento que se le está dando.

Por su lado Arias, et. al. (2013) argumentan que existen resultados de estudios donde el porcentaje referente al género resultan más afectadas las mujeres que los hombres, con respecto a la comorbilidad y la relación del trastorno por uso de sustancias y trastorno mental. Las mujeres tienden a ser afectadas a nivel social, afectivamente, a nivel familiar, laboral y académicamente

Los resultados generados por varios autores, señalan que las mujeres son más vulnerables al consumo de sustancias, lo que hace más difícil el desarrollo de estrategias protectoras y de afrontamiento, lo que hace más difícil la evolución de su trastorno, siendo este cada vez más complejo y afectando de manera negativa la relación con su entorno.

Según Miquel, Roncero, López & Casas (2011) estos argumentan que la relación entre el trastorno mental y el trastorno por uso de sustancias tiende a aumentar cada vez más en el frecuente haciendo un análisis en los resultados, los trastornos que más acompañan el consumo de sustancias psicoactivas, son la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y los afectivos, siendo éstos los más evidentes, ya que se presentan en un margen más amplio de población.

Miquel, et. al. (2011) se refieren a que es más prevalente el consumo de sustancias en pacientes con trastorno afectivo bipolar y que al hablar de género se presentan en más del 50% en los hombres, a diferencia de las mujeres que se encuentran por debajo de la media. Los pacientes bipolares tienen más tendencia en porcentajes a consumir una sustancia o varias, a diferencia de lo que se encontró en personas que no han sido diagnosticadas con trastorno afectivo bipolar.

El trastorno afectivo bipolar es un trastorno del estado de ánimo, en el cual los pacientes experimentales tienden a tener relación con el consumo de drogas, ya que son más vulnerables en cuanto a sus manías, hipomanías y depresiones. Uno de los trastornos que puntúan más alto en los estudios encontrados es el de estos pacientes con este diagnóstico. Esta comorbilidad se debe a que son pacientes lábiles emocionalmente, se descompensan fácilmente sino están medicados, en sus fase de manía tiene más tendencia al consumo de cocaína, alcohol y cannabis, lo que hace más complicado su adecuada evolución, los resultados de múltiples estudios muestran una gran prevalencia entre la relación establecida de consumo de sustancias y trastorno mental.

Según Ochoa, Salvador, Vicente & Madoz (2010) se debe de analizar en lo encontrado referente a TUS y TM en relación a pacientes con trastornos del

estado de ánimo. Se halló que los trastornos depresivos y de ansiedad hacen evolucionar peor la adicción, con abuso de una mayor número de sustancias, edad de comienzo del consumo menor. Aunque se considera que la comorbilidad empeora el pronóstico, algunos refieren menores tasas de recaída si realizan el tratamiento para ambos trastornos.

7.2. Generalidades en farmacodependencia y en patología dual

El consumo de drogas es cada vez más creciente, esto supone un aumento significativo a nivel mundial del consumo de drogas, entre esta se consumen tanto depresoras, estimulantes y alucinógenas, las cuales tienen diversos efectos directamente para la salud. Esta problemática ha sido catalogada como una enfermedad; numerosos estudios muestran los daños a nivel conductual, emocional y social que las sustancias psicoactivas hacen al organismo y al cerebro. El consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública el cual repercute históricamente desde siglos anteriores.

Según Beck, Fred y Wright (2000) las sustancias psicoactivas son productos químicos que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central, alterando el pensamiento y la percepción de las personas que abusan de los mismos. Una de las drogas legales de mayor consumo a nivel mundial es el alcohol, el cual se caracteriza por ser una sustancia química que afecta principalmente el sistema nervioso central. Al principio el alcohol actúa como un anestésico sobre el sistema nervioso central, pero a medida que el alcohol se va concentrando en la sangre los efectos se hacen más intensos. El alcohol afecta casi todos los órganos del cuerpo, por lo tanto si el abuso es crónico el alcohol puede causar serias complicaciones médicas.

Beck, et. al. (2000) refieren que una de las sustancias que más repercute en todas las áreas del ser humano es la cocaína, ya que es un potente estimulante del sistema nervioso central, que produce euforia, alerta, también disminuye la ansiedad. Es una droga sustancialmente adictiva, produciendo un deterioro

funcional del individuo. La cocaína contribuye al deterioro de la salud, afectando el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y los procesos básicos superiores.

El consumo de cocaína y alcohol en diferentes estudios refieren a complicaciones cada vez más frecuentes, y como son drogas potencialmente adictivas, las cuales generan cambios a nivel neurobiológico, son drogas de una fácil habituación, y como son altamente adictivas las personas que las consumen pueden generar dependencia con gran facilidad, lo que genera una predisposición para el policonsumo.

Entre las sustancias que más genera adicción están los derivados del cannabis, los cuales generan receptores cannabinoide, volviendo al sujeto más vulnerable al consumo. Esta sustancia está caracterizada por generar diferentes síndromes a nivel del organismo, afecta el sistema nervioso central, generando reducción en los procesos cognitivos, también presenta cambios significativos en la memoria y genera un síndrome amotivacional; el cannabis no solo afecta el cerebro, también compromete el sistema respiratorio, generando cambios a nivel pulmonar.

Según Calafat, Fernández, Becoña, Gil & Torrens (2000) en un estudio en donde se arrojaron resultados sobre la frecuencia del consumo de cannabis que se realizó con población adolescente señala de los que han consumido cannabis una vez, algunos lo están consumiendo actualmente, otros se quedan puntualmente en ese consumo convirtiéndolos en consumidores experimentales. El consumidor ocasional de cannabis es aquel que una o varias veces probaron la sustancia, pero no siguieron consumiendo o bien se trata de exconsumidores. También hay un grupo denominado recreativo y es aquel que se caracteriza por consumir más de una vez al mes. Finalmente denominamos consumidor habitual al que consume la sustancia más de un día por semana.

Este estudio hace referencia del tipo de consumidores de cannabis, y al incremento sustancial que hacen los adolescentes cuando se vuelven consumidores experimentales, abusadores y dependientes de la sustancia, cabe resaltar el aumento significativo de jóvenes en la iniciación de este consumo, el cual es perjudicial, independientemente de la etapa en que se encuentre.

Según (Beck, Wirght & Bruce, 2000) los opiáceos incluyendo la heroína, la metadona y la codeína, las drogas de este grupo producen sensaciones de euforia, a pesar de ser sustancias depresoras del sistema nervioso central, también tiene la ventaja de que reducen el dolor y la ansiedad. Los opiáceos tienen la capacidad de gobernar toda la atención del individuo, sus recursos, su energía y lo centra exclusivamente en la obtención de su próxima dosis.

Cataño & Calderón (2014) son de opinión en cuanto los resultados hallados en la ciudad de Medellín sobre jóvenes consumidores de heroína, muchos de ellos universitarios, estos se ubican en edades entre 18 y 23 años, en los resultados presentaron historias de policonsumo, de otras sustancias antes de iniciarse en la heroína.

En varios estudios relacionados al consumo de heroína, se evidencia directamente como este consumo deteriora la vida del consumidor, cuando se inicia el consumo en la heroína se genera un refuerzo positivo en el cerebro el cual envía receptores para que se haga una repetición de ese refuerzo positivo, ya en los consumos siguientes la persona no siente todo ese placer que decía sentir en un principio en cada consumo se va disminuyendo el placer, lo que se convierte en un refuerzo negativo, la persona consume para reducir sus malestares, producidos por el síndrome de abstinencia que se empieza a presentar después de varias horas posteriores al consumo.

El consumo de sustancias tiene un gran factor de riesgo predisponente a desarrollar una enfermedad mental. Las sustancias mencionadas en párrafos

anteriores son de alto impacto en la comorbilidad de estos trastornos, ya que sus efectos agudos sobre el sistema nervioso predisponen a desarrollar un trastorno psiquiátrico. El consumo de sustancias y la enfermedad mental es denominada patología dual.

Según Arias, et. al. (2013) la patología tiene características extrínsecas e intrínsecas. Las intrínsecas, se refieren al individuo, a sus signos, sus apetencias, sus enfermedades, sus psiquis, a la edad y al género. Las extrínsecas, se refieren especialmente a su entorno de salud, comunitario, a los factores de riesgo, al desconocimiento del sistema de salud, tanto en el manejo de la psicopatología asociada, como a la falta de claridad en las políticas de atención, a la interacción con los profesionales medios y las tecnologías sanitarias.

Las características etiológicas de la PD todavía no son totalmente claras, pero hay hipótesis y explicaciones que se dan desde las neurociencias, entre estas el papel que juegan las neuronas, a su neurofisiología y neuroquímica, a los neurotransmisores como sustancias químicas que acordes con su aumento o disminución, ejercerán efectos cerebrales y estos a su vez respuestas psíquicas (comportamentales y conductuales) o físicas como resultado de consumo de SPA.

Los estudios que exploran la dimensión de la personalidad con pacientes con PD son bastante escasos. Las dimensiones más exploradas en patología dual es la búsqueda de sensaciones principalmente medida con la escala de la misma. En la mayoría de los trabajos se sigue el modelo de personalidad de Cloninger utilizando el inventario de temperamento y carácter (TCL y TCLR) (Márquez & Adan, 2013, p.196).

Al respecto, dichos estudios mostraron también que los pacientes con PD, tenían puntuaciones altas en impulsividad, esto es un rasgo predisponente y explicativo que lleva a los pacientes al consumo de drogas, ya que experimentan una falta de control de impulsos, la proyección hacia la adicción y el craving más severo.

Por otro lado, en el estudio sobre “Prevalencia de patología dual en sujetos en tratamiento en salud mental y en centros de drogodependencias”, se encontró que un porcentaje importante de pacientes duales no está diagnosticados correctamente, lo que puede sugerir que alguno de los trastornos comorbidos no está detectado, y por lo tanto no está tratado un alto porcentaje de pacientes duales no identificados Complicando aún más la descripción de las características clínicas que pueda presentar el paciente con patología Dual (Arias, et. al., 2013, p. 3).

También son importantes las características ambientales, genéticas, familiares y socioculturales que influyen en el consumo y la tendencia a que estas generen PD. Las características especiales de cada individuo como ser único e irrepetible, con síntomas de uno u otro trastorno, con psicopatología de base o inducidas por el consumo de SPA, lleno de incógnitas, de información en su “disco duro” y muchas veces inaccesible e irrefrenable, asuntos todos que dificultan su tratamiento, manejo y pronóstico.

Hay diferentes hipótesis que intentan explicar la patología DUAL, estas se pueden expresar mediante preguntas: ¿De dónde viene?, ¿Cómo llega?, ¿De qué depende? y para cerrar ¿De factores neurobiológicos, hereditarios o conductuales procede?

Estas preguntas tienen grandes incógnitas en cuanto a la estructura de la patología dual, ya que con certeza no se llega a una respuesta concreta en el caso de la relación del trastorno por uso de sustancias y el trastorno mental, que antecede primero, el trastorno psiquiátrico o el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Estas son preguntas que de alguna forma tiene respuestas globales, pero no una etiología establecida.

7.3 Características estructurales de la patología dual (PD)

Según Torrens, Astals & Castillo (2006) afirman que uno de los problemas principales que presentan los individuos por uso de sustancias es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico. Esto es un punto especialmente relevante para los clínicos que necesitan tener entrevistas adecuadas y unos claros criterios diagnósticos, para decidir cuándo hay que hacer un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos. Por otro lado en epidemiología es indispensable realizar adecuados diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica para poder buscar la ayuda asistencial adecuada.

Este trastorno se presenta con varias características tanto en criterios diagnósticos por uso de sustancias como también muchos de ellos por enfermedad mental. La patología dual es un trastorno complejo de difícil manejo, ya que tiende a empeorar uno de los dos trastornos, es importante tener de base un adecuado diagnóstico para no aumentar los síntomas agudos de esta enfermedad.

Por otra parte Torrens et. al. (2009) son de opinión en que para establecer las características estructurales en patología dual se necesita unas adecuadas ayudas diagnósticas que sean de validez científica. La validez del diagnóstico

en psiquiatría se refiere al significado de un criterio o de una entidad diagnóstica. Se puede distinguir entre validez de reconocimiento, concurrente y predictiva, la validez del reconocimiento se refiere al significado común del diagnóstico o criterio y debe de ser confirmada a través de la evaluación concurrente. La validez concurrente se debe a la capacidad de criterio o diagnóstico de predecir otras características clínicas concomitantes, la validez predictiva se refiere a la capacidad del criterio de predecir aparte de la validez del diagnóstico también se deben evaluar los instrumentos y la pertinencia de los mismos con los que se va realizar el diagnóstico.

Es prioritario conocer las características estructurales de la patología dual, por lo menos los profesionales de la salud, los cuales deben de tener fortalecido el abordaje de esta problemática, ya que en la medida en que se conozca, la estructura y el abordaje clínico que se le da a la enfermedad, ya que conociendo las diferentes ayudas diagnósticas que se tiene hasta el momento, se le brindaría una mejor calidad de vida al paciente dual.

Torrens (2008) propone que las características propias de cada trastorno mental que facilita el abuso de determinadas sustancias, es compatible con la hipótesis de la automedicación, como es el caso del manejo de los síntomas con el tabaco y el cannabis en los pacientes con esquizofrenia. También es característico, las consecuencias de la interrelación del TM y el TUS:

- Menor cumplimiento terapéutico.
- Agudización y recurrencia de los síntomas
- Más recaídas
- Menos adherencia al tratamiento
- Menos adherencia al tratamiento

- Aumento del riesgo de auto lesión y violencia
- Mayor deterioro neurosicológico a veces permanente
- Inadecuado manejo farmacológico y refractariedad en el tratamiento

La caracterización nosológica propuesta por Torrens (2008), es pobre al respecto y no íntegra, describe el TM correspondiente pero no lo asocia con el TUS, no hay instrumentos clínicos que permitan detectar la presencia de otros trastornos psiquiátricos en pacientes adictos, lo cual lleva a que no haya un tratamiento adecuado.

Estos trastornos mentales se convierten en solo una parte de la problemática, como se ha dicho anteriormente, los autores coinciden al afirmar que si bien el trastorno por consumo de sustancias tiene sus variaciones, al combinarse con otro TM suele dificultar los síntomas y la recuperación del mismo. Tal como sucede con las patologías duales más frecuentes (PD y trastorno bipolar, PD y esquizofrenia, PD y ansiedad, PD y trastornos de personalidad).

En este sentido, es frecuente que los pacientes con trastorno bipolar presenten en algún momento de sus vidas comorbilidad con un TUS. Afirman los autores que la presencia de un TUS puede dificultar y retrasar el adecuado diagnóstico del trastorno bipolar. Diversos mecanismos neurobiológicos, como la implicación de las vías dopaminérgicas, el kindling o las teorías de la automedicación, psicopatológicos, como la mayor impulsividad de los pacientes bipolares o las conductas de búsqueda del placer propias de las fases maníacas, y sociales, pueden explicar esta elevada comorbilidad (Goikolea, 2012).

Los pacientes bipolares en episodio maníaco y con TUS, especialmente con dependencia de cocaína, presentan además con una gran frecuencia conductas sexuales de riesgo (Meade et al., 2008). Por otro lado, distintos estudios han relacionado la suicidalidad con la comorbilidad con TUS en el trastorno bipolar tanto en el caso del trastorno bipolar tipo I como en el tipo II (Peris & Balanguer, 2011).

Los pacientes bipolares tiene una mayor tendencia al consumo, tienden a sufrir múltiples trastornos de ansiedad, de personalidad, ya que sus conductas de riesgo son cada vez mayores y si a esto se le suma un componente adictivo, el pronóstico será de una inadecuada evolución; estos son pacientes que fácilmente se pueden morir de una sobredosis de cocaína y heroína, que son las más utilizadas en las conductas de riesgo que ellos presentan.

Peris, et. al. (2011) afirman que los pacientes bipolares en episodio maníaco y con TUS, especialmente con dependencia de cocaína, presentan además con una gran frecuencia conductas sexuales de riesgo (Meade et al., 2008). Por otro lado, distintos estudios han relacionado la suicidalidad con la comorbilidad con TUS en el trastorno bipolar (Feinman & Dunner, 1996; González-Pinto et. al., 2006; Goldberg et al., J Affect Disord. 1999; Tondo, et, al., 1999), tanto en el caso del trastorno bipolar tipo I.

La psicosis y/o esquizofrenia pueden facilitar en los pacientes que padecen dicha problemática, mayor posibilidades de padecer un trastorno por uso de sustancias cuatro veces mayor que la población general, siendo las sustancias más utilizadas el tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis. Las razones, aun no son bien conocidas, se relacionan probablemente con múltiples causas, como una vulnerabilidad genética, diversos factores ambientales y los efectos

subjetivos de la drogas en el contexto de una función cerebral alterada en la esquizofrenia (Szermanm, Álvarez & Casas, 2007).

Dicha situación produce un impacto negativo en el curso de la enfermedad, que se traduce en un mayor número de episodios psicóticos, una mayor gravedad de los síntomas, una mayor posibilidad de padecer discinesia tardía, y en hospitalizaciones frecuentes, con mayor morbilidad de enfermedades médicas (Szermanm, Álvarez & Casas, 2007).

Al respecto, Szermanm, Álvarez & Casas (2007) afirman que dicha prevalencia se ha intentado explicar desde el punto de vista clínico como un intento de los pacientes con esquizofrenia o brotes psicóticos por disminuir sus estados de disforia, síntomas positivos y negativos que presentan y los déficit cognitivos debidos a la enfermedad o a la toma de fármacos neurolépticos, así como para incrementar la actividad mesocortical y mejorar la anhedonia asociada, denominado también como la teoría de la automedicación.

La personalidad ha sido definida de forma general como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en condiciones normales, por lo que sería relativamente estable y predecible. En la actualidad se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir, el producto de las interacciones entre aspectos constitucionales, experiencias del desarrollo temprano y de la vida posterior; esta misma suma, como se verá más adelante, se encuentra en la base de la relación entre los TP y el consumo de sustancias (Peris & Balaguer, 2010).

7.4. Tipos de publicación encontrada

Tabla 1: Tipos de publicación encontrada

TIPO DE PUBLICACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Artículo de revista electrónico	19	61,3%
Libro	9	29%
Artículo de revista	2	6,5%
Documento electrónico	1	3,2%
TOTAL	31	100%

- Se encontraron 19 artículos de revista electrónica, lo que equivale al 63,3%, lo que representa una muestra significativa de artículos de revista electrónica.

- Se hallaron 9 libros, lo que representa un 29% de libros encontrados.

- Se recopilaron 2 artículos de revista impresa, esto equivale al 6,5% de revistas en formato físico encontradas.

- Se encontró un documento electrónico, lo que da como resultado el 3,2% de documentos electrónicos encontrados.

- Como resultado final se encontraron 31 publicaciones, lo que equivale al 100% de publicaciones encontradas sobre farmacodependencia y patología dual en la última década.

7.5 Cantidad de registros por año

Tabla 2: Cantidad de registros por año

AÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
2004	5	17,2%
2005	N/A	N/A
2006	4	13,8%

2007	N/A	N/A
2008	1	3,4%
2009	5	17,2%
2010	6	20,8%
2011	2	6,9%
2012	4	13,8%
2013	1	3,4%
2014	1	3,4%
TOTAL	29	100%

En la cantidad de registros encontrados por año se pudo analizar que:

- En el año 2004, se encontraron 5 registros, lo que equivale a un 17, 2% de registros encontrados en ese año.
- En el año 2006, se encontraron 4 registros, lo que corresponde al 13,8% de registros encontrados en ese año.
- Del año 2008, se encontró un registro, lo que equivale a un 3,4% de registros hallados ese año.
- Se encontraron 5 registros en el año 2009, lo que corresponde al 17, 2% de registros recopilados en ese año.
- En el 2010, se encontraron 6 registros, lo que equivale al 20,8% de material bibliográfico encontrado.
- Correspondientes a los registros del 2011, se recopilaron 2 registros, lo cual corresponde a un al 6,9% de registros hallados.
- Del año 2012 se encontraron 4 registros bibliográficos, lo que equivale al 12,8% de publicaciones encontradas.
- Del año 2013 se halló 1 registro, lo que corresponde al 3,4% de registros generados.
- Del año 2014 se encontró 1 registro, lo que equivale al 3,4 de registros encontrados.

- Como resultado, se hallaron 29 registros del año 2004, al año 2014, lo que equivale al 100% de registros encontrados de material bibliográfico encontrado.

7.6 Número de publicaciones internacionales

Tabla 3: Número de publicaciones internacionales

PAÍS	CANTIDAD	PORCENTAJE
España	27	93,1%
Argentina	1	3,4%
Perú	1	3,4%
TOTAL	29	100%

-Fueron 27 publicaciones las que se encontraron de España, lo que corresponde al 93, 1% de publicaciones encontradas de ese país.

-Se encontró 1 publicación de Argentina, lo que equivale al 3,4% de publicaciones halladas de ese país.

- Correspondiente a Perú, se encontró 1 publicación de ese país.

-El total de publicaciones internacionales que fueron recopiladas fueron 29, lo que corresponde al 100% de publicaciones encontradas a nivel internacional.

7.7 Número de publicaciones nacionales

Tabla 4: Número de publicaciones nacionales (ciudades)

CIUDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
Bogotá	1	50%
Medellín	1	50%
TOTAL	2	100%

En las publicaciones nacionales se hallaron los siguientes porcentajes:

De Bogotá se encontró 1 publicación, lo que equivale al 50% de publicaciones halladas en esa ciudad.

De la ciudad de Medellín se encontró 1 publicación, lo que da como resultado el 50% de publicaciones encontradas en esa ciudad.

El total de publicaciones encontradas a nivel nacional fue de 2, lo que equivale al 100% en su totalidad.

7.8 Tabla racionalidad metodológica

Tabla 5: Racionalidad metodológica

RACIONALIDAD METODOLÓGICA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Cualitativa	8	38,1%
Cuantitativa	10	47,6%
Mixto	3	14,3%
TOTAL	21	100%

- En la racionalidad metodológica o tipo de investigación, se encontró que:

- Fueron encontrados 8 publicaciones de corte cualitativa, lo que corresponde al 38,1% de estudios encontrados de esta corte.

- De corte cuantitativo fueron encontrados 10 publicaciones, lo que equivale a un 46%, 6% de investigaciones de corte cuantitativo.

- De cote mixto, fueron recopiladas 3 publicaciones, lo que equivale al 14,3% de registros de corte mixto encontrados.

7.9 Número de registros por patología dual y farmacodependencia encontrados

Tabla 6: Número de registros por patología dual y farmacodependencia encontrados

PATOLOGÍA DUAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Patología dual	12	50%
Farmacodependencia	12	50%
TOTAL	24	100%

-El número de registros correspondientes a patología dual, fue de 12 registros, lo que equivale al 50% de registros encontrados.

-Por farmacodependencia se hallaron 12 publicaciones encontradas, lo cual corresponde al 50% de registros recopilados.

-La cantidad encontrada de publicaciones referentes a farmacodependencia y patología dual, fueron 24, lo cual corresponde al 100% de artículos encontrados.

8. CONCLUSIONES

Comentario [C4]: Se deben complementar pues están muy enunciativas y se deben robustecer haciéndolas más estructurales. Se pueden elaborar más

- La farmacodependencia es un rasgo predisponente y detonador del diagnóstico en patología dual, ya que el trastorno por uso de sustancias es un claro detonador de los trastornos mentales.
- Es necesario establecer esta comorbilidad como único trastorno, ya que se hace un tratamiento individual al trastorno mental y al trastorno por uso de sustancias, generando retrasos en el proceso de evolución del paciente, lo cual hace más agudos los signos y los síntomas de la patología dual.
- Los pacientes duales tienen un diagnóstico no claro en la medida en que no se encuentran ayudas diagnósticas que fortalezcan el pronóstico del paciente, y esto hace que no se realice un adecuado tratamiento, y que disminuya la calidad de vida de los pacientes con patología dual.
- Se evidencia un sistema de salud poco dispuesto en la promulgación y ejecución de las políticas públicas, esto genera un reproceso en la autorización de tratamientos. Generando dificultades a nivel de salud pública.
- Se observa que el personal de salud de apoyo en las instituciones de salud mental no sabe hacer un manejo adecuado de este tipo de pacientes. Esto hace que el diagnóstico sea cada vez más agudo generando complejidad en el proceso y curso de la enfermedad.

- Los médicos y personal de salud no sabe hacer el manejo de la urgencia o del evento agudo de la patología Dual, lo cual genera dificultades a los pacientes por el inadecuado diagnóstico y tratamiento con el cual se les maneja esta patología, produce retrasos en el tratamiento oportuno
- El psiquiatra hace el manejo del síndrome o síntoma de acuerdo a su presunción diagnóstica y termina manejando el trastorno mental más no el trastorno por uso de sustancias.
- Se observó poco conocimiento e interés en del tema de la patología dual por parte de los psicólogos lo cual los lleva a un mal manejo psicoterapéutico ya sea de su TM o de su TUS, lo que incide en la recuperación final del paciente y de su pronóstico, pues se ha comprobado la trascendental importancia que tiene la psicoterapia en la recuperación de estos pacientes
- El entorno aparece como factor de riesgo: a nivel escolar, a nivel laboral, a nivel social por ejemplo la rumba y el más uso del ocio posibilitan los consumos, los pares inducen a la experimentación, por los modelos y estereotipos generados por los medios de comunicación.

9. RECOMENDACIONES

- Se observa la necesidad de que el sistema de salud proporcione instrumentos clínicos adecuados para la investigación y el abordaje clínico de esta enfermedad.
- Se hace necesario analizar los tratamientos que existen, ya que tienen vacíos en la evolución y pronóstico del mismo.
- Se deben realizar caracterizaciones profundas de los tratamientos que reciben estos pacientes acorde a las diferentes variables como: aspectos clínicos, sociales y farmacológicos, para poder mejorarlos.
- Se deben generar estrategias de promoción y prevención en la patología dual, la farmacodependencia y la incidencia que tiene este trastorno.
- Se deben implementar ayudas diagnósticas, las cuales sean pertinentes para el tratamiento de este diagnóstico, y así poder mejorar la calidad de vida de los pacientes y hacer una mayor reducción del daño.
- El sistema de salud debe mejorar en la implementación de políticas públicas, que le permitan al paciente mejorar en cuanto al tratamiento, que este posibilite un manejo integral.
- Generar programas preventivos, que apunte a la patología dual, ya que con esto se daría un buen esquema de factores protectores y la población estaría informada sobre esta patología.
- Implementar más recursos en cuanto a investigaciones científicas en patología dual, para que a partir de los resultados, se generen avances que permitan avanzar científicamente en lo referente a esta comorbilidad.

REFERENCIAS

- Álvarez, F. y Valderrama J. Tratamiento de los pacientes con patología dual. *Trastornos Adictivos*, 9, (2), Abril. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/tratamientos-los-pacientes-patologia-dual-13107765-editorial-2007>
- Araos, P., Vergara, E., Pedraza, M., Pavon, F., Campos, R., Calad, M., Ruiz, J., García, N., Gernemonn, I., Torrens, M., Ruiz, J., García, N., Gernemann, I., Torrens, M. & Rodríguez, F. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio, *Adicciones*, 26 (1). Recuperado de http://www.adicciones.es/files/Araos_ARTIC.pdf -
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babin, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente, *Adicciones* 5 (2). Recuperado de http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=794
- Barrondo, S. & López, D. (2006). Tratado set de trastornos adictivos, Barcelona: Panamericana.
- Beck, A., Wright, F., Corey, N. & Bruce, L. (2002). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Ciudad: Paidós.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E. Torres, C. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, 12, (2), 8. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/calafat%20197-230.pdf>

Casas, G. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14,(4), 198 – Recuperado de http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=200

Casas M, Guardia J. 2002. Patología Psiquiátrica Asociada al Alcoholismo, *Adicciones* 14, (1), 24 – Recuperado de http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=200

Castaño G. Calderon G. 2010. Comorbilidad asociada en un grupo de consumidores de heroína en Medellín, *Revista Colombiana de Psiquiatría* 39(1), Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scie lo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a07.pdf>

Cervera, G. 2013. Patología dual, *Revista Española de Drogo Dependencias* 38(1), 5 -6. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n1_editorial.pdf

Galeano M, *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*, Universidad EAFIT, p. 38

Barea J. Benito A. Real M. Mateu C. Martin E. López N. Gonzalo H. 2010, Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones* 22(1), p. 16-18. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/15-24%20%20haro.pdf>

Martínez J, Graña J, Trujillo M,(2009), *Adicciones*, influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. Granada, 21(2).

- Martínez J, 2011, Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento, Trastornos de la personalidad en drogodependientes 32(2), p. 74
- Maruquez A, (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo, Adicciones 25 (3), P.165. Recuperado de http://www.adicciones.es/files/195-202%20Marquez-Arrico_Editorial.pdf
- Medina O, 2012, Comorbilidad por abusos de sustancias en el trastorno bipolar, Revista Colombiana de Psiquiatría 4(2), p. 372
- Miquel I. Roncero C, Loepz (2011) Adicciones, diferencias de genero epidemiologocas del eje| en pacientes con patologia dual, 23(2)
- Pereiro C, 2006, Salud y consumo de drogas, Adicciones 18(24), p. 102
- Pereiro C, 2010, Manual de adicciones para médicos especialistas en formación, Socidrogalcohol, p. 70
- Roncero, C., Lara, G., López, O., Esteve, O. y Casas, M. Patología dual, protocolos de intervención esquizofrenia. Barcelona: Edikamed
- Szerman N, Arias F, Vega P, Babin, F, Basurte I, Morant C, Ochoa, E, Poyo, 2011, estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la comunidad de Madrid.
- Torrens M. (2008). Adicciones. Patología dual: situación actual y retos a futuro, 20(4)
- Torres M, Santodomingo J, Pascual F, Freixa A, Álvarez C, 2009, Historia de las adicciones en la España contemporánea, Adicciones 23(3), p. 23

Valle R, 2010, Demora en la búsqueda de atención medica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas, Adicciones 22(1), p. 22

Velásquez E, Castaño G, Olaya A & Castro S. (2013). Adicciones aspectos psíquicos, psicosociales, tratamiento y prevención. Medellín: Fondo editorial.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha bibliográfica y de contenido

FUNLAM
Escuela de Posgrados
Especialización en Adicciones

Trabajo de grado

Estudiantes:
Nicolás Escobar Trujillo
Mónica Jaramillo Ochoa

Asesor:
César Augusto Jaramillo Jaramillo
Ficha bibliográfica y de Contenido

FICHA N°: NM-001	Autor/es: Martha torrens Título: Patología dual: situación actual y perspectivas a futuro Ciudad: :Barcelona Año de Edición: 2008 Tomo: 20 (4) Editorial: Adicciones Número de páginas: 315 ISSN :	
CAPITULO:	UBICACIÓN: Universidad San Buenaventura o URL	PALABRAS CLAVES
CONTENIDO		
Torrens (2008) señala que en los últimos años está en actualidad la patología dual, con este término se denomina un a la concurrencia de un individuo de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental. Estos pacientes duales son graves desde la perspectiva clínica y social, ellos constituyen un reto para los profesionales de la salud, son pacientes complejos, ya que tienen redes asistenciales diferentes: la red de atención a farmcodependencia y la red de salud mental.	Definición Patología dual Concurrencia Trastorno Sustancias Trastorno mental Pacientes	
OBSERVACIONES:		