

**Patología Dual a partir de uso de sustancias psicoactivas en pacientes de la
Fundación Génesis**

Maryi Fabiola Antolinez Garay

Sofía Carreño Romero

José Luis Durán Herrera

Sandra Yolanda Salamanca Sánchez

UNIVERSIDAD CATOLOCA LUIS AMIGÓ

Presentado a:

Dra. KLIMENKO OLENA

(Tutor de curso)

Nota de Autores

Maryi Antolinez, Sofía Carreño, José Luis Durán, Sandra Salamanca

Universidad Católica Luis Amigó – Especialización en Adicciones

maryiantolinezgaray@gmail.com

scarreoromero797@gmail.com

josedh@gmail.com

sandrasalamanca12@gmail.com

INDICE

Resumen

Abstract

Introducción

1. Planteamiento del problema.....6

2. Justificación8

3. Objetivos.....10

 3.1. Objetivo General.....10

 3.2. Objetivos específicos.....10

4. Marco referencial.....11

 4.1. Antecedentes.....11

 4.2. Marco teórico.....20

 Conceptos de patología Dual20

 Epidemiología de la patología dual.....21

 Modelos explicativos patología Dual.....22

 Drogodependencia como causa de psicopatología23

 Trastorno psicopatológico como causa de drogodependencia.....24

 Modelos bidireccionales26

 Análisis específico de las relaciones en diagnósticos duales.....26

 Patologías asociadas al consumo de drogas.....28

 Adicción.....31

 Causas31

 Consecuencias.....32

Etapas en el proceso de la adicción33

 Enamoramiento33

 Luna de miel33

Traición	34
En la ruina	34
Aprisionados	35
Sustancias Psicoactivas en las que se Enfoca este Proyecto	35
Efectos de la marihuana	36
Síndrome de abstinencia	38
Psicopatología	38
Dependencia.....	39
Consecuencias de la dependencia	39
5. Metodología	41
5.1. Enfoque de tipo cuantitativo	41
5.2 Método: Descriptivo	42
5.3. Método Correccional	42
5.4. Población y muestra.....	43
5.5. Técnicas e instrumentos.....	43
5.6. Aspectos éticos	44
5.7. Plan de análisis de información	46
5.8. Procedimiento.....	46
6. Resultados.....	47
7. Discusión	52
8. Conclusiones.....	54
Referencias	55

Resumen

Este proyecto de investigación tuvo como tema central la patología dual, entendida como la enfermedad, donde el individuo presenta un trastorno de tipo adictivo y a su vez un trastorno mental, basados en el anterior concepto se realizó una investigación de tipo experimental con usuarios de la Fundación Génesis, dedicada a la rehabilitación de personas drogodependientes, para establecer la presencia de este tipo de patología en consumidores de sustancias Psicoactivas de esta institución. Está investigación se realizó cuantitativamente, arrojando como resultado que existe una alteración de tipo afectivo en los consumidores, pero no es determinante para hablar de un trastorno específico; además se identificó que la droga más utilizada es la marihuana y está trae consigo, en la mayoría de casos, episodios psicóticos breves.

Palabras claves: patología dual, sustancias psicoactivas, trastorno mental.

Abstract

This research project had as its central theme the dual pathology, understood as the disease where the individual has a disorder addictive type and in turn a mental disorder, based on the above concept research experimental was conducted with users of the Foundation Genesis, dedicated to the rehabilitation of drug addicts, to establish the presence of this pathology in consumers psychoactive substance of this institution. This research was conducted quantitatively, yielding the result that there is an alteration of affective on consumers, but it is not decisive to speak of a specific disorder; also it identified that the drug is used and is marijuana brings, in most cases, brief psychotic episodes

Keywords: dual diagnosis, psychoactive substances, mental disorder

Introducción

El uso de sustancias psicoactivas es algo serio que se debe analizar y tratar con profesionalismo, ya que es causante de diversas enfermedades y patologías; además la persona que consume de forma adictiva no visualiza los daños que puede presentar por el uso desenfrenado e irresponsable de drogas, solo quiere estar en su mundo de confort evadiendo su propia realidad. Ese ser humano consumidor de drogas, está lleno de interrogantes en la vida por tal motivo se refugia por equivocación, diversión o por que quiso entrar a un mundo de difícil salida como lo es el contacto con sustancias psicoactivas, que a determinado tiempo según sustancias que se utilice puede estar presentando una patología dual como esquizofrenia, depresión, ansiedad y TAB, produciendo cambios de personalidad.

En esta investigación se pretende abordar el problema personas sin trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad individual, desarrollan una psicopatología; porque resulta importante e interesante realizar una descripción de los trastornos mentales o patología dual causantes por el uso de sustancias psicoactivas para hacer un reconocimiento del daño perjudicial de las drogas en los seres humanos y a su vez identificar cuáles son las patologías más evidenciadas en pacientes en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis.

El objetivo general de este proyecto fue describir la prevalencia de patología dual frente al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de 20 a 50 años de edad en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis de Colombia en el periodo comprendido desde abril a julio de 2016, el tipo de investigación fue cuantitativo, descriptiva, utilizando el método correlacional.

Los resultados obtenidos evidenciaron que en la mayoría de casos en consumidores de sustancias psicoactivas existe una prevalencia de trastornos psiquiátricos, aunque la significancia del trastorno no es elevada en el caso de los usuarios de la Fundación Génesis, la drogas más utilizada es la marihuana que trae como consecuencia trastorno más evidentes que es la Psicosis.

1. Planteamiento del problema.

En los últimos años el consumo de sustancias psicoactivas ha tenido una transformación, desde la necesidad del ser humano por curiosar o experimentar alguna sensación, como pasatiempo o para evadir una realidad. Culturalmente el consumo de sustancias psicoactivas se está incrementando por ideologías falsas o carentes de investigación como usar algunas sustancias como lo es el uso de marihuana porque hace parte de la identidad cultural.; con desconocimiento de los efectos que emerge de la sustancia psicoactiva.

La forma de distribución cada vez es más accesible para que una persona consuma algún tipo de sustancia psicoactiva, conllevando a la adicción. Y ese comportamiento adictivo se caracteriza por que cada vez la persona va a querer más dosis de droga o sustancia psicoactiva; lo que implica ese uso y abuso es que el organismo está recibiendo una descarga de información y asimilación de los efectos de la sustancia, que de acuerdo a su personalidad, estructura familiar, contexto social o simplemente por reacción química empieza a tener cambios de estilo de vida, aislamiento social, agresividad, depresión, conductas suicidas, alucinaciones, conductas delictivas, autoagresión, enfermedades fisiológicas, hasta llegar a una patología o trastorno mental.

Basados en que se puede llegar a una patología o trastorno en este trabajo de investigación se abordara el tema de patología dual, concepto tomado de Ortiz (2010) que la define como “patología dual como la ocurrencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un solo paciente”.

Una de la Instituciones que se especializo en el tema de es El Centro Can Rosselló Clínica privada dedicada al tratamiento de Adicciones y Patologías Dual, situada en la población de La Garriga (Barcelona) donde se realizaron estudios que lleva a deducir que la patología dual tiene su causalidad por 2 vías:

- Personas con trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas, para aliviar y/o con el fin de mejorar y regular sus síntomas.
- Personas sin trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad individual, desarrollan una psicopatología.

De acuerdo a lo anterior este equipo de trabajo de la presente investigación, se va a enfocar en la segunda causalidad, porque resulta importante e interesante realizar una

descripción de los trastornos mentales o patología dual causantes por el uso de sustancias psicoactivas para hacer un reconocimiento del daño perjudicial de las drogas en los seres humanos y a su vez identificar cuáles son las patologías más evidenciadas en pacientes en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis debido al uso dependiente de drogas, esto nos lleva a preguntarnos e investigar ¿Cuál es la prevalencia de patología dual frente al consumo de sustancias psicoactivas, en pacientes de 20 a 50 años de edad en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis de Colombia en el año 2016?

2. Justificación

El uso de sustancias psicoactivas es cada vez mayor, lo cual lo convierte en un problema clínico y social relevante, en la parte clínica se ve el deterioro de la persona a nivel físico, psicológico, cognitivo, que es llevadero en algunos casos en forma de adicción o dependencia, pero cuando esta presenta signos donde tienen que intervenir desde la parte de los primeros auxilios, hospitalizaciones y enfermedades clínicas psicológicas o psiquiátricas convirtiéndose en un problema mayor clínico y de sanidad. Se evidencia el aumento de pacientes que no solo son adictos, sino que también muestran conductas como trastornos afectivos, trastornos de ansiedad o cuadros de deterioro cognitivo, conductas violentas, además de problemas médicos como VIH o el virus de la hepatitis.

De allí que la patología dual debe ser considerada como una herramienta múltiple que nos permita evaluar un diagnóstico más exacto ante los consumidores, y no solo esto de allí se puede implementar un tratamiento adecuado para abordarlo terapéuticamente correcto.

Para la Fundación Génesis es una nueva herramienta que permite a establecer en el paciente la situación de dependencia o estar ante un paciente con predisponentes de patología dual, teniendo en cuenta que para el DMS o la CIE el diagnóstico dual o patología Dual no constituyen términos reconocidos oficialmente en la nomenclatura, en estas entidades existe es coexistencia o comorbilidad diagnóstica: presencia de un trastorno mental y el uso de sustancias tóxicas que no determina realmente la presencia de uno o más trastorno en adictos.

Según Ortiz (2010) este concepto generalmente abarca a una serie de personas, la mayoría jóvenes, que presentan una enfermedad mental severa con tendencia a la cronicidad (principalmente trastorno del eje I: trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad, etc.) y realizan un elevado consumo de sustancias tóxicas (alcohol y otras drogas) interfiriendo de forma significativa en la evolución clínica del trastorno de base y en la adaptación.

Para la Universidad es importante porque podría complementar el programa de prevención, pues sería una nueva herramienta que permita ir más allá de la dependencia de sustancias psicoactivas, sino que plantearía la necesidad de informar a los

profesionales que detrás de una adicción estaría a portas de una enfermedad mental o trastorno y que ellos deben estar preparados para asumir el reto.

Al cumplir con el objetivo de esta investigación nos permitirá tener una nueva visión de los tratamientos con pacientes dependientes de sustancias psicoactivas, porque seremos agentes multiplicadores de nuevos conceptos y hacer uso de esta herramienta para permitir un mejoramiento del tratamiento terapéutico ante las dificultades que tengan los adictos o dependientes.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- Describir la prevalencia de patología dual frente al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de 20 a 50 años de edad en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis de Colombia en el periodo comprendido desde abril a julio de 2016.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar cuáles son las sustancias o tipo de drogas más usadas en pacientes de 20 a 50 años de edad en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis de Colombia en el periodo comprendido desde abril a julio de 2016.
- Puntualizar la presencia de trastornos mentales y/o psiquiátricos presentes en pacientes de 20 a 50 años en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis
- Identificar una posible relación entre el consumo de algunas sustancias psicoactivas y la presencia de ciertos trastornos mentales y/o psiquiátricos en pacientes de 20 a 50 años en proceso de rehabilitación de la Fundación Génesis

4. Marco referencial

4.1. Antecedentes

En este proyecto abordaremos el tema de patología dual en consumidores de sustancias psicoactivas de la Fundación Génesis; en la revisión bibliográfica se evidencio que hay varias investigaciones en donde se plantea que, aunque ya se había trabajado el tema, pero con las nuevas revisiones se hace necesario explorar este campo que con el paso del tiempo será relevante en cuanto al tratamiento terapéutico y la necesidad de que los profesionales asuman un nuevo reto.

Según Raskin y Miller (1993) de los diferentes estudios efectuados en la población general en los últimos años, se pueden extraer datos importantes sobre la comorbilidad entre el trastorno mental y el trastorno por abuso de sustancias, sin embargo, son pocos concluyentes porque muestran una amplia variabilidad en la tasa de comorbilidad.

Siguiendo con los estudios de comorbilidad tenemos que para Brady (2005) se tiene en cuenta dos hipótesis principales que explican la comorbilidad: 1) la adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares y 2) la administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos. En los últimos años, se han postulado los efectos neurobiológicos del estrés crónico como el puente de unión entre los TUS y las otras enfermedades mentales.

Mientras en esos años se consigue normalizar al paciente que sufre trastornos psíquicos en las redes asistenciales de salud, el paciente que sufre de adicciones sigue aún, hoy en día, tratado en redes asistenciales marginales y no integradas la mayoría de las veces en la asistencia pública de salud.

Para Casas (2002) la concurrencia de patología adictiva y otra patología psiquiátrica constituye uno de los desafíos más interesantes para los próximos años, no sólo desde la perspectiva de la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a tal coexistencia, con lo que implica de profundización y mejora del conocimiento de la enfermedad mental en general, sino también en el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por

profesionales entrenados convenientemente. Todo un reto para los planificadores de políticas sanitarias y los profesionales de la salud mental.

En cuanto a estadísticas tenemos el estudio de Frisher (2005) que ponen de manifiesto que al menos el 70% de los sujetos que consultan por adicciones sufren, además, otro trastorno mental. También evidencian que, en la mayor parte de los casos, las manifestaciones del otro trastorno mental preceden a la adicción.

Estos datos epidemiológicos infradiagnostican la patología dual, y ésta podría afectar al 100% de los pacientes que sufren adicción al no tener en cuenta los trastornos mentales no detectados por los instrumentos diagnósticos habituales, como ejemplo de ello determinados rasgos de personalidad anómalos.

La inclusión en el próximo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM5 (2013) de las adicciones comportamentales como el Juego Patológico de “Adicciones” introduce un importantísimo cambio en la forma de entender las adicciones. El juego Patológico comparte factores comunes en la expresión clínica, etiología, comorbilidad, fisiología y tratamiento con los “trastornos por uso de sustancias”. Un desafío será comprender el desarrollo de compulsividad a niveles neurobiológicos, no solo para las sustancias químicas (Ibáñez, 2014).

Una visión crítica de esta perspectiva es que el concepto no añade nada en términos diagnósticos ya que el término "patología dual" no hace referencia a una patología como tal, sino que se refiere a la suma de "cualquier" trastorno adictivo + "cualquier" otro trastorno mental, por no mencionar el hecho de que en un alto porcentaje de los casos no solamente se dan dos trastornos, sino que co-ocurren más de dos.

En estudios hechos en Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente de Arias (2013) valoran la prevalencia y características de los pacientes de patología dual (diagnóstico actual de un trastorno mental y de un trastorno por uso de sustancias (TUS): en las redes asistenciales de Salud Mental y Drogodependencias de la Comunidad de Madrid. Se consigue una muestra de 837 sujetos (208 de la red de Salud Mental y 629 de la red de Drogodependencias). Se usó la entrevista MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) y el cuestionario

PDQ4+ (Personality Disorder Questionnaire) para la valoración de los trastornos del eje I y II. Se hallaron 517 (61,8%) pacientes con patología dual (un 36,1% en la red de salud mental y un 70,3% en la red de drogas). Al compararlos con el grupo de sujetos con TUS sin patología dual (n=194), había entre los duales menos varones y peor situación laboral, siendo las drogas más consumidas el alcohol y cannabis. Al compararlos con el grupo de trastornos mentales sin uso de sustancias (n=126), hallaron diferencias en todas las características sociodemográficas analizadas y los casos de patología dual son diagnosticados más frecuentemente como trastorno bipolar, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, mayor riesgo de suicidio y distintos trastornos de personalidad. Por lo tanto, la presencia de patología dual es elevada en sujetos en tratamiento y presentan unas características diferenciales, tales como mayor riesgo de suicidio y situación laboral precaria que hacen pensar en un peor pronóstico, cuestión a considerar para el desarrollo de recursos asistenciales adecuados.

El conocimiento sobre la distribución de la PD y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios. En el estudio piloto sobre el estudio de la prevalencia de PD realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) se detectó un 34% de prevalencia de esta, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental (Szerman et al, 2011). Dicho estudio piloto fue un estudio retrospectivo basado en los datos de la historia clínica de los pacientes, con las limitaciones propias de este tipo de estudios, sirvió para diseñar un estudio metodológicamente más potente. El objetivo principal fue cuantificar la prevalencia de los distintos tipos de patologías incluidas dentro del complejo “patología dual” (trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias) en las dos redes asistenciales implicadas en su atención de la Comunidad de Madrid y analizar las características de este grupo de pacientes. El diseño y resultados referidos al riesgo de suicidio de los pacientes duales han sido previamente publicados (Szerman et al, 2011). En esa investigación se presentaron los datos referentes a la prevalencia de PD en las dos redes asistenciales y las características sociodemográficas y clínicas diferenciales entre los pacientes duales y aquellos con diagnósticos “puros” de trastorno por uso de sustancias (TUS) y aquellos con diagnóstico exclusivo de trastornos mentales (TM).

Un estudio realizado por Arias, Szerman, Vega, Mesías, Basurte (2015), muestran como la comorbilidad entre psicosis y trastorno por uso de sustancias (TUS) es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por la gravedad clínica y sus repercusiones socio sanitarias. El objetivo fue estudiar las características de los pacientes con diagnóstico de psicosis y abuso o dependencia de drogas procedentes del estudio de Madrid sobre prevalencia de patología dual. La muestra procede de pacientes en tratamiento en las redes públicas de salud mental y de tratamiento para las adicciones de la Comunidad de Madrid. Los sujetos fueron evaluados con la entrevista Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) para el diagnóstico de los trastornos mentales y con la escala Personality Disorder Questionnaire (PDQ) para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. De los 837 pacientes incluidos, 96 tenían un diagnóstico a lo largo de la vida de psicosis. La mayoría de ellos tenían algún diagnóstico de TUS. Observaron que en el subgrupo de pacientes con psicosis había mayor presencia de adicción al cannabis que en el resto de los pacientes y con los adictos a opiáceos ocurría el proceso inverso. Esta relación no se observó con los adictos a cocaína o alcohol.

Además, sólo en el caso del cannabis se encontró que la edad de inicio en el consumo de cannabis era más precoz entre los adictos psicóticos que entre los adictos no psicóticos. Estos datos apoyan que el cannabis es la droga más relacionada con la psicosis y el hecho de que el consumo sea más precoz sugiere que dicha precocidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis. Por el contrario, los adictos a opiáceos en tratamiento tienen menor presencia de psicosis que otros adictos.

Los resultados reflejan que:

- Se incluyeron 837 pacientes: 208 (24.9%) procedían de CSM y 629 (75.1%) de CAID y CAD. Del total de 837 pacientes evaluados, 710 tenían algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (TUS) a lo largo de la vida (incluyendo el alcohol y excluyendo el tabaco). Había 127 sujetos (15.2%) sin TUS. Del total de la muestra 96 pacientes tenían un diagnóstico de psicosis a lo largo de la vida (11.5% del total de la muestra).
- Respecto al grupo de no psicóticos, había predominio de solteros ($p=0.001$), predominio de convivencia en familia de origen ($p=0.001$) y mayor presencia

de incapacidad laboral permanente ($p=0.001$). Este subgrupo tenía predominio de procedencia de Salud Mental respecto al grupo de no psicóticos ($p=0.001$).

- La relación entre cannabis y psicosis se mantuvo significativa en presencia de la adicción a cocaína (14 pacientes, 37.8% de los pacientes con psicosis y adicción a cocaína eran adictos al cannabis frente a 58 pacientes, 17.7% de los adictos a cocaína no psicóticos, eran adictos al cannabis, $p=0.003$), pero no en los no adictos a cocaína. Similares resultados se presentaron con la adicción al alcohol, 12 pacientes (32.4%) de adictos al alcohol con psicosis eran adictos a cannabis frente a 53 pacientes (17.1%) de adictos al alcohol no psicóticos eran adictos al cannabis ($p=0.02$), pero no había diferencias significativas entre los no adictos al alcohol.
- Los pacientes con psicosis y algún tipo de adicción tenían mayor prevalencia de riesgo de suicidio valorado por la MINI que los pacientes con psicosis no adictos ($p=0.01$).
- Al analizar el subgrupo de pacientes con psicosis y adicción al cannabis ($n=22$) existía un predominio de varones (16, 77.7%) y la mayoría procedían de centros de drogas (18, 81.8%). La mayoría presentaban otras adicciones, 12 (54.5%) al alcohol, 14 (63.6%) a la cocaína, 9 (40.9%) a opiáceos y 3 (13.6%) a sedantes.

En otro estudio realizado por Rush B, Koegl CJ. (2008) analizan de una forma global la prevalencia, las características sociodemográficas y las necesidades de los individuos en tratamiento de toda una amplia red de salud mental y que presentan patología dual. Parte de una amplia y representativa muestra de 9.839 pacientes en tratamiento procedentes de unidades terciarias de hospitalización, de unidades ambulatorias especializadas y de programas de tratamiento comunitario.

Los resultados reflejan que:

- La prevalencia global de trastornos duales fue del 18,5% es posible que sea la más representativa de la realidad clínica la más amplia y generalizada entre determinadas subpoblaciones se observaron tasas superiores de comorbilidad, como es el caso de pacientes hospitalizados, con una prevalencia del 28% en

adultos jóvenes en los que la comorbilidad se elevaba al 55%, y en los pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad, en los que la comorbilidad era del 34%.

- Globalmente, los pacientes con patología dual se caracterizaban por ser más jóvenes y en una mayor proporción varones, solteros de bajo nivel educativo con un mayor deterioro, así como con necesidades más complejas. También de forma global, es decir, independientemente del nivel de intervención, la patología dual se asociaba con trastornos de conducta o incluso conductas antisociales, problemas legales y un mayor riesgo de conductas autolesivas o suicidas.

Los avances científicos en el campo de la adicción han desacreditado para siempre la noción de que la adicción refleja una falla del carácter bajo control voluntario, mientras que ha demostrado fehacientemente que es una enfermedad del cerebro (Baler y Volkow, 2011).

La investigación, desde diversas disciplinas, ha intentado conceptualizar la vulnerabilidad a ser adicto a sustancias por medio de dos paradigmas básicos:

El modelo clásico, llamado «centrado en las drogas» o modelo de exposición, donde las sustancias inducen cambios neuronales (neuroplasticidad) que dan lugar a una vulnerabilidad adquirida para llegar a ser adicto. En esta perspectiva, la adicción es un trastorno iatrogénico, neurotóxico, donde se estudian las propiedades farmacológicas de las sustancias psicoactivas y su acción sobre la plasticidad cerebral. Este paradigma, sostenido ampliamente, es predominante en las experiencias con animales, donde éstos se estudian en función del tipo o cantidad de la sustancia administrada. La fuerza de este paradigma «centrado en la droga» es su capacidad para elucidar los cambios neurobiológicos que ayudan a entender la transición desde el uso inicial hasta la conducta compulsiva con pérdida de control.

El modelo «centrado en el individuo», donde los diferentes factores clínicos, genéticos y biológicos, juntos o de forma individual, contribuyen a rasgos o estados psicobiológicos que hacen a un sujeto más vulnerable a desarrollar una adicción, que recoge la denominada patología dual. En este modelo, la adicción es un trastorno de conducta, que ocurre en un fenotipo vulnerable, en el cual un estado intrínseco predispone a la neuroplasticidad a que dan lugar las sustancias psicoactivas.

Los autores hacen referencia a que esta vulnerabilidad a ser adictos puede ser conceptualizada en tres niveles: 1. El nivel más amplio de vulnerabilidad individual es el que involucra factores sociodemográficos, que incluye variables que caracterizan a la población en su conjunto, como localización geográfica y cultura, o variables que caracterizan a los individuos dentro de una población dada, como edad, sexo, etnia, educación.

En el primer caso, se han estudiado poblaciones que migran, desde Latinoamérica a Estados Unidos, que tienen poco riesgo en sus países de origen y éste aumenta entre los inmigrantes, sobre todo de segunda generación; no se puede elucidar si sólo son factores de «aculturación» o existen factores de patología familiar subyacente. Es evidente que la cultura tiene un papel en la vulnerabilidad o la resiliencia, sobre todo al consumo, uso y abuso. Entre otros factores, cabe señalar la edad, ya que los trastornos por uso de sustancias (TUS) se incrementan desde los 13 (3,7% de prevalencia) hasta los 18 años (22,3% de prevalencia) y que el comienzo precoz es un predictor de TUS a lo largo del ciclo vital (Pitkanen et al., 2005). La adolescencia es un factor de vulnerabilidad por todos conocido, en el cual las características conductuales de este periodo de la vida, con inestabilidad afectiva y funciones ejecutivas en proceso de maduración, que se correlacionan con un córtex prefrontal y un sistema límbico con diferencias en mielinización, plasticidad neuronal y reorganización estructural, convierten este periodo vital en un factor de riesgo por sí mismo. En este momento hay que mencionar la hipótesis de la teoría de que el uso de sustancias legales en la adolescencia es la «puerta de entrada» a la progresión para el consumo de drogas ilegales y la adicción.

Los resultados arrojan lo siguiente:

- El género o sexo presenta diferencias bien establecidas, pero más en el consumo de sustancias (mayor para varones) que, en la progresión al abuso o adicción, en el cual las mujeres presentan gran vulnerabilidad por razones biológicas (mayor sensibilidad al estrés y trauma que los varones, en el cual los estrógenos son fundamentales y de su nivel del ciclo depende la dopamina del córtex cerebral) (Dreher et al., 2007).

- Los autores señalan el segundo factor de vulnerabilidad basado en la patología dual, donde los estudios epidemiológicos de estas últimas décadas señalan la elevada comorbilidad de un TUS con trastornos afectivos, de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos. Las explicaciones van desde el modelo causal al modelo de factores etiológicos compartidos. El causal incluye la teoría de la automedicación, también expuesta por Miguel Casas teoría que continua vigente. Los modelos etiológicos compartidos, no contrapuestos al anterior, hacen referencia a vulnerabilidad genética compartida.
- Muchas formas de TUS se caracterizan por un «ciclo vital corto» en relación con el periodo de tiempo en el cual un factor de vulnerabilidad o de riesgo psicopatológico puede influenciar la gravedad de los síntomas de la adicción. La automedicación puede ser uno de estos casos.
- Otro factor en el que los autores inciden es el papel de los factores específicos de personalidad, de rasgos y aspectos temperamentales que constituyen un factor de vulnerabilidad a la adicción, a sustancias o comportamentales (Volkow et al., 2011).
- También experiencias traumáticas prenatales y sobre todo experiencias infantiles adversas, incluyendo abuso físico/sexual, constituyen factores importantes de vulnerabilidad para adicciones y otros trastornos mentales, como se demuestra en estudios humanos y animales; sin olvidar que experiencias sociales adversas contribuyen a esta vulnerabilidad.
- Vulnerabilidad genética y biológica. Este tercer nivel de vulnerabilidad, definido por los autores como diferente del anterior, pero que puede considerarse integrado en los anteriores y, sobre todo, en el de la patología dual. Las influencias genéticas a sufrir una adicción y otros trastornos mentales constituyen un factor de vulnerabilidad, pero no pueden ser atribuidos a la simple relación de gen-efecto. Se ha demostrado ampliamente que la compleja variabilidad genética puede afectar a la predisposición a adicciones y otros trastornos psicopatológicos (no sólo para adicciones), subyacer a alteraciones fisiológicas y a rasgos de personalidad, como emocionalidad negativa, impulsividad, reactividad al estrés, entre otros.)

- Las adicciones pueden ser prevenidas por factores legales (prohibiciones legales), creencias religiosas o elecciones individuales y los diferentes trastornos psicopatológicos pueden ser decisivos para el inicio de la conducta adictiva.
- En los últimos recientes años, el advenimiento de la epigenética, que incorpora los cambios medioambientales (experiencias infantiles adversas, consumo de sustancias, entre otras) como modificadores genéticos y como factores que van generando predisposición a presentar diferentes fenotipos psicopatológicos, patología dual en este caso, y que pueden ser heredables ellos mismos.
- Factores medioambientales como maltrato social, pobreza, niveles socioeconómicos muy bajos durante la infancia podrían producir alteraciones biológicas en el sistema del estrés (la transcripción de la respuesta de los glucocorticoides, entre otros) y también positivizar marcadores de inflamación. Como refieren los autores, se ve claramente cómo el mundo social entra en el cuerpo para modificar costumbres vitales, pero también para modificar los sistemas biológicos.

En otra investigación realizada por Szerman, Basurte, Roncero, Martínez-Raga y Vega (2008), llamada “Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales”, se estudian como hasta hace poco tiempo, el abordaje de las conductas adictivas al alcohol y otras drogas se consideraba un problema clínico diferente de los trastornos mentales, un problema cuyo origen se relacionaba con problemas sociales y psicológicos y en el cual el papel de los médicos se limitaba a tratar las consecuencias físicas de estas conductas: infecciones, hepatopatías, problemas respiratorios, entre otros. Los avances en neurociencias han demostrado que se está en presencia de una enfermedad cerebral crónica, que aparece en sujetos vulnerables, que cursa con recaídas y que hacen necesario un abordaje médico junto a otras estrategias psicosociales.

Entre los resultados se encontró:

- El uso de sustancias, es más, el abuso de sustancias, acompaña en muchas ocasiones a una variedad de trastornos psicopatológicos, pero el diagnóstico de dependencia o mejor de conducta adictiva se presenta casi siempre junto a otras

manifestaciones psicopatológicas, la patología dual, que son esenciales conocer para un adecuado abordaje terapéutico. Clínicos e investigadores discuten las razones y la cronología de esta asociación. La pregunta, repetida estos últimos años, de cuál es el motivo por el que algunos sujetos dan el salto cualitativo del abuso a la adicción comienza a contestarse desde la investigación: son los factores sociales los determinantes para el contacto inicial con las sustancias de abuso, pero son factores individuales, genéticos, de personalidad y otros trastornos mentales los determinantes para la aparición de la conducta adictiva que, cuando aparece, suele instalarse rápidamente sin necesidad del paso de muchos años o la repetición de ciclos intoxicación-abstinencia.

En este estudio se llegó a la siguiente conclusión:

La investigación en neurociencias y sus hallazgos neurobiológicos permite afirmar que ya no se pueden abordar los problemas enormemente prevalentes de los trastornos por consumo de sustancias, tanto en la comunidad como en la red de atención primaria, sin la perspectiva de la comorbilidad con otros trastornos mentales, y que en la atención a la patología psíquica debe hacerse siempre una búsqueda de la presencia de trastornos por uso de sustancias, situaciones ahora por todos conocida como patología dual.

Por otro lado, es importante tener en cuenta estudios realizados que demuestran la prevalencia de patología dual frente al consumo de sustancias psicoactivas, los cuales pueden ser necesarios en el momento de una intervención.

4.2. Marco teórico

Conceptos de patología Dual

La patología dual se define como la presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo, dentro de un periodo concreto (Volkow, 2007).

Para Casas, M. (2008), la patología dual consiste, en la mayor parte de los casos, en el resultado de una serie de aspectos etiológicos, genéticos y ambientales (que se retro-alimentan), que generan cambios neurobiológicos (cuya relación está demostrada en ambos trastornos individuales) sobre los que se va creando un conjunto de cogniciones, conductas y emociones (que dependiendo en ocasiones del entorno

familiar, grupos de pares, disponibilidad de sustancias, etc.) da lugar a una enfermedad mental.

Patología dual es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental (Szerman & Martínez-Raga, 2015).

La patología dual también puede ser considerada como “la coexistencia de una drogodependencia y un trastorno mental definido, si cabe la redundancia, ya que la propia dependencia figura en los criterios de la OMS por méritos propios como un trastorno del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas” (Cabrera, 2001; p. 11).

Un tema habitual en la consideración de la existencia de patología dual es el estudio de qué es antes, es decir, si el trastorno psíquico precede o es causa de la drogodependencia o si, por el contrario, es una consecuencia del abuso de sustancias. La importancia de la existencia de patología dual radica en aspectos tan importantes como su posible influencia en el tratamiento de los pacientes. Quizá el problema pueda simplificarse en que la patología psiquiátrica asociada al uso de sustancias consiste en distinguir cuando se relaciona con la ingesta o la abstinencia, o cuando se trata de trastornos independientes (Rubio, 2000).

Epidemiología de la patología dual

Es importante mencionar el estudio ECA (Epidemiological Catchment Área) realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos por Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith et al. (1990). La investigación contó con la participación de 20.291 sujetos mayores de edad. La prueba utilizada para la valoración de la existencia de los dos diagnósticos fue el DIS (Diagnostic Interview Schedule). Se tuvo en cuenta la posible existencia o no de tratamientos previos debido a la contaminación que podría producir la variable de buscar ayuda profesional más frecuentemente en aquellos pacientes que hubiesen presentado patología médica. Las conclusiones relevantes de la investigación, llevaron a establecer que la tasa de comorbilidad del trastorno mental vinculado al trastorno por abuso de sustancias fue del 28.9%, lo que implica 2.7 veces la odds ratio esperada para la población sin trastorno mental. Por otro lado, la tasa de

comorbilidad que aparecía entre el trastorno por abuso de alcohol y el trastorno mental fue del 36.6%. Asimismo, la encontrada para el caso del abuso de sustancias junto al trastorno mental fue del 53.1%. Datos relevantes resultan los obtenidos respecto a trastornos psiquiátricos específicos durante la vida. Aparece una prevalencia de la comorbilidad del 83.6% del trastorno antisocial de la personalidad que resulta 29.6 veces superior con respecto a la población general. Otros porcentajes elevados son los del trastorno bipolar I, esquizofrenia, trastorno de angustia, trastornos afectivos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos fóbicos, si bien su odds ratio es bastante menor.

Existen otros estudios realizados con diferentes muestras (pacientes ingresados, en tratamientos ambulatorios, entre otros.) que indican como la prevalencia de patología dual es elevada en todos los niveles del sistema sanitario, aumentando la gravedad conforme se asciende hacia servicios más especializados (Ross, Swinson, Larkin y Doumani, 1994). Esto es explicable debido a la mayor probabilidad de buscar ayuda médica y ser sometidos a tratamiento los individuos con patologías más complejas (p. e.: patología dual) con respecto a los enfermos con un único trastorno.

Modelos explicativos patología Dual

Santis y Pérez (2002) recogen modelos de relación formulados para la patología dual. Las variantes han surgido a través de los datos procedentes de la psicopatología, cronología, etiología, epidemiología y terapéutica.

MODELO	VARIANTES
Modelos psicopatológicos	
Modelo cronológico	
Modelo etiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo etiológico de base biológica. • Modelo etiológico de base psicológica. • Modelo etiológico de causa compartida • Modelo etiológico biopsicosocial.

	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo etiológico de independencia
Modelo epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo epidemiológico de vulnerabilidad. • Modelo epidemiológico de protección. • Modelo epidemiológico de coincidencia.
Modelo terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de mediación de la respuesta terapéutica. • Modelo de bloqueo de la respuesta terapéutica

Tabla 1. Tipos de modelos patología dual. Adaptada de Santis y Pérez (2002).

Drogodependencia como causa de psicopatología

Estos modelos han tenido cierta controversia ya que, si bien es cierto que los efectos de drogas tales como estimulantes, alucinógenos y cannabis dan lugar a efectos psicomiméticos (Schuckit, 1989), no menos cierto es que el abuso de alcohol no causa trastornos psicóticos y desórdenes bipolares (Hays y Aidroos, 1986). Debido a esto, probablemente los modelos centrados en esta dirección de la causalidad ven limitado notablemente su significado. Se ha planteado como las drogas que dan lugar a efectos psicomiméticos pueden generar a la larga sintomatología psicótica o trastornos afectivos, adquiriendo especial relevancia los modelos de investigación animal centrados en la sensibilización conductual (Post, Rubinow y Ballenger, 1984). Según estas investigaciones, la estimulación repetida o continuada de un estimulante en animales puede incrementar la sensibilidad de respuesta. Bajo esta hipótesis de causalidad dos son los estudios realizados:

- Estudios prospectivos de seguimiento con personas diagnosticadas de abuso de sustancias: quizá el estudio más relevante es el realizado con 45.570 hombres jóvenes de la armada sueca. Se obtuvieron datos acerca del uso de sustancias, desarrollo escolar, factores familiares, problemas legales y problemas

psiquiátricos. Además, los diagnósticos psiquiátricos fueron comprobados durante un periodo de seguimiento de 15 años, encontrándose una fuerte relación entre la historia de uso de cannabis y un diagnóstico posterior de esquizofrenia, con un ratio de riesgo relativo de 6 años para fuertes consumidores (en más de 50 ocasiones). El riesgo de esquizofrenia se reducía cuando otras variables eran controladas (p. e.: fue de 2.9 cuando el diagnóstico psiquiátrico a la hora de entrar al servicio militar era controlado estadísticamente), pero nunca permaneció elevado. Finalmente, no se encontraron asociaciones entre otros grupos de abusadores de drogas y el posterior desarrollo de esquizofrenia.

- Estudios de trastornos psicóticos a largo plazo que aparecen de forma subsiguiente al abuso de drogas: cabe citar una investigación de Bowers (1972), quien encuentra diferencias consistentes entre aquellos sujetos que han desarrollado a largo plazo sintomatología psiquiátrica severa tras haber aparecido abuso de drogas al compararlos con aquellos pacientes psiquiátricos sin trastorno de uso de sustancias. En este estudio, el primer grupo abusaba de LSD, teniendo mejor funcionamiento premórbido, manifestación sintomatológica diferencial (mayor desorganización conceptual y excitación, menos afectación directa, retardación motora y culpabilidad) y sin presentar diferencia en la historia familiar de hospitalización psiquiátrica.

Trastorno psicopatológico como causa de drogodependencia

Estos modelos postulan que la presencia de trastornos psicopatológicos incrementa la vulnerabilidad de los pacientes para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias. Podrían identificarse genéricamente dos tipos de postulados: los modelos de factores de riesgo psicosociales y el modelo basado en evidencia biológica acerca de la sensibilidad aumentada a los efectos de las sustancias en el trastorno mental, es decir, el modelo de supersensitividad (Mueser et al., 1998):

Modelos de factores de riesgo psicopatológicos: asumen que el trastorno por uso de drogas es secundario a la patología psiquiátrica. Se citan tres acercamientos diferentes: 1) la hipótesis de la automedicación, 2) el modelo de alivio de la disforia y 3) el modelo de múltiples factores de riesgo. La hipótesis de la automedicación fue propuesta por Khantzian (1985), asumiendo que las

sustancias de abuso no son escogidas accidentalmente, sino que son seleccionadas por el individuo basándose en sus efectos psicofarmacológicos específicos sobre los estados internos de disforia. El autor cita como ejemplo el caso de los heroínómanos, que escogen la droga en parte por su efecto potencial de disminución de la rabia y agresividad o el del cocainómanos, que seleccionan la sustancia por su habilidad para aliviar la depresión, hipomanía e hiperactividad. Otro modelo sería el de alivio de la disforia, que supone un acercamiento más general que el de la automedicación, indicando que las personas con patología mental están dispuestas a las experiencias disfóricas que les hacen, a su vez, más propensos al uso de sustancias psicoactivas (Leshner, 1998). Para terminar, el modelo de múltiples factores de riesgo se basa en la observación de que un número determinado de factores de riesgo relacionados con el abuso de sustancias (incluyendo la disforia) tienen la consecuencia común de trastorno mental. El modelo subsume al de alivio de la disforia y plantea que factores como el aislamiento social, los pobres niveles de relaciones interpersonales, bajo nivel cognitivo, dificultades escolares y vocacionales, pobreza, ausencia del rol educacional parental, ausencia o desestructuración de las actividades diarias, asociación con grupos desviados y vivir en vecindarios con alta disponibilidad de las drogas, predispondrían al abuso de sustancias (Berman y Noble, 1993).

- Respecto al modelo de supersensibilidad, supone una revisión elaborada de los modelos de vulnerabilidad al estrés propuestos para la esquizofrenia (Lieberman, Mueser et al., 1998). Se supone que la vulnerabilidad psicobiológica, determinada por una combinación de factores genéticos y ambientales tempranos (p. e.: perinatales), interactúa con el estrés ambiental para precipitar el trastorno psiquiátrico. Añadido a esto, los fármacos psicotrópicos podrían disminuir el riesgo, mientras que el abuso de sustancias lo incrementaría. Ya que la vulnerabilidad es definida en términos de compromiso biológico asociado al estrés, también se podría aplicar a los efectos del alcohol y drogas.

Modelos bidireccionales

Los modelos bidireccionales sugieren un efecto interaccional entre la patología psiquiátrica y el trastorno por uso de sustancias, lo que incrementaría las tasas de comorbilidad. De esta forma, el trastorno por consumo de drogas podría provocar psicopatología en un individuo biológicamente vulnerable, que mantendría subsecuentemente el consumo continuado de drogas a través de factores sociales cognitivos aprendidos tales como creencias, expectativas y motivos para el uso de sustancias (Graham, 1998).

Análisis específico de las relaciones en diagnósticos duales

Esquizofrenia

Se evidencia que las drogas más consumidas por los pacientes esquizofrénicos son la nicotina, alcohol, cannabis y cocaína. En líneas generales, una ingesta excesiva de alcohol y el abuso de otras drogas preceden al trastorno esquizofrénico entre un 15 y un 25% de los casos, si bien los trastornos psicóticos inducidos por drogas son difíciles de diferenciar de la esquizofrenia (Buckley, 1998). Los datos del estudio ECA (Regier et al., 1990) revelan una prevalencia para el desarrollo de alcoholismo a lo largo de la vida unas cuatro veces superior respecto a la población comunitaria.

Trastornos del estado de ánimo

En cuanto a los trastornos afectivos, según datos procedentes del estudio ECA se asocian frecuentemente a la dependencia a opiáceos, alcohol y psicoestimulantes. Referente al alcohol, los pacientes que presentan un trastorno bipolar presentan mayor coexistencia (5.3 veces), seguidos de los pacientes distímicos (1.7 veces) y los pacientes con trastorno depresivo mayor (1.3 veces).

En otro estudio, Sánchez-Hervás, Tomás y Morales (2001) investigan la presencia de psicopatología en un grupo de adictos a opiáceos frente a un grupo control mediante la administración del Brief Symptom Inventory (BSI) (forma abreviada del Symptom Check List -SCL-90-R-). Los pacientes obtenían puntuaciones más elevadas en todos los indicadores exceptuando la escala de trastorno obsesivo-compulsivo y hostilidad. Resultaban significativas escalas como la somatización, sensibilidad

interpersonal, ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, índice de severidad, índice de malestar y total de síntomas.

Para concluir, respecto al pronóstico terapéutico, los pacientes con abuso o dependencia a cocaína presentan un mal pronóstico, así como los de trastornos de la personalidad, excepto que en este último caso actuaba como covariable la gravedad de la dependencia, de tal forma que los trastornos de la personalidad perdían su significación estadística al ser incluida la gravedad en los análisis (Carrol, Rounsaville y Gordon, 1994).

Trastornos de ansiedad

Como muestran los datos procedentes del estudio ECA, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes que presentan ansiedad muestran un trastorno por consumo de sustancias (Regier et al., 1990). En el caso del alcohol, Kushner, Sher y Beitman (1990), encuentran porcentajes de asociación variables (entre un 22% y un 68%) en los diferentes estudios revisados. Los trastornos con mayor vinculación son la agorafobia, ansiedad generalizada y fobia social, añadiéndose los trastornos de angustia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Quizá el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia están sobrerrepresentados en los estudios debido a que son diagnosticados frecuentemente durante el síndrome de abstinencia y la intoxicación, aunque disminuyen al desaparecer estas situaciones.

También el estudio de Sánchez-Hervás (1995) confirma datos a favor de mayor nivel de trastornos de ansiedad en sujetos dependientes a drogas (opiáceos) comparados con la población normal. En una revisión reciente, se llega a la conclusión de que los trastornos de ansiedad y por consumo de alcohol podrían servir como causa los unos de los otros, especialmente en aquellos casos de dependencia alcohólica frente a abuso de alcohol (Kushner, Abrams y Borchar, 2000).

Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son primarios al consumo de sustancias. Verheuel, Van der Brink y Hartgers (1995) realizan una revisión de múltiples artículos, encontrando que entre el 18% y 30% de los pacientes diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias presentan trastorno antisocial de la personalidad, situándose las

cifras para el trastorno límite de la personalidad entre un 7% y un 22%. Como recogen Santis y Pérez (2002), la relación inversa, es decir, drogodependencia y, posteriormente, trastorno de la personalidad, es difícil de encontrar, resultando prácticamente inviable hipotetizarla.

Patologías asociadas al consumo de drogas

Ansiedad

El uso continuado de una sustancia puede conducir a la aparición de algunos síntomas asociados a la ansiedad como malestar, irritabilidad o taquicardia. Se ha descrito la importante relación existente entre consumo de éxtasis y/o estimulantes y la aparición de alteraciones psicológicas como ansiedad, pánico o dificultades de concentración. Las personas que experimentan el síndrome de abstinencia de una sustancia también pueden manifestar ansiedad. De hecho, se ha descrito un trastorno de ansiedad que considera que la misma puede estar inducida por sustancias (o, dicho de otro modo, ser consecuencia de su uso frecuente y excesivo). En el trastorno de ansiedad inducido por sustancias los síntomas de ansiedad están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga (cafeína, nicotina, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, entre otras). Los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, incluso después de haber abandonado el consumo (incluso periodos superiores a los seis meses) (Relación entre la ansiedad y el consumo de drogas, s.f.).

Por otro lado, el uso social de algunas sustancias está ampliamente extendido. Suelen tomarse porque la persona que las consume se siente menos inhibida, o por las sensaciones placenteras que producen. Algunas personas que padecen trastornos de ansiedad pueden recurrir a algunas sustancias como estrategia para afrontar su problema y reducir la ansiedad. Una persona con dificultades en las situaciones sociales puede beber alcohol o tomar marihuana porque sus efectos la desinhiben y puede desenvolverse mejor en dicha situación.

Depresión

En cuanto a la depresión tomamos como referente lo que se encuentra en <http://www.narconon.org/es/drogadiccion/-drogadiccion.html> que es muy común el que

un adicto se sienta deprimido cuando deja las drogas o los diferentes tipos de alcohol que había estado consumiendo. Esta depresión, que aparece cada vez que intenta alcanzar la sobriedad, es uno de los factores que impulsa a un adicto a recaer de nuevo en el consumo de drogas o alcohol. Por lo tanto, es uno de los aspectos de la adicción que debe ser superado, si es que una persona quiere lograr la recuperación a largo plazo. Hay tanto razones físicas como psicológicas por las que las personas sufren de depresión cuando son adictos o están tratando de recuperarse.

En lo que se refiere al aspecto físico, las drogas y el alcohol abruma la química natural de un cuerpo con poderosos estimulantes, sedantes o depresivos. Algunas drogas estimulan en exceso las funciones de un organismo, ejemplo la cocaína, la metanfetamina o el éxtasis. Otras deprimen funciones tales como la frecuencia cardíaca o respiratoria, ejemplo la heroína, la oxycodona y la hidrocodona. Incluso el alcohol, el cual parece tener inicialmente un efecto estimulante, deprime la respiración cuando se toma demasiada cantidad.

Después de que este abrumamiento ha continuado durante un periodo de tiempo, el cuerpo comienza a perder la capacidad de producir sus propios productos químicos naturales que afectan al cuerpo placenteramente cuando se produce una experiencia agradable. Sexo, una buena comida, un éxito en la vida, todos estos eventos producen estas sustancias químicas a menos que la capacidad del cuerpo para hacerlo haya sido estropeada.

Después de que las drogas han dañado esta capacidad, cuando una persona deja de consumirlas, las sustancias químicas naturales no se producen ni actúan, y el resultado puede ser una incapacidad para sentir placer. La persona que está dejando las drogas siente como que la vida es insípida y que no hay esperanza. Puede haber una sensación de adormecimiento, mental, emocional y físicamente.

Como un escape para este sentimiento, él o ella pueden recurrir de nuevo al consumo de drogas. Él puede tener el sentimiento de que la única manera en que puede sentir placer o disfrutar de cualquier parte de la vida, sería consumiendo drogas.

Él o ella pueden haber cometido delitos, pueden haber visto a otras personas consumir una sobredosis y morir. La adicción puede desgarrar a las familias. Pueden haberse gastados miles de dólares en drogas, los cuales estaban destinados a otros fines

más productivos. Puede que haya habido peleas, divorcios, custodias perdidas. Pueden haberse perdido empresas y buenos puestos de trabajo.

Cada adicto sabe que él ha cedido en su propia integridad personal en el curso de su adicción. Esto crea un gran dolor personal para cualquier persona. Pero el consumo de más drogas encubre la sensación de dolor y de la pérdida de integridad.

Esencialmente, hay buenas razones para que alguien que ha sido un adicto se sienta deprimido. Si una persona no adicta hubiese experimentado esos acontecimientos, probablemente se sentiría demasiado deprimida. Si una persona no adicta hubiese perdido la capacidad de producir sus propios productos químicos naturales, que se producen en el cuerpo como consecuencia de los éxitos y de los eventos placenteros de la vida, probablemente se sintiese deprimida. Si una persona hubiese perdido toda esperanza de mejorar y se sintiese “paralizada”, se dirá que está deprimida.

Estas son simplemente características normales en un adicto. Esto no quiere decir que sean fáciles de superar. La recuperación rara vez se logra en un programa de rehabilitación de drogas de corta duración. Se necesitan más de un par de semanas para que un cuerpo recupere su capacidad de producir productos químicos naturales.

Se necesita un enfoque completo, integral, de la rehabilitación de drogas para que una persona recobre el auto-respeto y la integridad personal. Y se necesita tiempo para que una persona reconstruya las relaciones que han quedado totalmente destruidas por el tiempo pasado en la adicción (Narconon Internacional Los Ángeles, s.f.).

Esquizofrenia

Para Romero y Pérez (2012) en la población general, especialmente en los jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes han probado o usado regularmente sustancias de abuso (marihuana, drogas psicodélicas, hipnóticos, sedantes, estimulantes como la cocaína, derivados opiáceos, entre otros.) Si se incluye el alcohol las tasas de incidencia se incrementan hasta un 90%.

La esquizofrenia es una de las formas más graves de los síndromes psiquiátricos y a la vez más frecuentes. Tiene una edad de aparición entre los 15 y 30 años. También es llamada “Psicosis discordante”, definida como la discordancia entre el pensamiento y

la conducta que manifiesta este pensamiento. El mayor problema es que va encaminado a desembocar en la cronicidad, con mal pronóstico porque limita la vida del enfermo e incluso la vida de sus familiares.

Trastorno Bipolar

Conocido como trastorno afectivo bipolar (TAB) y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva (PMD), es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más extrema que las personas que no padecen esta patología. Pérez y Domenech (2014)

Adicción

En el artículo publicado por el Instituto de Abuso de Drogas” Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción” 2014 la adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas.

Causas

En general, el uso de drogas corresponde a un afán de huir de la realidad. Las drogas proporcionan una vía de escape, un alivio temporal a los problemas personales, familiares o sociales. También son una puerta de salida frente al vacío existencial presente en el interior de la persona, el cual la lleva a volcarse en búsqueda de salidas ilusorias que llenen dicho vacío.

Algunos factores que favorecen el fenómeno de la drogadicción pueden ser clasificados del modo siguiente como lo explica este artículo tomado de <https://www.aciprensa.com/drogas/consumir.html>:

- **Factores de tipo social:** En la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas, legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de las mismas. Tranquilizantes, somníferos, hipnóticos, entre otros, se pueden conseguir en las farmacias sin receta médica. Asimismo, el amplio tráfico y distribución de drogas ilegales hace que sea fácil obtenerlas. Algunas drogas, como el éxtasis, están "de moda", y prácticamente se puede obtener en cualquier discoteca. Niños y jóvenes que viven en las calles pueden obtener pegamentos, tales como el Terokal, para inhalar.
- **Factores de tipo familiar:** Los hijos de padres fumadores, bebedores o tóxicodependientes son más proclives a tomar drogas que los hijos de padres que no lo son. Un ambiente familiar demasiado permisivo, donde no exista disciplina o control sobre los hijos; o demasiado rígido, donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario o se encuentren sobreprotegidos, puede también fomentar el consumo de drogas.
- **Factores de tipo individual:** Muchos factores personales pueden influir en la decisión de consumir drogas. Éstas pueden ser vistas como una vía de escape a los problemas cotidianos; algunas personas las usan como medio para compensar frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos.

Consecuencias

El drogadicto pierde lo mejor de sí mismo: el autocontrol y la fuerza de voluntad. Se vuelve apático, desinteresado, ansioso. Pierde el estímulo por los logros personales y profesionales. Se aísla, desprecia los vínculos familiares y amistosos, y se encierra en círculos, por lo general marginales, donde le resulta fácil conseguir la droga. Se vuelve esclavo de la sustancia hasta destruirse a sí mismo.

Las repercusiones en el ámbito familiar también son importantes. La familia de un adicto casi siempre se ve desbordada en su intento de hacer frente al problema, sobre

todo cuando, junto a la toxicomanía, se producen conductas de carácter delictivo. El abanico de actitudes que se da entre los progenitores ante la existencia de un hijo toxicómano es muy amplio -desde el ocultamiento y la incomprensión al intento de encontrar soluciones con el apoyo de profesionales, pero en cualquier caso el problema siempre plantea graves tensiones e importantes cargas económicas, en ocasiones insostenibles.

En el ámbito social, las consecuencias más graves del consumo de drogas probablemente sean la marginación y la delincuencia. Por un lado, la distribución de las drogas ilegales está controlada por organizaciones criminales, con las secuelas de corrupción y violencia que ello lleva aparejado, y por otro lado, el consumidor suele recurrir a conductas delictivas para poder adquirirlas. Recuperado de <http://drogadccionbogota.webnode.com.co/drogadccion/consecuencias/>.

Etapas en el proceso de la adicción

En estudios recientes en el libro “Querer No es Poder: Cómo comprender y superar las adicciones” del Dr. Arnold M. Washton establece cinco etapas en el proceso de la adicción que a continuación se explicaran:

Enamoramiento

Las primeras experiencias con las drogas suelen dejar una marca grabada. Si este primer contacto ha sido agradable, se produce un enamoramiento o atracción apasionada por volver a tomar la sustancia o realizar la actividad. Esta percepción distorsionada de la realidad, sin embargo, emociona, produce euforia o tranquiliza lo que hace aumentar la probabilidad de que haya una nueva toma u ocasión para consumir. Se produce un cambio de estado de ánimo que, en muchos casos, se experimenta a nivel visceral (todo ello causado por la lógica alteración de la química cerebral). En el juego, una fuerte ganancia inicial incrementa las probabilidades de adquirir adicción al juego.

Luna de miel

Una vez que el individuo ha aprendido -a través de su familia, de la sociedad o por experiencia propia- que ciertas actividades o el consumo de ciertas sustancias

pueden transportarlo como por arte de magia lejos de cualquier sentimiento o estado de ánimo negativo, el paso a la adicción es muy sencillo.

Al haber "aprendido" en la etapa 1 que es posible obtener cierto alivio (refuerzo negativo) o placer (refuerzo positivo) a través de la sustancia o actividad adictiva, la persona puede sentirse impulsado a borrar los malos sentimientos o dolorosos con algo positivo. La baja tolerancia a la frustración o la incapacidad para hacer frente a esas adversidades lleva a la búsqueda de "soluciones mágicas"; entonces se busca el recurso químico que facilite el cambio.

Durante la fase de luna de miel, el futuro adicto experimenta todas las gratificaciones sin ninguna de las consecuencias negativas: siente que ejerce control, que la actividad es inofensiva y que él la merece. Puede sentirse mejor instantáneamente y disfrutar la sensación de olvidarse de todo. Pero de lo que no se da cuenta es que ninguna relación basada en el engaño y la fantasía puede funcionar bien a largo plazo.

Traición

Sin embargo, lo que uno vislumbra durante la luna de miel no es lo que en realidad obtiene. Con el paso del tiempo, es traicionado. Así, además del deterioro sufrido en las principales esferas de su vida, es muy probable que el adicto esté haciendo cosas que normalmente no haría, para mantener su adicción (robar, participar en otras actividades ilícitas). Los paraísos artificiales que se le prometían en la fase anterior se tornan en oscuros callejones repletos de trampas. La traición es real y el declive comienza.

En la ruina

Ahora el adicto debe consumir cada vez más para evitar que los crecientes sentimientos y estados de ánimo negativos profundicen en su conciencia y para tratar de mantener los efectos positivos que cada vez son menores. Está desarrollando tolerancia y tiene que consumir no para obtener placer o alivio sino para evitar el malestar asociado al síndrome de abstinencia. La dependencia física creada químicamente por la acción de la sustancia sobre el sistema nervioso tiene apesadado al individuo. Psicológicamente, la estrategia de afrontamiento desarrollada hasta ahora sigue manteniéndose con lo cual, los problemas lejos de resolverse se acrecientan aún más.

Aprisionados

Con el tiempo, el adicto llega a un estado de desesperación en su relación con la sustancia o actividad adictiva, dejando de lado todo lo demás. Se comporta de manera cada vez más impulsiva e incontrolada, preso de su adicción. Esta etapa de la relación adictiva es un descenso a la desesperación y la destrucción personal. El servilismo ante las drogas no permite tregua y esta espiral tiende a autoperpetuarse, a menos que suceda algo que la detenga. El retorno, no obstante existe, aunque sea un proceso también duro y difícil.

Sustancias Psicoactivas en las que se Enfoca este Proyecto

La marihuana

Para el Instituto Nacional de Abuso de las Drogas la marihuana se le conoce como la “mota”, “hierba”, “pasto”, “porro”, “cacho”, “peta” (“pot”, “weed”, “grass”) es una mezcla de color verde, café o gris de hojas trituradas, tallos, semillas y flores secas del cáñamo la planta *Cannabis sativa*. La gente fuma marihuana en cigarrillos hechos a mano (“bareto” o “joint”); muchos usan pipas, pipas de agua (también conocidas como “bongs”) o cigarros de marihuana llamados “caños” (usualmente hechos con cigarros vacíos que se rellenan en parte o totalmente con marihuana). La marihuana también se puede usar para preparar té, y usualmente se mezcla con otros alimentos como bizcochos, galletas o dulces, en particular cuando es vendida o consumida para uso medicinal. Asimismo, el uso de resinas con un contenido alto en los ingredientes activos de la marihuana, incluyendo el aceite de hachís o “aceite de miel” un líquido viscoso, la “cera” o “budder” una sustancia sólida con una textura parecida a la de un bálsamo para labios y el “shatter” una sustancia dura y sólida de color ámbar, se han vuelto aún más populares entre los que usan marihuana para uso recreacional o medicinal.

La sustancia química *psicoactiva* (que altera la mente) principal en la marihuana, responsable por los efectos embriagadores que buscan aquellos que la usan de una forma recreacional, es el *delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC). Esta sustancia química se encuentra en una resina preparada a base de las hojas y los tallos de la planta femenina del cannabis. La planta también tiene más de 500 químicos aparte de este, incluyendo más de 100 compuestos químicamente relacionados al THC, llamados cannabinoides.

Efectos de la marihuana

El THC y otros químicos cannabinoides en la marihuana son similares a los químicos cannabinoides que el cuerpo produce naturalmente. Estos *cannabinoides endógenos* funcionan como *neurotransmisores* porque ellos mandan mensajes químicos entre células nerviosas (*neuronas*) a lo largo del sistema nervioso. Estos afectan las regiones del cerebro que influyen el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación, la percepción sensorial y temporal. Debido a esta similitud, el THC puede conectarse a las moléculas llamadas *receptores cannabinoides* que se encuentran en las neuronas en estas regiones del cerebro y las activan, perturbando así varias funciones mentales y físicas y causando los efectos que se describieron previamente. La red de comunicación neural que usa estos neurotransmisores cannabinoides, conocida como el *sistema endocanabinoide*, juega un papel muy importante en el desarrollo y el funcionamiento normal del sistema nervioso, por eso interferir con este sistema puede tener efectos graves.

El THC es capaz de alterar el funcionamiento del hipocampo y la corteza orbital frontal, áreas del cerebro que le permiten a una persona poder crear nuevas memorias y cambiar su foco de atención. Como resultado, el uso de marihuana afecta el pensamiento e interfiere con la habilidad de aprender y hacer labores más complejas. El THC también perturba el funcionamiento del cerebelo y los ganglios basales, la postura, la coordinación y la reacción temporal. Esta es la razón por la cual las personas que han usado marihuana sufren una reducción en su capacidad para conducir de una forma segura.

Las personas que usan marihuana y que han usado dosis altas de esta droga pueden experimentar un episodio de psicosis aguda, el cual incluye alucinaciones, espejismos y una pérdida de pertenencia de identidad personal.

Al actuar en los receptores cannabinoides, el THC también activa el sistema de gratificación del cerebro, el cual incluye las regiones cerebrales que regulan las respuestas saludables a comportamientos placenteros como el sexo y el comer. Al igual que la mayoría de las drogas, el THC estimula las neuronas en el sistema de gratificación para liberar la sustancia química *dopamina* a niveles más altos de los que normalmente son liberados como respuesta a estímulos naturales. Este flujo de

dopamina contribuye a la sensación placentera de "doparse" que buscan las personas que usan marihuana recreacionalmente.

Cuando se fuma marihuana, su ingrediente activo, THC, viaja por el cerebro y el resto del cuerpo, produciendo sus efectos. En el cerebro, el THC se adhiere a los receptores de cannabinoides que se encuentran en las células nerviosas, lo que afecta la forma en que estas células funcionan y se comunican unas con otras. Los receptores de cannabinoides son abundantes en las partes del cerebro que regulan el movimiento, la coordinación, el aprendizaje y la memoria y funciones cognitivas más complejas como el juicio y el placer. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/que-es-la-marihuana>.

Cocaína

En su artículo <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-la-cocaina-y-que-efectos-produce> se realiza un estudio sobre la cocaína que define que las hojas de coca, planta que se cultiva en América del Sur, se encuentra un principio activo llamado cocaína. Su presentación tras los procesos de purificación es un polvo blanco e inoloro. Se utilizó en un principio con fines médicos, como anestésico local. Comprobada su toxicidad, dejó de usarse sanitariamente y actualmente es ilegal.

En nuestro país está aumentando su consumo de año en año por diferentes sectores de la población. La cocaína es consumida también, junto con la heroína, como segunda o tercera droga en algunos drogodependientes. Esta produce dos tipos de efectos a) efectos inmediatos como ausencia de fatiga, exaltación del estado de ánimo, sensación de vértigo, aumento de la seguridad en uno mismo, prepotencia, ausencia de cansancio, sueño y hambre. También es frecuente que produzca inquietud y angustia.

Este primer efecto euforizante va seguido de un efecto rebote, caracterizado por cansancio, apatía y angustia, así como una conducta impulsiva y agresiva. A nivel físico se produce una aceleración del ritmo cardíaco y un aumento de la temperatura del cuerpo, además del efecto anestésico local. Sus efectos dependerán, en general, de la cantidad y la vía de administración. Dosis elevadas pueden producir temblores, tics, movimientos convulsivos y alucinaciones b) Efectos a largo plazo son similares a los de las anfetaminas. Presentan una mayor gravedad, aunque siempre dependiendo del

consumo que se realice de unas y otras. Destacan también los efectos sobre el feto durante el embarazo y en el neonato: elevada mortalidad perinatal, aborto espontáneo y alteraciones nerviosas en el recién nacido.

Es importante llamar la atención sobre la posible aparición, como en el caso de las anfetaminas, de un síndrome psicótico caracterizado por la aparición de delirios, trastornos confusionales y alucinaciones. La muerte por consumo de cocaína se produce, principalmente, por una hemorragia cerebral o fallo cardíaco.

Síndrome de abstinencia

FASE 1. Crash (9 horas - 4 días del consumo). Temprana: agitación, opresión, anorexia, craving. Media: fatiga, depresión, no craving, insomnio.

FASE 2. Abstinencia (1-10 semanas). Temprana: sueño normal, eutimia, bajo craving (deseo patológico). Media y Tardía: anhedonia, anergia, ansiedad, intenso craving.

FASE 3. Extinción. Repuesta hedónica normal, eutimia, craving condicionado.

Psicopatología

Síndrome de Mangan (microzoopsias). Cuadro alucinatorio táctil, casi específico de las psicosis cocaínicas. El paciente siente pequeños animales (lombrices, hormigas, piojos, etc.) en la piel de las manos y sobre todo del cuerpo.

Psicosis cocaínica. Suele existir un cuadro paranoide: aparece un estado de inquietud, irritabilidad creciente e hipersensibilidad perceptiva, con alucinaciones auditivas y sobre todo visuales.

Depresión reactiva. Aparece al retirar la droga tras un consumo prolongado. Alcanza la gravedad máxima a las 48-72 horas, y puede durar varias semanas. Predomina el componente neurasténico, con inhibición y apatía, por lo que se puede volver al consumo, creando así un vínculo vicioso.

Bazuco

Es una droga que se produce al calentar el clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico y agua. El resultado: una cocaína que se puede fumar y que es mezclada con diversos materiales nocivos para hacerla rendir, como polvo de ladrillo,

arena, tiza, talco, y diversas sustancias tóxicas. Su bajo costo constituye factores que han incidido en el incremento de su consumo.

Esta droga conocida con diversos apelativos como “susto, zuco, pistolo” y su forma de presentación para la venta en “bichas”, se consume fumándola en cigarrillos (“soplar”), mezclándola con tabaco, en pipas (“carro”) o aspirando el humo tras calentar la droga en papel aluminio.

Precisamente, el nombre del bazuco en inglés (crack) se deriva del sonido que produce la ruptura de los cristales al calentarse para ser fumado.

El bazuco es un estimulante que actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), produciendo efectos intensos en la experimentación de las sensaciones gratificantes y en los niveles de activación de la persona. (Basto, 2012) Consecuencias de las principales drogas. Recuperado de:http://dbdrogadccion.blogspot.com.co/2012/07/basuco_07.html

Dependencia

Para Arroyave (2002) El dependiente termina aislado de su entorno social, laboral y familiar por una razón muy clara: difícilmente el bazuco permite un uso recreativo y esporádico, pues el consumidor, llevado por las vertiginosas y potentes subidas y bajadas, necesitará un nuevo consumo con mucha rapidez.

Consecuencias de la dependencia

A nivel emocional el desasosiego se convierte en un estado permanente, en el que los cambios abruptos de los estados de ánimo son la constante. La oscilación entre agresividad, la indiferencia, el aislamiento, la tristeza y la depresión caracterizan la vida emocional de la persona dependiente del bazuco.

Alcohol

Según el estudio realizado en el Centro Can Rosselló a pesar de lo difícil que resulta asumir que es una droga, por lo integrado que está en la cultura, lo cierto es que se trata de la droga más consumida Colombia y la que más problemas de toda índole produce.

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, que pertenece al grupo de sedantes junto con los barbitúricos y los benzodiazepinas.

El alcohol etílico o etanol es la droga que se encuentra en las bebidas alcohólicas, aunque existen otros tipos de alcoholes como el metílico, que se utiliza principalmente en la industria.

La ruta metabólica que sigue el alcohol cuando se consume no tiene nada que ver con el proceso digestivo normal. Éste pasa por el estómago al duodeno, donde se absorbe; posteriormente al torrente sanguíneo, lo que produce irritación y estimula la secreción de jugos gástricos, así como procesos inflamatorios de esófago y estómago, gastritis y úlceras.

En unos pocos minutos llega el alcohol al cerebro, donde actúa y donde se aprecian los mayores efectos.

El consumo excesivo de alcohol (grandes cantidades) en un corto período de tiempo puede producir la muerte.

El alcohol es un tóxico que, circulando por la sangre, alcanza todos los órganos y sistemas del organismo, por lo que se pueden producir importantes y múltiples problemas relacionados con su consumo: afecta a la respiración intracelular, la producción de neurotransmisores y el metabolismo.

En el bebedor habitual aparece el síndrome de abstinencia tras una privación de bebida de uno a cinco días. En este síndrome de abstinencia se dan síntomas orgánicos, neurovegetativos y psíquicos.

Patología somática del alcoholismo crónico: Náuseas, vómitos viscosos y biliares, gastritis pancreatitis, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática.

Respiratoria: Laringitis, neumonías, bronquitis.

Cardio-respiratoria: Hipertensión arterial, epistaxis y tendencias hemorrágicas.

Hematología: Anemias, Leucopenias.

Endocrina: Déficit suprarrenal, atrofia gonadal masculina con disminución de la libido e impotencia.

Muscular: Miopatías agudas y crónicas.

Metabólica: Hipoglucemias, hiperuricemia, hipo y avitaminosis.

Neurológicas: Disartria, temblores de manos, párpados y lengua, crisis epilépticas, polineuritis y ataxias.

Psicopatología:

- Alucinosis alcohólica o de Wernicke.
- Delirium Tremens.
- Demencias alcohólicas.

Epilepsia alcohólica.

- Encefalopatías alcohólicas.
- Celotipia alcohólica o Delirio de Celos

Recuperado de <http://www.centroadiccionesbarcelona.com/el-alcohol-y-su-efecto-depresivo/>.

5. Metodología**5.1. Enfoque de tipo cuantitativo**

El tipo de enfoque que será utilizado en este proyecto es de tipo cuantitativo según Cohen, L & Manion, L. (1990) afirma que la Investigación Cuantitativa se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Además, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población. Entre sus características principales se encuentran

- Parte generalmente de un problema bien definido por el investigador
- Parte de objetivos claramente definidos por el investigador
- Se plantean hipótesis para ser verificadas o falseadas mediante pruebas empíricas
- Utiliza instrumentos para recolección de información y medición de las variables muy estructurado.
- Para una mejor explicación de la relación entre los hechos se controlan los factores de confusión.

5.2 Método: Descriptivo

Su objetivo es describir el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural, sin explicar las relaciones que se identifiquen.

Según Briones(1996)en este tipo de investigación se pueden hacer los siguientes tipos de análisis: a) Caracterizar globalmente el objeto de estudio, se utilizan para ello, tablas y figuras estadísticas, medidas estadísticas tales como, distribuciones de frecuencia, medida de tendencia central, de dispersión y correlación b)Identificar el o los objetos que tiene ciertas características c) Describir el contexto en el cual se presentan cierto fenómeno, se ubica el lugar donde se da el fenómeno y luego se señalan las principales características económicas, demográficas, sociales, entre otras del contexto d) Cuantificar la magnitud del fenómeno, en ocasiones la determinación de una variable puede constituir el objetivo central de estudio e) Identificar las diferencias que existen o se dan entre dos o más grupos de una población objeto de estudio f) Describir las partes, categorías o clases que componen el objeto de estudio g) Describir el desarrollo o evolución del objeto de estudio h) Describir las relaciones del objeto de estudio con otros objetos, tal objetivo consiste en buscar asociaciones o correlaciones entre variables.

5.3. Método Correccional

Para Barón (1997) este método de investigación en que los investigadores observan dos o más variables para determinar si los cambios en una son acompañados por cambios en la otra, las ventajas de este método pueden emplearse para estudiar la conducta en muchos escenarios naturales, puede ser muy eficiente y puede dar lugar a una gran cantidad de datos interesantes en muy poco tiempo, puede ampliarse para incluir muchas variables diferentes a la vez.

Ho: Existe relación entre el consumo de algunas sustancias psicoactivas y la presencia de ciertos trastornos mentales y/o psiquiátricos.

5.4. Población y muestra

La población son las personas consumidoras de sustancias Psicoactivas y la muestra está representada por los usuarios que se encuentran en la Fundación Génesis.

Número de pacientes totales: 58 pacientes en totales

Número de usuarios al que se le aplicara el instrumento: ahí tenemos que evaluar la sustancia de predilección del paciente, para poder aplicarlo toca con un paciente que consume cualquiera de las 4 sustancias que vamos a trabajar.

Género: masculino y femenino

Edad: mayores de 18 años

Tiempo en la Fundación: 45 días

Tiempo de consumo: eso depende del paciente no se puede especificar.

Sustancia que consumen: las sustancias que vamos asociar con las patologías son: marihuana, bazuco, alcohol, cocaína.

5.5. Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada en este proyecto es a) Entrevista semiestructurada b) Vespa c) Mini entrevista Neuropsiquiatra.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada

Una entrevista es semiestructurada, permite ajustar los temas en el momento de ejecutarla a) El investigador previamente a la entrevista lleva a cabo un trabajo de planificación de la misma elaborando un guión que determine aquella información temática que quiere obtener b) Existe una acotación en la información y el entrevistado debe remitirse a ella. Ahora bien, las preguntas que se realizan son abiertas. Se permite al entrevistado la realización de matices en sus respuestas que doten a las mismas de un valor añadido en torno a la información que den. c) Durante el transcurso de la misma se relacionarán temas y se irá construyendo un conocimiento generalista y comprensivo de la realidad del entrevistado. e) El investigador debe mantener un alto grado de atención en las respuestas del entrevistado para poder interrelacionar los temas y establecer

dichas conexiones. En caso contrario se perderían los matices que aporta este tipo de entrevista y frenar los avances de la investigación (Sánchez Martín, 2003).

VESPA

El subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas VESPA, se constituye en el componente esencial del sistema de vigilancia en salud pública del Distrito Capital que da cuenta del uso problemático de drogas lícitas e ilícitas; diseñado e implantado con el propósito de unificar y consolidar la información epidemiológica sobre esta problemática en el nivel nacional y distrital.

El sistema utiliza varias estrategias epidemiológicas como las encuestas de prevalencia y la vigilancia por unidades centinela. Estas últimas son centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia de origen público o privado, instituciones de resocialización orientadas a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con uso problemático de drogas y centros de atención en salud mental que operan dentro del subsistema VESPA como Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD.

La M.I.N.I

Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad Aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, medio 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

5.6. Aspectos éticos

En Colombia la profesión psicológica sigue unas normas en cuanto a intervenciones de pacientes en el ejercicio clínico, por consiguiente, es necesario que los

profesionales sigan unos reglamentos en cuanto a este quehacer. En este proyecto es necesario tener algunas normas claras entre ellos seguir la Ley 1090 de 2006, que enmarca la profesión de psicólogos.

En su artículo 36 señala:

a) Hacer uso apropiado del material psicotécnico en el caso que se necesite, con fines diagnósticos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo;

b) Rehusar hacer evaluaciones a personas o situaciones cuya problemática no corresponda a su campo de conocimientos o no cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo;

c) Remitir a un colega o profesional competente cualquier caso que desborde su campo de conocimientos o intervención;

d) Evitar en los resultados de los procesos de evaluación las rotulaciones y diagnósticos definitivos;

e) Utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas;

f) Notificar a las autoridades competentes los casos que comprometan la salud pública, la salud o seguridad del consultante, de su grupo, de la institución o de la sociedad;

g) Respetar la libre elección que el usuario haga para solicitar sus servicios o el de otros profesionales;

h) Ser responsable de los procedimientos de intervención que decida utilizar, los cuales registrará en la historia clínica, ficha técnica o archivo profesional con su debido soporte y sustentación;

i) No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente;

j) Comunicar al usuario las intervenciones que practicará, el debido sustento de tales intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance.

5.7. Plan de análisis de información

Después de la aplicación de los instrumentos señalados anteriormente se realizarán los correspondientes análisis Estadísticos, que pueden ser a nivel de descriptivos, para ello se utilizara el Programa estadístico SPSS, este programa también nos brinda la oportunidad de conocer matemáticamente las correlaciones entre los diferentes trastornos que presente en la prueba.

5.8. Procedimiento

Primero se hizo la selección de la muestra fueron 58 usuarios de la Fundación Génesis, a partir de los datos de la historia clínica se recogieron de forma protocolizada variables sociodemográficas, luego se aplicó la entrevista semiestructurada M.I.N.I. para establecer la presencia de trastornos mentales, sus resultados demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, puede ser administrado en un periodo de tiempo promedio de 18.7=11.6 minutos con media de 15.0 minutos. Como lo reportan otras investigaciones la MINI tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad de 88% para los nueve (9) trastornos que pretende diagnosticar (Sheehan et al., 1998).

Luego de aplicar la entrevista se realizó la tabulación de la información a través del programa estadístico SPSS, de allí se obtuvieron los datos para la realización de los resultados.

6. Resultados

TABLA DE DATOS		
Género		
Hombres	49	84%
Mujeres	9	16%
Estudios		
Primaria	27	47%
Bachillerato	26	45%
Universitario	5	8%
Estado Civil		
Casados	17	29%
Solteros	33	57%
Unión Libre	7	12%
Viudos	1	2%
Situación laboral		
Empleado	4	7%
Desempleado	43	74%
Independiente	11	19%

Tabla 1. Datos caracterización de la muestra.

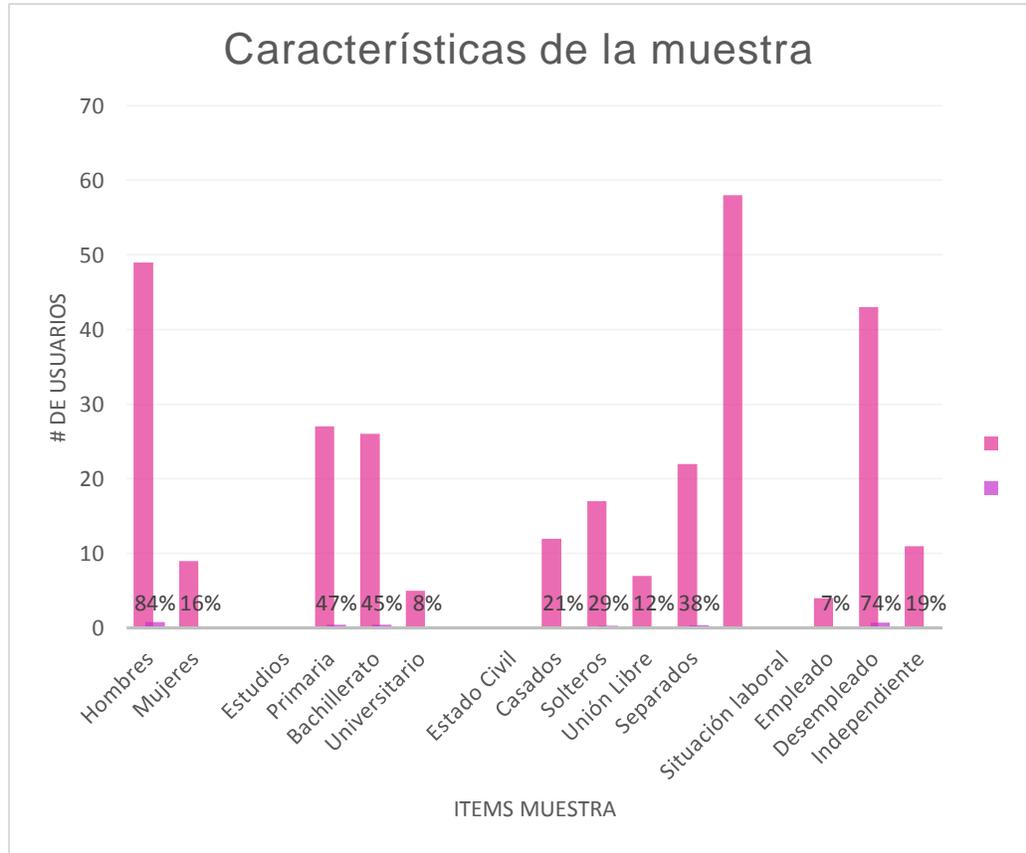


Figura 1. Características de la muestra.

El número de participantes fueron 49 hombres y 9 mujeres, la muestra establece que el 84% de los usuarios de la Fundación son hombres mientras que el 16% corresponde al género femenino. En cuanto a los estudios los usuarios drogodependientes el 47% termino primaria, el 45% termino el bachillerato, el 8% son universitario. Teniendo en cuenta el estado Civil este nos indica que el 21% son casados, el 29% son solteros, el 12% se encuentran en unión libre y un 38% son separados, de acuerdo a su situación laboral el 7% son empleados formales, 74% son desempleados y el 19% son trabajadores informales.

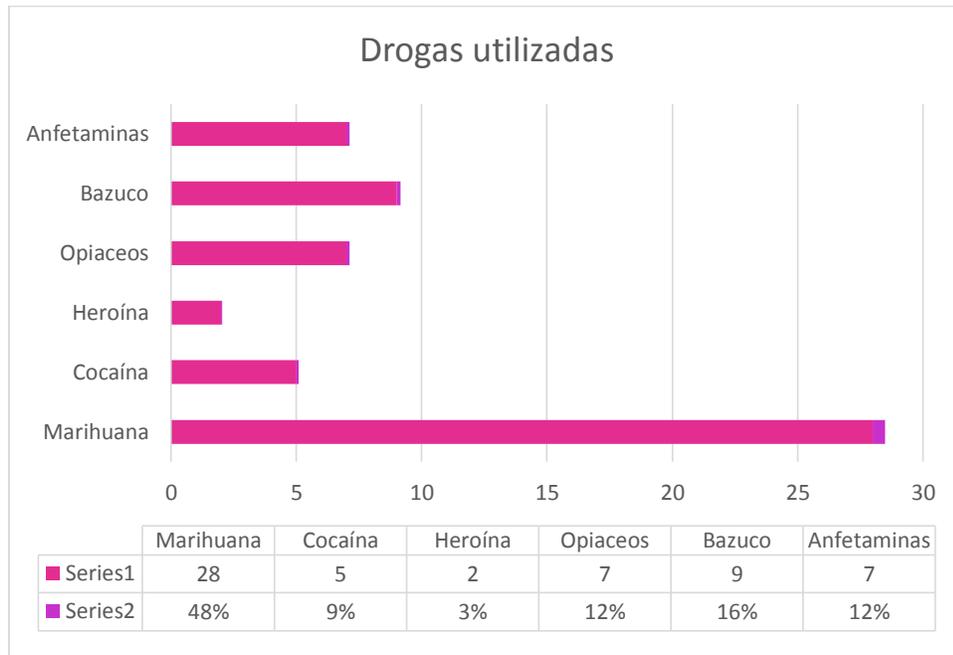


Figura 2. Drogas utilizadas por los usuarios de la Fundación.

Las sustancias psicoactivas de los usuarios de la fundación más utilizadas son la marihuana, dentro de esto podemos observar que la marihuana por ser un alucinógeno de fácil acceso es el más utilizado, otra circunstancia para su uso es que los usuarios de la Fundación consideran que es una droga recreativa y social que no perjudica su salud y entorno social, aunque se evidencia que ésta en algunos casos se asocia con la depresión, el resultado también arroja que existe policonsumo, esto debido a que se consume más de una sustancia. Se consideró que los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual en el momento actual, destacando la prevalencia de los trastornos del humor y de ansiedad.

El bazuco es la segunda droga más utilizada por los usuarios de la fundación, esta sustancia conocida con diversos apelativos como “susto, zuco, pistolo” y su forma de presentación para la venta en “bichas”, se consume fumándola en cigarrillos (“soplar”), mezclándola con tabaco, en pipas (“carro”) o aspirando el humo tras calentar la droga en papel aluminio, se evidencia que los consumidores presentan un grave deterioro de la personalidad; se evidencia descuido en presentación personal e higiene.

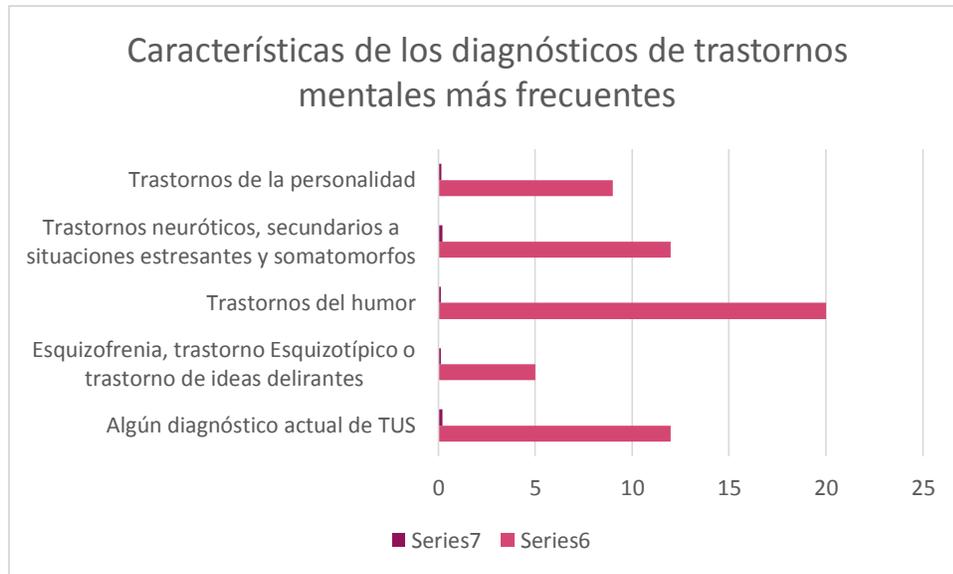


Figura 3. Características de los diagnósticos de trastornos mentales más frecuentes.

En cuanto al consumo de cocaína se estableció que la dependencia de la cocaína se encontraba se encontraba más asociada con el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, siendo los más prevalentes los trastornos paranoide, antisocial, límite, depresivo. Autores como Sonne y Brady (1998) indican que es necesario un periodo de abstinencia en el consumo de al menos tres semanas antes de evaluar la presencia del trastorno de personalidad.

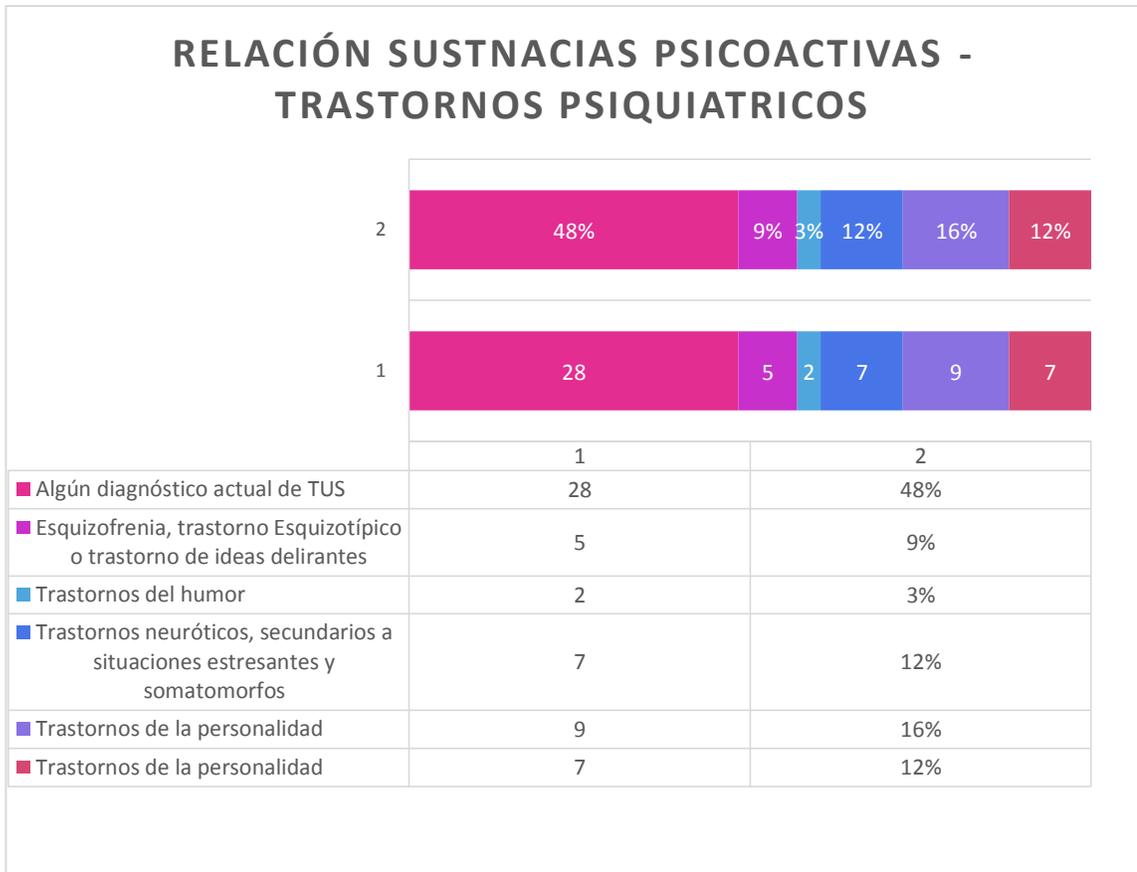


Figura 4. Relación entre uso de sustancias y trastorno psiquiátrico

En cuanto a la relación existente entre el consumo de sustancia psicoactivas y los trastornos, se evidencia, aunque no en forma significativa que si existe una relación entre el consumo de sustancias y los trastornos más prevalentes son la depresión, el trastorno oposicionista desafiante y el estrés postraumático.

Cabe resaltar que pueden aparecer otros trastornos como la depresión, la bipolaridad pero que en este estudio no hay una significancia, además, existen pocos estudios referentes al tema con una conclusión radical frente al tema de la patología dual.

7. Discusión

Los resultados arrojados permiten establecer que el 75% de las personas consumidores de sustancias psicoactivas, presentan patología dual, sin embargo, la muestra no es representativa para establecer significancias entre los distintos trastornos.

Un estudio realizado por Arias, Szerman, Vega, Mesías, Basurte (2015), muestran como la comorbilidad entre psicosis y trastorno por uso de sustancias (TUS) es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por la gravedad clínica y sus repercusiones socio sanitarias.

Pero estos estudios también demuestran que en una encuesta a profesionales que trabajaban con pacientes adictos, observaron que sobre un 34% tenían comorbilidad psiquiátrica, siendo la depresión el cuadro psiquiátrico más prevalente (21.6%) y la dependencia de opiáceos la menos asociada con la comorbilidad psiquiátrica (Gual, 2007).

La presencia de patología dual es muy elevada en adictos en tratamiento que tienen dependencia de cannabis y dicho consumo, posiblemente en el contexto de un patrón de policonsumo, se asocia con trastornos mentales graves como la psicosis y el trastorno bipolar. Una edad de inicio más precoz en el consumo de cannabis se asocia con más riesgo de presentar dichos trastornos mentales como lo demuestra en su estudio Se consideró que un 76,5% de los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual en el momento actual, destacando la prevalencia de los trastornos del humor y de ansiedad. El 51% de los adictos a cannabis tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad. La mayoría tenían varios diagnósticos de trastornos por uso de sustancias. Los sujetos con abuso o dependencia de cannabis tenían un inicio más precoz en el consumo de otras drogas como el alcohol, la cocaína y el tabaco que el resto de los adictos, según estudios de Szerman & Martínez-Raga (2015).

También es necesario aclarar que en este estudio los usuarios se encuentran en tratamiento y cada estudio depende de diferentes factores como las diferentes muestras, su estado de tratamiento hace suponer que los resultados varían significativamente, dependiendo de la disponibilidad y la selección de la población, los métodos de muestreo, las técnicas y la competencia de diagnóstico, la validez y la fiabilidad de los instrumentos de diagnóstico empleados y el período de estudio, esto lo podemos

comparar con el resultado de los tratamientos efectuados en España en la Asociación Dual entidad que desde la perspectiva de la patología dual a basado su tratamiento: el tipo de muestra con el que trabajamos, la cual se halla inevitablemente sesgada (personas con Patología Dual en tratamiento ambulatorio y susceptibles de ingresar en un recurso residencial), uno de los problemas vinculados a la dificultad para detectar otros trastornos coexistentes se relaciona con la actitud y los conocimientos de cada uno de los profesionales y con la política de la institución.

Los limitantes que tuvimos en este proyecto fue el poco tiempo para poder explorar más a fondo los diferentes conceptos, además que estos se encontraban en tratamiento haciendo que la muestra tuviera efectos externos a la caracterización de la población.

Otra acotación en cuanto a las limitaciones es que en varios usuarios presentaron cuadros de policonsumo lo cual es un factor para establecer con certeza el trastorno que presenta según la sustancia, además los recursos son pocos para atender con certeza el diagnóstico y tratamiento según Néstor Szerman, presidente de la SEPD, a pesar de la elevada frecuencia de la patología dual, más del 90% de los profesionales sanitarios considera que los recursos sanitarios dedicados a la atención de esos pacientes es "insuficiente". Al menos, es lo que se refleja en la primera encuesta nacional realizada en España sobre la disponibilidad de recursos específicos para el tratamiento de pacientes con patología dual, en la que han participado más de 650 profesionales sanitarios procedentes de 553 centros de 235 ciudades españolas, incluyendo todas las comunidades autónomas. Dicha encuesta se recogió en el primer Libro Blanco de Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual promovido por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) y la Fundación de Patología Dual, y que se ha presentado la semana pasada en Madrid.

8. Conclusiones

Se evidencia que en la mayoría de casos en consumidores de sustancias psicoactivas existe una prevalencia de trastornos psiquiátricos, aunque la significancia del trastorno no es elevada. Esta afirmación también es corroborada por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas la cual afirma “Muchas de las personas adictas a las drogas también reciben el diagnóstico de otros trastornos mentales y viceversa. Por ejemplo, en comparación con la población en general, los toxicómanos tienen el doble de probabilidad de sufrir trastornos en sus estados de ánimo o niveles de ansiedad, lo cual también puede suceder a la inversa.”

La droga más utilizada por los usuarios fuera del alcohol es la marihuana siendo está la droga más asociada con la psicosis, mientras que los opiáceos la de menor riesgo, así lo sugieren múltiples estudios de cohortes y experimentales, los cuales también indican según Szerman & Martínez-Raga (2015) existe poca información en nuestro medio sobre la patología dual en adictos al cannabis, la mayoría procede de estudios epidemiológicos y clínicos de otros. En cuanto la dependencia de cocaína se encontraba más asociada con el diagnóstico de trastornos de personalidad

En este proyecto evidenciamos que existe una fuerte asociación entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, como el síndrome de estrés postraumático, el TAB I y trastornos de la conducta. A través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., se ha establecido que coexisten los problemas de salud mental y los trastornos de uso de sustancias. Esto se debe a que:

Ciertas drogas ilegales pueden causar una adicción en personas que experimentan uno o más síntomas de un problema de salud mental.

Los problemas de salud mental a veces conducen al consumo de drogas o alcohol, ya que algunas personas con un problema de salud mental pueden abusar de estas sustancias como una forma de automedicación

Los trastornos mentales y del uso de sustancias comparten algunas causas subyacentes, como los cambios en la composición del cerebro, las vulnerabilidades genéticas y el contacto temprano con el estrés o el trauma.

Referencias

- Arnold M. Washton, Donna Boundy (1991). *Querer no es poder: cómo comprender y superar las adicciones*. Edición reimpressa. Editor Paidós.321pag.
- Arias F 1, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F (2015). *Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual*. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2015>
- Arias, Francisco. (2013) *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la salud mental*. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid. España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Actualización de la codificación del dsm-5*. Recuperado de <http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/>
- Baler RD, Volkow N. (2011). *Adicción como una falla en el sistema: se centran en la adolescencia y el tabaquismo*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 329-39.
- Barón, R (1997) *Fundamentos de psicología*. México: Pearson Educación.
- Berman, S. M. y Noble, E. P. (1993). *Antecedentes infantiles de abuso de sustancias*. Current Opinion in Psychiatry, 6, 382-387
- Brady KT, Sinha R. (2005). *Co-produciendo trastornos mentales y consumo de sustancias: los efectos neurobiológicos del estrés crónico*. Am J Psychiatry 162:1483-93.
- Bowers, M. B. (1972). *Actúa la psicosis inducida por el consumo de drogas: I. Los hallazgos clínicos*. Archives of General Psychiatry, 27, 437-440.
- Briones, G (1996). *Evaluación Educacional*. Convenio Andrés Bello. Formación de docentes en investigación Educativa. Bogotá. 158 pág.
- Buckley, P. F. (1998). *Substance abuse in schizophrenia: A review*. Journal of Clinical Psychiatry, 59, 26-30.
- Casas, M. (1997). *La Psiquiatrización de las Drogodependencias*. Revista Electrónica de Psiquiatría, 1, (4).
- Cabrera Forneiro, J. (2001). *Patología Dual*. Edición 04/01. Madrid Editorial Consejería de la Sanidad.
- Centro Can Rosello (2002) *Patología Dual*. Blog. Recuperado de <http://www.centroadiccionesbarcelona.com/>

- ECA (Epidemiological Catchment Área) Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.
- First, M.B. y Gladis, M.M. (1996). *Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Psiquiátricos y por Uso de Sustancias*. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar, *Diagnóstico Dual*. (41-56). Ediciones en Neurociencias, S.L., Barcelona
- Fisher, M. (2005). *Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database*. J Epidemiol Community Health edition. pp. 59: 847-850.
- Graham, J. R. y Strenger, V. E. (1988). *MMPI características de los alcohólicos: una revisión*. Diario de Consultoría y Psicología Clínica, 56, 197-205
- Hays, P. y Aidroos, N. (1986). *Alcoholismo seguidos por la esquizofrenia*. Acta Psychiatrica Escandinavia, 74, 187-189
- Ibáñez, A. (2014). *Impulsividad, diferencias de género y patología dual en el juego patológico*. Revista de Patología Dual. Recuperado de http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2014_8.pdf
- Khantzian, E. J. (1985). *La hipótesis de la automedicación de los trastornos adictivos: se centran en la heroína y dependencia de la cocaína*. American Journal of Psychiatry, 142, 1259-1264
- Mueser, K.T., Drake, R. E. y Wallach, M. A. (1998). *El diagnóstico dual: Una revisión de las teorías etiológicas. Las conductas adictivas*. 23, 717-734.
- NIH (2014) *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es>
- Ortiz, A. (1998). *Epidemiología y Modelos Explicativos del Trastorno Dual*. Ediciones Gráficas DELOS S.L (45-59).Madrid. España.
- Pérez, S; Domenech, A. (2014) *El final de la crisis*. Ediciones B, S, A. Barcelona. España.
- Pitkanen T, Lyyra AL, Pulkkinen L. (2005). *La edad de inicio del consumo de alcohol y el uso de alcohol en la edad adulta: un baile de fin de estudio de seguimiento. Edad 8-42 para las hembras y machos*.

- Adicción 2005; 100: 652-661. Tomado de <http://www.psiquiatria.com/autor/administrador/page/91/>.
- Post, R. M., Rubinow, D. R. y Ballenger, J. C. (1984). *Acondicionado, sensibilización y leña: Implicaciones para la evolución de la enfermedad afectiva*. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Raskin V., Miller N.s. (1993). *The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders: A critical review*. Journal of Addictive Diseases. Recuperado de <http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1998/1998>.
- Romero, C; Martínez, A. (2012) Abuso de drogas y su relación con la esquizofrenia. Artículos Científicos. Recuperado de <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev60/artic07.htm>
- Rubio, G (2011) *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Ed. Médica Panamericana, España. 811 páginas.
- Rubio G. (1998) *Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos comórbidos con las Patologías Adictivas*. En J. Cabrera, Patología Dual. (103-121). Madrid: Ediciones Gráficas DELOS S.L
- Rush B, Koegl CJ.(2008). *El potencial no realizado de la ciencia en la reducción de la adicción a la epidemia del VIH*. Can J Psychiatry. 2008 Dec; 53 (12): 810-21.
- Santis, R. y Pérez, J. (2002). *Epidemiología y modelos de relación*. En G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Álamo y J. Santo-Domingo, Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias (pp. 155-187). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. y Morales, E. (2001). *Sintomatología psiquiátrica en dependientes a opiáceos*. Psicopatología, 21, 163-173.
- Sánchez Martín, M.E. (2003). *La entrevista. Técnica de recogida de datos en el análisis de una situación social*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid,
- Szerman & Martínez-Raga (2015). "Editorial", *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 8 Iss: 2
- Schwartz, R. H. (1987). *Marihuana: una revisión general*. En *Clínicas Pediátricas de Norteamérica (eds.)*, Dependencia química. (pp. 337-351). Interamericana.

- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). 2014. *Breve historia de la patología dual*.
<http://www.fundacionacorde.com/breve-historia-de-la-patologia-dual.html>.
- Verheuel, R., Van der Brink, W. Y Hartgers, C. (1995) .*Prevalencia de los trastornos de personalidad entre los alcohólicos y adictos a las drogas: una visión general*.
Adicción Europeo de Investigación, 1, 166-177.
- Volkow, N. (2015). Décimo Aniversario del Centro de Patología Dual: encuentro con la Dra. Nora Volkow. *Revista de patología dual*, 2(1), pp. 1-4, Recuperado en http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2015_3.pdf
- Zimberg, S. (1996) *Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual*. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar, *Diagnóstico Dual*. (21-40). Barcelona. Ediciones en Neurociencias, S.L.