

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA PATOLOGÍA DUAL GRAVE EN LA  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**Proyecto de Intervención**

**LUZ ANGELA ROJAS BERNAL**

**MARCELO ANDRÉS HERNANDÉZ YASNÓ**

**KHRISTIAN LEONARDO ROJAS MARTÍNEZ**

**ASESOR**

**GUILLERMO ALONSO CASTAÑO PÉREZ**

**ESPECIALIZACIÓN EN ADICCIONES**

**ESCUELA DE POSGRADOS**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ**

**MEDELLÍN**

**2025 IV SEMESTRE**

## Tabla de contenido

Resumen Ejecutivo .....	2
Executive Summary .....	3
Introducción .....	5
1. Contexto.....	6
2. Problema central .....	8
3. Antecedentes históricos del problema .....	10
4. Marco teórico y Revisión de la Evidencia .....	17
4.1 Fundamentos de la Patología Dual .....	17
4.2 Modelos de Tratamiento Basados en la Evidencia .....	21
4.3 Barreras y Controversias.....	39
5. Metodología de Marco Lógico .....	41
5.1. Análisis de Involucrados.....	41
5.2. Árbol de problemas para el Diseño de un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.....	43
5.3. Árbol de objetivos Diseño de un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	46
5.4. Matriz de Planificación del Proyecto .....	47
5.5. Cronograma de actividades.....	50
5.6. Presupuesto .....	51
5.7. Sistema de Monitoreo y Evaluación Fase 1.....	53
Conclusiones .....	54
Referencias.....	55
Anexos.....	64
Anexo A. Instrumentos de evaluación .....	64
Anexo B. Manual del Protocolo Clínico Integrado (PCI) del Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E .....	71
Anexo C. Perfil de competencias de los profesionales para Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave .....	69
Anexo D. Criterios de Aplicación y Protocolos Operativos del Protocolo Clínico Integrado (PCI) para Patología Dual Grave .....	71

## Resumen Ejecutivo

- **Problema central**

El presente trabajo de grado surge como respuesta a una necesidad crítica dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente: la ausencia de un dispositivo asistencial especializado para el manejo integral de pacientes con patología dual grave. Esta carencia ha mantenido durante años un modelo fragmentado entre la atención en salud mental y los servicios de adicciones, generando recaídas frecuentes, episodios repetidos de hospitalización, inestabilidad clínica prolongada y una afectación profunda en la vida social, familiar, laboral y funcional de quienes transitan estas condiciones. El cierre del CAD Santa Clara intensificó dicha brecha, evidenciando de forma contundente la urgencia de una estructura formal que articule el tratamiento de ambos ejes del padecimiento: el consumo problemático de sustancias y el trastorno mental severo.

- **Objetivo general**

Diseñar un Programa Integral de Atención para Patología Dual Grave, sustentado en evidencia científica y en la experiencia institucional en el manejo de población psiquiátrica compleja. Este diseño busca construir un modelo que unifique la atención clínica, terapéutica y comunitaria, garantizando continuidad del cuidado desde la fase de agudización hasta la rehabilitación psicosocial, de forma humanizada, técnica y sostenida.

- **Metodología**

La metodología empleada corresponde al Enfoque de Marco Lógico de la Fase 1, lo que permitió analizar el problema desde su origen estructural, revisar literatura y experiencias exitosas a nivel nacional e internacional, identificar vacíos en la red actual de servicios y plantear líneas operativas que respondan a las particularidades de la población.

- **Componentes clave**

A partir de este proceso, se consolidaron los componentes centrales del modelo: intervención integrada en salud mental y adicciones, conformación de un equipo interdisciplinario especializado, continuidad terapéutica a largo plazo, enfoque biopsicosocial con perspectiva que incluya un enfoque de reducción de daños, participación de la familia y la comunidad y un sistema de monitoreo evaluativo para medir impacto, adherencia y evolución clínica.

- **Resultados esperados**

Los resultados esperados de este diseño apuntan a disminuir la reincidencia en consumos y hospitalizaciones, aumentar la adherencia terapéutica, mejorar la funcionalidad cognitiva y social, y sentar bases sólidas para la implementación futura del servicio dentro de la Subred y del Distrito. A su vez, se proyecta que el programa pueda posicionar a la Subred Centro Oriente como referente en la atención especializada de patología dual grave, un área históricamente rezagada y de alta complejidad asistencial.

En síntesis, este trabajo propone un modelo estructural, clínico y operativo que busca transformar una realidad que hasta hoy ha estado marcada por la discontinuidad terapéutica. Más que un documento académico, es una ruta posible para renovar la manera en que se piensa y se trata a las personas que viven simultáneamente el dolor del trastorno mental severo y la dependencia a sustancias psicoactivas.

**Palabras clave:** Patología dual grave · Adicciones · Salud mental · Modelo integrado · Reducción de daños · Subred Centro Oriente · Marco Lógico · Continuidad del cuidado

## Executive Summary

- **Central Problem**

This thesis arises in response to a critical need within the Central-Eastern Integrated Health Services Network: the lack of a specialized care facility for the comprehensive management of patients with severe dual diagnosis. This deficiency has maintained a fragmented model for years between mental health care and addiction services, generating frequent relapses, repeated hospitalizations, prolonged clinical instability, and a profound impact on the social, family, work, and functional lives of those experiencing these conditions. The closure of the Santa Clara CAD (Center for Addiction Treatment) intensified this gap, clearly demonstrating the urgent need for a formal structure that coordinates the treatment of both aspects of the illness: problematic substance use and severe mental disorder.

- **General Objective**

To design a Comprehensive Care Program for Severe Dual Diagnosis, based on scientific evidence and institutional experience in managing complex psychiatric populations. This design seeks to build a model that unifies clinical, therapeutic, and community care, guaranteeing continuity of care from the acute phase through psychosocial rehabilitation, in a humanized, technically sound, and sustained manner.

- **Methodology**

The methodology employed corresponds to the Logical Framework Approach of Phase 1, which allowed for the analysis of the problem from its structural origins, a review of literature and successful experiences at the national and international levels, the identification of gaps in the current service network, and the development of operational guidelines that respond to the specific needs of the population.

- **Key Components**

This process consolidated the core components of the model: integrated mental health and addiction intervention, formation of a specialized interdisciplinary team, long-term therapeutic continuity, a biopsychosocial approach with a harm reduction perspective, family and community participation, and an evaluative monitoring system to measure impact, adherence, and clinical progress.

- **Expected Results**

The expected results of this design aim to reduce relapses in substance use and hospitalizations, increase therapeutic adherence, improve cognitive and social functioning, and establish a solid foundation for the future implementation of the service within the Subnetwork and the District. Furthermore, the program is projected to position the Central-Eastern Subnetwork as a leader in specialized care for severe dual diagnosis, a historically underserved and highly complex area of care.

In summary, this work proposes a structural, clinical, and operational model that seeks to transform a reality that, until now, has been marked by therapeutic discontinuity. More than an academic document, it is a possible path to renew the way we think about and treat people who simultaneously experience the pain of severe mental illness and dependence on psychoactive substances.

**Keywords:** Severe dual pathology · Addictions · Mental health · Integrated model · Harm reduction · Subred Centro Oriente · Logical framework · Continuity of care

## Introducción

La patología dual, definida como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, representa un problema en aumento de salud pública. Esta condición clínica, deteriora la funcionalidad y reduce la adherencia al tratamiento. Los pacientes con patología dual presentan mayores tasas de recaídas, rehospitalizaciones, ideación suicida, comportamiento violento, deterioro cognitivo y afectación significativa del entorno social y familiar y representan mayor carga económica para los sistemas de salud.

En Colombia, la información epidemiológica continúa siendo fragmentaria; los boletines del Ministerio de Salud y Protección Social registran más de 185.000 atenciones en patología dual entre 2008 y 2017, lo que convierte esta condición en un problema prioritario de salud pública. En Bogotá, y particularmente en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, la demanda por servicios especializados ha aumentado de manera significativa, especialmente en zonas de vulnerabilidad donde confluyen pobreza, violencia, consumo de sustancias y barreras de acceso al sistema de salud. La población atendida en el Hospital Santa Clara, Hospital San Blas y Hospital La Victoria presenta altos índices de trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastornos de personalidad, en coexistencia del consumo de sustancias como basuco, cocaína, cannabis, alcohol y heroína.

La ausencia del Centro de Atención en Drogodependencias (CAD) del Hospital Santa Clara desde 2024, agravó la fragmentación del sistema, aumentando los tiempos de permanencia hospitalaria, las recaídas en el consumo de sustancias y la saturación de las unidades de salud mental por rehospitalización. Estas circunstancias han perpetuado el fenómeno de la “puerta giratoria”, en el cual los pacientes reingresan de manera repetida sin lograr procesos de recuperación sostenidos. Este escenario demuestra la urgencia de implementar un modelo de atención integral que responda simultáneamente a la complejidad clínica y social de esta población.

En pacientes con patología dual grave, la evidencia científica ha demostrado que los modelos de tratamiento secuenciales y paralelos no ofrecen resultados favorables. El tratamiento secuencial, en el cual primero se aborda el trastorno mental y luego la adicción (o viceversa), conlleva múltiples rupturas en la continuidad del cuidado, dificultades administrativas y abandono terapéutico. Por otro lado, el tratamiento paralelo, que implica atención simultánea pero no integrada en dos instituciones diferentes, suele generar inconsistencias clínicas, duplicidad de intervenciones, falta de comunicación y pobre adherencia.

En contraste, los modelos integrados de atención han demostrado mayor efectividad, generando mejoras en adherencia, reducción de consumo, disminución de hospitalizaciones, incremento en funcionalidad social y recuperación sostenida a largo plazo. Por tanto, es necesario diseñar e implementar el Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., el cual se estructurará en las siguientes tres fases:

Fase 1: Diseño de un Programa de Atención para Patología Dual Grave basado en la evidencia científica. Esta fase comprende la fundamentación teórica, epistemológica, el

análisis epidemiológico, revisión de experiencias internacionales y construcción conceptual del modelo integrado. Incluye la definición de la población objetivo, rutas de atención, componentes terapéuticos, estructura del equipo profesional, protocolos clínicos y parámetros de evaluación. Su propósito es ofrecer una propuesta sólida basada en evidencia científica y adaptada a las necesidades reales de la Subred Centro Oriente. De esta manera se pretende incentivar al área administrativa y al área de aseguramiento, que son los tomadores de decisiones frente a los programas asistenciales, de la necesidad de la apertura de un centro de atención en patología dual grave.

Fase 2: Planificación administrativa, operativa y de gestión. En esta fase se transforman los lineamientos conceptuales en un plan operativo viable. Incluye la identificación de recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros necesarios para la puesta en marcha del programa. Se proyecta la estructura organizacional, cargas laborales, presupuesto, mecanismos de articulación interinstitucional, estrategias de sostenibilidad y diseño de indicadores de proceso y resultado.

Fase 3: Implementación del Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave. Esta fase abarca la ejecución concreta del modelo, mediante la habilitación de servicios, contratación y capacitación del equipo terapéutico, puesta en práctica de los protocolos clínicos y psicosociales definidos, monitoreo con indicadores y evaluación de impacto. Esta etapa busca garantizar la continuidad del cuidado, la reducción de hospitalizaciones y la mejora del funcionamiento global de los pacientes.

La articulación de estas fases permitirá avanzar desde el diseño conceptual hasta la puesta en marcha de un servicio de atención integral en patología dual grave, alineado con los estándares internacionales de calidad en salud mental y adicciones, de manera que se convierta en un referente nacional y regional, respondiendo de manera ética, científica y humanizada a una población históricamente marginada por la estructura fragmentada del sistema de salud.

En el presente trabajo se desarrolla la Fase 1 que corresponde al Diseño de un Programa de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

## **1. Contexto**

La relación entre la presencia de una adicción y un trastorno mental es muy estrecha. La prevalencia de esta comorbilidad se ha reportado entre el 15% al 80% en los diferentes estudios, dependiendo de la población específica donde se realice. Los estudios indican que la probabilidad de padecer un trastorno por consumo de sustancias en personas con enfermedad mental es 2.7 veces mayor que para la población general y la probabilidad sujetos con abuso o dependencia a sustancias de padecer un trastorno mental es hasta 7 veces mayor, en comparación con personas que no consumen sustancias (1,2). Debido a la alta frecuencia de esta comorbilidad, se estableció el término patología dual para referirse a la presencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y al menos otro trastorno mental en el mismo individuo (3).

En Colombia, aunque se han llevado algunas investigaciones en poblaciones específicas, no existen datos poblacionales que incluyan estos pacientes, por lo cual se han obtenido prevalencias muy variadas (4). Uno de los únicos registros existentes es el Boletín de Salud Mental No 7 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, donde se registran 185.368 personas atendidas con patología dual entre el 2008 y el 2017, con un promedio de 20.596 personas por año, con una razón hombre/mujer 2:1 y casi la mitad con edades entre los 15 y 34 años. En cuanto a la distribución por departamentos, este boletín informa que el 72.6% de las personas atendidas con patología dual durante estos 9 años, se registraron en Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Santander, Atlántico, Quindío y Cundinamarca (4).

En Bogotá distrito capital, la red de servicios de salud está compuesta por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. Particularmente, la Subred Centro Oriente tiene como zona de influencia a las localidades de Santafé, San Cristóbal, Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria y Rafael Uribe, con una población estimada de 1.088.595 habitantes, con cifras esperadas elevadas para trastornos mentales y adictivos teniendo en cuenta que contiene la denominada zona de tolerancia en Bogotá (5). La Subred Centro Oriente, en la cual se realizará el presente proyecto, cuenta con dos unidades de salud mental que prestan sus servicios en el Hospital Santa Clara con 56 camas habilitadas para pacientes con patología mental y en el Hospital La Victoria con capacidad instalada de 76 camas. Estas unidades de salud mental prestan servicios de consulta externa de psicología y psiquiatría, hospital día psiquiatría adultos, atención de urgencias 24 horas; atendiendo a una población cercana a los tres mil pacientes por mes.

Los pacientes con patología dual que consultan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, se encuentran a menudo con barreras para una adecuada atención, sin garantías suficientes para el tratamiento integral que cubra sus necesidades de atención tanto en el trastorno mental como en el trastorno adictivo, por lo cual se brinda un modelo de atención fragmentado que impacta negativamente en salud y la calidad de la atención de los pacientes. Adicionalmente, la población que asiste a la Subred Centro Oriente, se caracteriza por encontrarse en un sector de alta vulnerabilidad en el centro de Bogotá (6), donde se suman problemas sociales graves como el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas, específicamente en el sector San Bernardo, además de otros problemas sociales como el desempleo, la pobreza, situación de calle, prostitución, delincuencia y la marginación del paciente con patología mental.

La importancia de la patología dual radica en que ha demostrado que se asocia con mayor número de atenciones en urgencias, ingresos hospitalarios, estancias intrahospitalarias prolongadas, co-ocurrencia con enfermedades médicas como el VIH y hepatitis B, conductas de riesgo, problemas legales y deterioro funcional, social y familiar, por lo cual constituye un problema clínico y de relevancia en salud pública, además de representar una carga económica importante para los sistemas de salud (7). Adicionalmente, múltiples investigaciones han demostrado que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo para rehospitalización temprana en unidades de salud mental (8), lo cual resalta la necesidad de generar un modelo de atención integral para estos pacientes. Por esto, existe

el consenso sobre la necesidad de realizar tratamientos integrales para la población con patología dual, para lo cual se requiere del abordaje de ambas patologías en un mismo centro de atención con un recurso asistencial especializado (9).

Por otra parte, estudios epidemiológicos indican que la inadecuada atención del paciente con patología mental conlleva a rehospitalizaciones y reingresos de esta población (10). Según estadísticas propias de la Subred Centro Oriente, la falta de un abordaje adecuado del paciente con trastornos mentales y adicciones ha conllevado a altos costos familiares y sociales para el paciente, pero también para el sistema. Sumado a esto, en el año 2024, el Centro de Atención en Drogodependencias CAD del Hospital Santa Clara de la Subred Centro Oriente cerró sus puertas debido a dificultades administrativas y financieras, agravando la calidad y oportunidad de la atención de los pacientes con patología dual que consultan a la Subred (Foto Subred Centro Oriente - Hospital Santa Clara).



Foto Subred Centro Oriente - Hospital Santa Clara

## 2. Problema central

En el año 2015, el Ministerio de Salud estableció un modelo de atención Integral para Trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia el cual refiere en su texto original “Los casos más severos y crónicos serán manejados en programas especializados. Este cuidado probablemente será pagado como el resto de la asistencia médica general, sin embargo, hoy día existen presiones científicas, públicas y legislativas significativas para tratar no solo la dependencia sino todo el contexto de los trastornos por consumo cómo se tratan otras enfermedades crónicas” (11).

La literatura nos muestra experiencias positivas en países como España, en donde hace dos décadas en ciudades como Madrid, Barcelona y Castellón de La Plana, existen centros de patología dual, los cuales se han mantenido en el tiempo (12,13). Dichos centros se han alineado a un tratamiento integral, dejando atrás el tratamiento paralelo que implica la atención simultánea en dispositivos sanitarios de salud mental y adicciones, o secuencial, el cual resulta del ingreso del paciente en el dispositivo de salud mental y después al centro de atención en adicciones o viceversa dependiendo de cuál de las dos patologías sean las de mayor gravedad. Estos últimos modelos son los que más frecuentemente se encuentran funcionando en Latinoamérica, con importantes limitaciones.

La patología dual es un proceso dinámico, por lo que la atención de estos pacientes dentro del sistema de salud debe también serlo. En particular, la patología dual grave es la más difícil de abordar, y tiene más pobre respuesta a los tratamientos secuenciales o en paralelo, por lo

cual se recomienda un abordaje integrado en un programa específico (14). En esta línea, por ejemplo, el Instituto de Salud Mental del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC) en Castellón de La Plana, cuenta con el Programa de Patología Dual Grave (PPDG), el cual va dirigido al tratamiento integral de pacientes con patología dual grave.

En Colombia no existen unidades integrales de atención en patología dual especializada (4). Los pacientes con patología mental grave y adicciones son internados en su fase aguda en unidades de salud mental en donde se estabilizan y luego son derivados para tratamiento ambulatorio en un centro de rehabilitación. Esta modalidad de abordaje se acerca a la definición de “tratamiento secuencial” que se indica en la literatura. Sin embargo, la secuencialidad del tratamiento no se cumple, debido a que obtener las autorizaciones y oportunidad en la atención para los tratamientos farmacológicos, psicológicos y derivaciones para adicciones y/o toxicología, son demorados o engorrosos, lo que hace que el paciente y su familia renuncien a realizar los trámites (15). Por otra parte, no existen unidades de media estancia o unidad de rehabilitación hospitalaria como en otros países (16), es por esto que la transición entre la unidad mental y el centro de rehabilitación presenta tanta dificultad.

Agravando la situación, los centros de atención en salud mental para pacientes crónicos cumplen más una labor de protección que de rehabilitación, en ocasiones identificando pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos intermedios antes del ingreso a estos centros, los cuales no cuentan con programas de apoyo neurocognitivo, aumentando la pérdida de su funcionamiento ocupacional, social y familiar e imposibilitando su integración a la sociedad (17). Estas dificultades para acceder a la atención adecuada sumado a la falta de recursos especializados en las redes de atención en salud mental y los centros de atención en adicciones para atender adecuadamente estos pacientes, conlleva el fenómeno de la “puerta giratoria”, en la cual el paciente no es recibido o se mantiene reingresando a uno y otro, sin obtener mejoría del cuadro clínico (18).

En Bogotá, según el Estudio de Salud Mental 2023, el 13.5% de personas, más de 980.000 bogotanos han consultado por un tema de salud mental en algún momento de su vida (19). Este porcentaje refleja la alta necesidad de atención en salud mental en el distrito. Sumado a la deficiencia del sistema de salud público para brindar un tratamiento adecuado a los pacientes con patología dual, los trastornos mentales graves tales como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno límite de la personalidad, no cuentan con una ruta de atención que les garantice el adecuado tratamiento y seguimiento que garantice su mejoría, evite las hospitalizaciones y aumente su funcionamiento e integración social, resultando en el fenómeno de “puerta giratoria” ya que suelen “saltar de una unidad de salud mental a otra”, teniendo tiempos de estancias prolongados durante todo el año y la falta de atención y seguimiento adecuados (14).

Por tanto, la apertura de una unidad mental especializada en patología dual grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, garantizará la atención integral e integrada a los pacientes tanto con trastornos mentales graves, como esquizofrenia refractaria y el trastorno afectivo bipolar, como el tratamiento de dependencia a sustancias psicoactivas propias del sector céntrico de Bogotá, teniendo en cuenta las normas y estándares internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas (20). Es pues un reto establecer el diseño de un modelo integrado para la atención de pacientes con

patología dual grave basado en la evidencia científica en la Subred Centro Oriente, ya que implica una movilización de recursos investigativos, en tiempo y capacitación, que para su planificación e implementación deberá contar con el apoyo del área administrativa y asistencial del Hospital Santa Clara y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB).

Ante esta problemática y teniendo en cuenta que los modelos de atención para las personas con adicciones generalmente excluyen a la población con trastornos mentales concurrentes graves como la esquizofrenia y la enfermedad bipolar, es decir a los pacientes con patología dual grave, este trabajo propone diseñar un modelo de atención integrado en patología dual grave, basado en evidencia científica y que abarque un tratamiento biopsicosocial.

Esta propuesta denominada “*Diseño de un Programa de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E*” a partir del Enfoque del Marco Lógico (EML), es la primera de tres fases que busca culminar con la habilitación de un recurso asistencial para pacientes con patología dual grave dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., que pueda responder a las necesidades de atención integral de los pacientes en salud mental y adicciones. De esta manera, se pretende generar coherencia entre los insumos previstos (atención a pacientes con patología dual grave), las actividades planeadas (centro de atención en patología dual) y los resultados esperados (disminución de hospitalizaciones y reintegro familiar) y que a su vez promuevan su autonomía y funcionamiento social.

### **3. Antecedentes históricos del problema**

La Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Clara abrió sus puertas en el año 1971, como necesidad de atención a los pacientes con tuberculosis los cuales presentaban alta prevalencia de patología mental. Esta unidad inició con 16 camas hospitalarias las cuales a lo largo de los años y con la necesidad de mayor atención fueron aumentando en número. En el año 1986 bajo la Alcaldía de Juan Martin Caicedo Ferrer se da apertura a la Unidad de Atención Integral a las Conductas Adictivas UAICA, Resolución 2358 de 1998, como política de fortalecimiento a la atención primaria (21).

Durante el año 2000 se ofrecieron servicios y programas de atención en drogodependencias en Colombia sin cumplir con los requisitos mínimos de calidad en la atención, lo que despertó el interés del Ministerio de Salud, para buscar adecuar las acciones a las políticas y reglamentaciones en salud.

Posteriormente, en el año 2004, cuando la Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Clara está bajo la Coordinación del Psiquiatra Hugo Reyes y el Psicólogo Jaime Veloza, se observa la gran necesidad de atención a población con consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se gestiona la apertura del primer centro de atención de los trastornos adictivos en modalidad ambulatoria y residencial, esta última con una capacidad de 20 camas, inicialmente para la atención de pacientes masculinos.

Más adelante, hacia el año 2007, se realiza una ampliación del servicio a 40 camas en los dos pisos de la antigua unidad mental ubicada en el Hospital Santa Clara.

Posteriormente mediante Resolución 1315 de 2006, se expiden las normas de habilitación a la que deben acogerse obligatoriamente todos los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) en Colombia, so pena de sanción (22). La norma fue expedida por el Ministerio de Protección Social y tiene un anexo técnico para la autoevaluación y auditoría, donde se exponen en detalle todos los requisitos mínimos obligatorios para que se puedan atender pacientes drogodependientes. La norma denomina a las instituciones que prestan este servicio como Centro de Atención en Drogadicción (CAD), los que pueden ser de dos modalidades, ambulatorios y residenciales. Los CAD se constituyeron en Colombia como instituciones públicas, privadas o mixtas que prestaban servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación de adicciones, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicciones a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención basado en evidencia.

La Unidad de Atención Integral a las Conductas Adictivas UAICA del Hospital Santa Clara, que estaba más enfocada a población habitante de calle con problemas de consumo de sustancias psicoactivas empezó a atender pacientes de régimen subsidiado con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, con lo cual el CAD empezó a evolucionar hacia la atención de los pacientes con patología dual teniendo en cuenta la alta comorbilidad encontrada en esta población (Figura 1).

**Figura 1. Historia constructiva y evolución del servicio del CAD**

UAICA	CAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigido a población masculina con mayoría de edad.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración máxima de 6 meses.</li> <li>• Dos visitas domiciliarias por paquete.</li> <li>• Inició con 20 camas, amplió a 40 camas.</li> <li>• El equipo interdisciplinario estaba compuesto por; Psiquiatra, Psicólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Jefe de enfermería, Psicopedagogo y auxiliares de terapia ocupacional.</li> </ul> </li> <li>• Dirigido a pacientes con y sin patología dual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigido a población masculina y femenina con mayoría de edad.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración máxima de 6 meses.</li> <li>• Actualmente dispone de 32 camas para hombre y 14 para mujeres.</li> <li>• El equipo interdisciplinario esta compuesto por; Psiquiatra, Psicólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Equipo de enfermería, Licenciado en Pedagogía Reeducativa, Tallerista, apoyos institucionales como SENA, Minuto de Dios, Adventistas, IDARTES, IDRD, Asociación de usuarios, Alcohólicos Anónimos.</li> </ul> </li> <li>• Dirigido a pacientes con y sin patología dual.</li> </ul>

Fuente: Documentos CAD Hospital Santa Clara, Subred Centro Oriente

En el año 2011 se establece la atención en modalidad residencial y ambulatoria para la atención integral para hombres y mujeres con el nombre de CAD del Hospital Santa Clara, el cual fue dirigido por el Psiquiatra Luis Eduardo Correa, quien, en su gestión con el Ministerio de Salud en el año 2016, participó en el modelo de atención integral para los trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia, mediante Convenio 656 de 2015 (23). En la documentación que permitió la actualización del CAD del Hospital Santa Clara indica que este está basado en un modelo holístico con un enfoque terapéutico interdisciplinario e integral, compuesto por las disciplinas de psiquiatría, medicina, psicología, trabajo social, enfermería y nutrición (Tabla 1).

**Tabla 1. Fases del programa de tratamiento CAD Hospital Santa Clara**

<p><b>Primera fase ACOGIDA</b> Tres meses de tratamiento</p>	Diagnóstico integral
	Encuadre Terapéutico (Individual y grupal) e iniciar medicamentos en los casos pertinentes.
	Conocimiento del manual de convivencia, derechos y deberes.
	Superar el síndrome de abstinencia
	Dejar de consumir heroína, cocaína y otras drogas psicoactivas
	Normalizar el funcionamiento cotidiano
	Romper cualquier contacto que relacione al mundo de la droga
	Recuperación física y nutricional
<p><b>Segunda fase MANTENIMIENTO</b> Meses cuarto, quinto y sexto</p>	Mantener encuadre terapéutico y mantener o retirar medicamentos según cada caso en particular y la presencia o no de patología concomitante.
	Mantener abstinencia inicial
	Plantear y fortalecer el proceso de cambio
	Iniciar la deshabitación psicológica
	Modificación del estilo de vida
	Iniciar la terapia grupal conductual y la intervención familiar
	Talleres de ciudadanía y proyecto de vida.
<p><b>Tercera fase INCLUSIÓN</b> Dura desde el séptimo mes hasta el noveno</p>	Fortalecer los aspectos terapéuticos anteriores: Continuar con la deshabitación psicológica, la modificación del estilo de vida, la terapia de grupo y la familiar.

	Abordar la prevención de recaídas
	Planificar proyecto de vida e iniciar su ejecución
<b>Fase SEGUIMIENTO</b> Se realiza desde el mes noveno hasta completar un año	Ejecutar proyecto de vida
	Se realiza un seguimiento como mínimo de tres meses hasta un año idealmente
	Se sigue viendo al paciente de forma intermitente para que aprenda a consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados

Fuente: Documentos CAD Hospital Santa Clara, Subred Centro Oriente

Posteriormente, se evalúan las fases de tratamiento y se realizan adaptaciones al modelo de atención del CAD teniendo en cuenta las políticas públicas nacionales y de contexto en Colombia, estableciéndose un modelo biopsicosocial, con lo cual se construyen las fases del tratamiento indicados en la tabla 2.

**Tabla 2. Fases de tratamiento CAD Hospital Santa Clara, 2019**

FASE	DURACION	OBJETIVOS	INCENTIVOS
ACOGIMIENTO	6 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Manejo de abstinencia</li> <li>❖ Desarrollo de Autocuidado</li> <li>❖ Aceptación de normas y límites</li> <li>❖ Manejo de vocabulario</li> <li>❖ Manejo del horario</li> <li>❖ Manejo material talleres</li> <li>❖ Cumplimiento actividades</li> <li>❖ Acatamiento manual de convivencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hacer trabajo para entregar a familia</li> <li>❖ Ingreso a taller panadería</li> <li>❖ Participación comités</li> </ul>
SOCIALIZACION	4 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificación factores de riesgo para consumo</li> <li>❖ Desempeño adecuado actividades</li> <li>❖ Manejo de tolerancia a frustración</li> <li>❖ Aceptación y manejo de las diferencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Salida con familia a citas medicas</li> <li>❖ Postulación a cuadro de honor</li> </ul>
PROGRESO	4 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ejemplo grupal</li> <li>❖ Desarrollo habilidades de comunicación</li> <li>❖ Desarrollo de responsabilidad y cumplimiento en todas las actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Salida parcial con familiares</li> <li>❖ Salidas terapéuticas</li> </ul>
DESARROLLO	4 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Desarrollo de liderazgo</li> <li>❖ Manejo adecuado del tiempo libre</li> <li>❖ Elaboración del proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Salida parcial con familiares</li> <li>❖ Coordinación de comités</li> </ul>
DESPRENDIMIENTO	6 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Desarrollo de autonomía</li> <li>❖ Implementación proyecto de vida</li> <li>❖ Reinserción familiar y social</li> <li>❖ Manejo adecuado del dinero</li> <li>❖ Evaluación y refuerzo de cambios realizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Salida parcial con familiares</li> <li>❖ Salidas para gestiones laborales</li> </ul>

Fuente: Documentos CAD Hospital Santa Clara, Subred Norte

Debido a que la población a atender en el CAD presentaba alta comorbilidad con trastornos mentales graves, como esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar, se formularon equipos terapéuticos conformados por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, psicoeducador, tallerista, psicopedagogo, con el objetivo de ofrecer atención en salud integral, aunque el enfoque terapéutico se orientó con un modelo cognitivo conductual. En la tabla 3 se presenta el cronograma del CAD Residencial.

**Tabla 3. Cronograma CAD Residencial, 2019**

HORA	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
6-7	ACTIVIDAD FISICA (Aux. Enfermería)		ACTIVIDAD FISICA (Aux. Enfermería)		ACTIVIDAD FISICA (Aux. Enfermería)		ACTIVIDAD FISICA (Aux. Enfermería)		ACTIVIDAD FISICA (Aux. Enfermería)	
7 - 8:40	AUTOCUIDADO		AUTOCUIDADO		AUTOCUIDADO		AUTOCUIDADO		AUTOCUIDADO	
	DESAYUNO		DESAYUNO		DESAYUNO		DESAYUNO		DESAYUNO	
	Enfermería - Reeducador		Enfermería - Reeducador		Enfermería -Reeducador		Enfermería - Reeducador		Enfermería - Reeducador	
8:40 - 9:00	CHARLA (Reeducador)		CHARLA (Reeducador)		CHARLA (Reeducador)		CHARLA (Reeducador)		CHARLA (Reeducador)	
9:00- 10:30	MINUTO DE DIOS / DEPORTE		SENA PROFE JUVENAL		IDARTES EN ACOMPAÑAMIENTO DE PROFE JAIME// EVOLUCION REED		DEPORTE PROFE JAIME		IDARTES EN ACOMPAÑAMIENTO DE PROFE JAIME// EVOLUCION REED	
							ASEO			
10:30 – 11:00	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA	MERIENDA
11:00 – 12:00	REUNION COMUNITARIA		REUNION DE EQUIPO		TALLER PSICOLOGIA	TALLER PSICOLOGIA	TALLER CARPINTERIA Profe Jaime	TALLER PRODUCTIVO REED	TALLER PRODUCTIVO REED	TALLER CARPINTERIA Profe Jaime
			DEPORTE PROFE AZUCENA							
12:00 – 1:30	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
1:30 – 3:00	SENA PROFE MONICA		TRABAJO SOCIAL		TALLER T.O. EN APOYO PROFE JAIME/ REED. EVOLUCION		SENA EMPRENDIMIENTO CONTABILIDAD		ASOCIACION DE USUARIOS	
3:00 – 4:30	TALLER CARPINTERIA	TALLER PRODUCTIVO REED	ALCOHOLICOS ANONIMOS		ADVENTISTAS				RUMBA SANA/ ESPACIO LUDICO	
4:30 – 5:00	BEBIDA CALIENTE	BEBIDA CALIENTE	BEBIDA CALIENTE PROFE JAIME/ EVOLUCION REED		BEBIDA CALIENTE PROFE JAIME/ EVOLUCION REED		BEBIDA CALIENTE PROFE JAIME/ EVOLUCION REED		BEBIDA CALIENTE PROFE JAIME/ EVOLUCION REED	

Fuente: Documentos CAD Hospital Santa Clara, Subred Centro Oriente



Foto: Equipo Interdisciplinario CAD Hospital Santa Clara, 2019

Dentro de las estadísticas del CAD de Santa Clara, se observa que el primer semestre de 2019 registró en promedio 41 atenciones. La mayor parte de pacientes atendidos en el CAD presentaban dependencia a la base de coca con un porcentaje del 73% (lo cual concuerda con la pobre red de apoyo y el deterioro funcional y cognitivo en esta población), seguidos de la dependencia a la marihuana con un 24%. La dependencia al alcohol con un 4.5% y a los inhalantes hidrocarburos en especial derivados del tolueno (pegante, sacol) con un 2.4%.

La mayoría de los pacientes del CAD Hospital Santa Clara, eran remitidos de la Unidad Hospitalaria. Cabe mencionar que el CAD del Hospital Santa Clara, era el único centro a nivel Bogotá con la capacidad para brindar la atención clínica a pacientes con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas dentro de la red pública.

Por otra parte, en el 2019, se ampliaron las actividades psicosociales de los pacientes mediante actividades productivas tales como panadería y carpintería, los cuales aportaban un modelo reeducativo a la vez que productivo. Buscando impactar positivamente en el proceso de resocialización de los pacientes se establecieron convenios con IDEARTE, SENA, fundaciones, Instituto Distrital de Recreación y Deporte de Bogotá (IDRD) y comunidades religiosas (Figura 2).

**Figura 2. Actividades psicosociales CAD Hospital Santa Clara**



Fuente: Documentos CAD Hospital Santa Clara, Subred Centro Oriente

Debido a dificultades en la contratación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), el CAD cerró sus puertas en el año 2023, y el servicio de atención en adicciones fue contratado con instituciones privadas las cuales ofrecieron los servicios a menor costo que en Hospital Santa Clara, impactando negativamente en la población con patología mental que acude a los servicios de salud mental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, especialmente los pacientes con patología mental grave, con síntomas severos y crónicos, que se rehospitalizan frecuentemente en las unidades de salud mental de la Subred Centro Oriente, observando incrementos en los

tiempos de hospitalización (estadísticas propias), con promedios mayores de 30 días en la unidad de salud mental. Actualmente los pacientes son derivados a servicios de farmacodependencia una vez acaban la estabilización de su parte aguda, parecido a un modelo secuencial, sin embargo, muchos pacientes tienen trabas administrativas que impiden que continúen su proceso de rehabilitación, por ejemplo, demoras en las órdenes de apoyo, en sus tratamientos farmacológicos entre otros.

## **4. Marco teórico y Revisión de la Evidencia**

### **4.1 Fundamentos de la Patología Dual**

- Definición de patología dual

La patología dual es la co-ocurrencia de un trastorno adictivo con otro trastorno mental y se refiere a la presencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y al menos otro trastorno mental en el mismo individuo. Aunque el término se refiere a la coexistencia de ambos trastornos, la patología dual es más que la suma de los trastornos, reflejando una psicopatología singular (3).

- Epidemiología

Se estima que la mitad de las personas con trastornos adictivos presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio, al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales consumirá sustancias (24). Dependiendo de la población objeto de estudio, características sociodemográficas y clínicas la prevalencia de la patología dual, puede variar. En cuanto a la evidencia de la literatura científica en América Latina, se tiene poca información sobre patología dual, su epidemiología, características clínicas y tratamiento (25), al igual que los centros especializados en patología dual son escasos y se realizan pocas investigaciones.

La patología dual puede presentarse en cualquier etapa de la vida (26), y se relaciona con la edad en la cual es más frecuente la aparición de determinado trastorno mental y los grupos de edad en los cuales es más usual que se inicie el consumo de sustancias psicoactivas. Una edad de inicio más precoz en el consumo de sustancias psicoactivas, favorece la aparición de trastornos mentales; el consumo de cannabis a edades tempranas en personas vulnerables se relaciona con el desarrollo de trastornos psicóticos. Otros factores de riesgo son el estrés y los eventos traumáticos en la infancia (27).

Estudios clásicos en población con trastorno por consumo de sustancias como el Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) registró una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del 44% en los hombres y del 65% en las mujeres (28), mientras que el National Comorbidity Survey (NCS) ofreció resultados similares con un 57% de hombres y un 72% en las mujeres (29). En España, un estudio realizado en población atendida en unidades de adicciones observó que el 47,5% de las mujeres presentaba patología dual, en comparación con el 30,3% de los hombres (30).

En cuanto a los trastornos mentales, los más frecuentemente reportados son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos psicóticos y los trastornos de

personalidad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. Estudios han señalado que el 15 al 25% de adultos con consumo o dependencia de alcohol u otras drogas presentan un trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbido (31,32), mientras que uno de cada tres pacientes con algún trastorno de ansiedad, presentará un trastorno relacionado con el consumo de sustancias. Por otra parte, los pacientes con trastornos psicóticos tienen un riesgo cinco veces mayor de consumir sustancias y desarrollar dependencia (2).

Por otra parte, en la población con trastornos mentales graves, incluye pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar severo con psicosis, es más frecuente la comorbilidad con trastornos por uso de sustancias que en la población general (33). El Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness Project Schizophrenia Trial - CATIE, presentó porcentajes de abuso del 87% para alcohol, 44% para cannabis y 36% para cocaína en pacientes con esquizofrenia (34). Adicionalmente, en pacientes con esquizofrenia se destaca el consumo de nicotina tres veces más que en la población general, con muy bajas tasas de suspensión, con prevalencias de 76% en hombres, 50% en mujeres y 67% en ambos sexos (35). Se considera que esta alta prevalencia se debe a que el tabaco reduce síntomas propios de la enfermedad y los efectos adversos de la medicación vía inducción metabólica (36). Igualmente, la nicotina ha demostrado mejorar el rendimiento cognitivo, la atención selectiva y los déficits de memoria asociados al uso del haloperidol (37).

Adicionalmente otro estudio, realizado en pacientes con trastorno psicótico grave (esquizofrenia, trastorno bipolar de características psicóticas y trastorno esquizoafectivo), demostró que el trastorno psicótico severo incrementa el riesgo de consumir alcohol, cannabis, nicotina y otras sustancias psicoactivas (38).

- Complejidad clínica

Los problemas a los que se enfrentan los profesionales que atienden pacientes con trastornos mentales y con trastornos adictivos se relacionan con las dificultades inherentes a la evaluación y el diagnóstico por el frecuente solapamiento de los síntomas psicopatológicos con los efectos de la sustancia psicoactiva y debido a que las características clínicas de algunos trastornos mentales son muy similares entre sí.

Establecer causalidad o direccionalidad, como refiere el National Institute on Drug Abuse NIDA (3), es difícil, lo cual se resume en los siguientes:

- El consumo de sustancias puede causar en personas vulnerables uno o más síntomas de otra enfermedad mental. Un ejemplo son los consumidores de cannabis con vulnerabilidad para desarrollar trastornos psicóticos.
- Los diferentes síntomas de la enfermedad mental, incluso subclínicos, conducen al uso de sustancias como una forma de automedicación, como por ejemplo la dependencia al tabaco en pacientes con trastornos psicóticos crónicos.
- Las manifestaciones de ambos trastornos pueden originarse en factores de riesgo y sustratos cerebrales comunes, como vulnerabilidad genética, traumas en la infancia temprana, etc.

En cuanto al curso clínico, la patología dual se caracteriza con un peor pronóstico y una peor evolución tanto del trastorno por uso de sustancias como del trastorno mental comórbido. Son pacientes que acuden más a los servicios de urgencias, requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, requieren mayor dosis y cantidad de psicofármacos, presentan más conductas de riesgo y enfermedades infecciosas como el VIH y el virus de la hepatitis C, tienen mayores tasas de desempleo y marginación y más problemas legales, que los pacientes con un diagnóstico único, sea el trastorno adictivo u otro trastorno mental (12).

Los pacientes con patología mental grave y consumo de sustancias psicoactivas, presentan mayor gravedad sintomática, más hospitalizaciones, recaídas en el consumo, mayor riesgo de autoagresión y deterioro funcional. Por otra parte, utilizan más los servicios de salud y los costos de su atención son elevados (39).

- Bases neurobiológicas

Con respecto a la etiopatogenia, además de los factores ambientales, están los factores genéticos y los mecanismos de neurotransmisión (40). Los primeros pueden hacer que una persona sea susceptible tanto al trastorno por uso de sustancias como a otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez que aparezca el primero.

En cuanto a los mecanismos neurobiológicos y de neurotransmisión, diferentes áreas del cerebro presentan alteraciones tanto en los trastornos mentales como en los trastornos por consumo de sustancias y otras adicciones no químicas. En esta línea, se han demostrado alteraciones en los trastornos por consumo de sustancias, la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos en los circuitos cerebrales que median la recompensa, la toma de decisiones, el control de los impulsos y las emociones. Además, se han postulado múltiples sistemas de neurotransmisores, como el sistema dopaminérgico mesolímbico y el glutamato, relacionado con la adicción e implicado en la esquizofrenia; el sistema serotoninérgico, relacionado con la depresión y en el trastorno por uso de alcohol; el sistema gabaérgico, relacionado con la ansiedad y en la adicción a las benzodiazepinas y al alcohol (41).

- Teorías psicológicas

Se plantean tres hipótesis sobre la comorbilidad entre los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas o las adicciones no químicas (42):

1. Dos o más factores independientes, cada uno con curso clínico y diferentes tratamientos. Esta concurrencia puede explicarse por:
  - Modelo de la independencia biológica, con factores independientes.
  - Modelo del factor común, donde ambos trastornos son consecuencia de los mismos factores de riesgo (estrés, factores ambientales o genéticos).
2. Modelo del trastorno por dependencia de sustancias primario: el primer trastorno influye en el desarrollo del segundo y, una vez instaurado, este se desarrolla de manera independiente.

3. Modelo del trastorno mental primario: el segundo trastorno aparece para mitigar los problemas asociados al primero y mediante su resolución, el segundo trastorno desaparece.

- Problemas de validez diagnóstica

El diagnóstico diferencial entre trastorno primario, inducido por sustancias, efecto esperado y patología dual, constituye un desafío clínico. Los síntomas vinculados con la intoxicación por determinadas sustancias psicoactivas pueden ser muy similares a los síntomas de abstinencia por otra sustancia, o con los efectos derivados de la toxicidad de una sustancia, lo cual podría inducir a errores en el diagnóstico y en el abordaje. Por otro lado, los trastornos mentales son más síndromes (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que enfermedades con una fisiopatología conocida o marcadores biológicos que sirvan como patrón oro para validar los diagnósticos (43).

Lo que conlleva al frecuente sub-reporte y el abordaje inadecuado de los pacientes (44), resultado de la falta de consenso entre los profesionales y uso de terminología no estandarizada (45). Además, es frecuente la presencia de policonsumo en pacientes con patología dual, lo que dificulta establecer relaciones específicas entre trastornos mentales y adictivos (2).

Por otra parte, el término patología dual no está incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (46), por lo cual este término se refiere a aquellos pacientes incluidos dentro de la categoría Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos y cualquier otro trastorno mental ubicado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5 (47). Por tanto, algunos autores indican la necesidad de realizar la caracterización nosológica de esta patología como una nueva entidad clínica que permita su ubicación en el DSM (45).

- Instrumentos de evaluación: Entrevistas clínicas estructuradas y escalas validadas

En ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico se realiza usando los criterios diagnósticos operativos del DSM y CIE. En el DSM-5 se encuentran las especificaciones para diferenciar los trastornos inducidos del trastorno mental primario (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014). En el DSM-5 se encuentran las especificaciones para diferenciar los trastornos inducidos del trastorno mental primario (47):

- Efectos esperables: son los síntomas considerados propios de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia determinada.
- Inducidos por sustancias: trastornos que aparecen en relación con el consumo o la abstinencia de la sustancia, pero excesivos en relación a los efectos esperados.
- Primarios: trastornos mentales independientes que no son inducidos por sustancias ni resultado de una enfermedad médica.

Sin embargo, existen instrumentos que permiten tanto la detección o cribado, como el diagnóstico de patología dual. Los instrumentos de cribado son herramientas usadas para determinar si un paciente justifica una evaluación más detallada, y por tanto marcar una

diferencia para brindar un abordaje oportuno, tales como el Patient Health Questionnaire PHQ-9, el Symptom Checklist-90-Revised SCL-90-R, Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire PDSQ, Mental Health Screening Form MHSF-III, Measurement in Addiction for Triage and Evaluation MATE, Dual Diagnosis Screening Instrument DDSI, son algunas sugeridas (48). Por otra parte, las entrevistas clínicas estructuradas permiten un mejor análisis y diferenciación de los síntomas, entre estos, la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders PRISM (49,50) y la Structured Clinical Interview for DSM (51,52). También se ha propuesto el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad IPDE para la evaluación del eje II (53).

## **4.2 Modelos de Tratamiento Basados en la Evidencia**

### **4.2.1 Abordajes farmacológicos**

- Tratamiento de trastorno mental primario

Una limitación importante en cuanto al manejo farmacológico de antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia y patología dual está relacionada con la exclusión de los pacientes con patología dual de los algoritmos tradicionales de tratamiento, pues el consumo de sustancias es un criterio de exclusión de los estudios clínicos, si bien los árboles de decisiones terapéuticos si los incluyen (54). Por otra parte, en esquizofrenia es frecuente el policonsumo de sustancias que incluyen principalmente cannabis, alcohol y nicotina (55).

En cuanto a guías de práctica clínica (GPC) para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno del espectro de la esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias comórbido realizado por Arranz et al (56), después del análisis de tres ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evaluaron el efecto de los antipsicóticos risperidona, olanzapina y haloperidol para mejorar los síntomas de la esquizofrenia en pacientes consumidores de cannabis, concluyeron que no es posible recomendar un fármaco antipsicótico sobre otro para mejorar los síntomas psicóticos o reducir el consumo de sustancias psicoactivas como el cannabis (9). Esta misma GPC recomienda en pacientes con esquizofrenia y trastorno por consumo de cocaína, el uso de haloperidol sobre olanzapina para reducir el craving y olanzapina sobre haloperidol para mejorar los efectos secundarios motores, ambas recomendaciones moderadas. Sin embargo, teniendo en cuenta el número reducido de participantes, los amplios intervalos de confianza, los sesgos de selección y sesgos de publicación, resultan en la baja confianza de la toma de decisiones. De manera similar, no es posible realizar una recomendación frente al uso de otros antipsicóticos, por falta de evidencia científica suficiente (57).

En pacientes con esquizofrenia y policonsumo, se recomiendan antipsicóticos de segunda generación sobre los de primera generación. Dentro de este último grupo, la olanzapina tiene recomendación moderada a débil sobre otros antipsicóticos de segunda generación para el tratamiento de los síntomas psicóticos.

En cuanto a los pacientes con alteraciones del estado de ánimo y trastornos adictivos, hasta la fecha, los estudios no han proporcionado evidencia consistente. Se destaca que el 60% de los pacientes con trastorno bipolar presentan un trastorno por uso de sustancias, el cual

exacerba la inestabilidad del ánimo, aumenta el riesgo de suicidio, el ciclaje rápido y empeora el pronóstico.

Finalmente, la clozapina, antipsicótico atípico usado en el tratamiento de la esquizofrenia refractaria, tiene un solo ECA en pacientes con consumo de cannabis observaron que después de doce semanas este medicamento no se asoció con una reducción significativa del consumo de cannabis, aunque con una evidencia de muy baja calidad (58). Por el contrario, la clozapina, tiene mayor evidencia científica para su uso en pacientes con esquizofrenia y trastorno por uso de alcohol.

- Fármacos para reducción de craving

Se ha considerado que el litio al reducir la frecuencia de episodios depresivos y maníacos podría a su vez reducir la posibilidad del uso de spa como una forma de medicación. Igualmente, el ácido valproico se ha sugerido ser efectivo en pacientes con abuso de sustancias tales como cocaína y cannabis (59).

Otros fármacos se han utilizado tal es el caso de la citicolina un agente neuroprotector que ha mostrado ser útil en reducir el uso de cocaína en pacientes con trastorno afectivo bipolar (60).

Antipsicóticos tales como la quetiapina y la risperidona han mostrado beneficios en la reducción del uso de sustancias sin embargo los resultados no son concluyentes

Pardossi et al. (61), menciona la posible utilidad de la cariprazina para el manejo del craving en pacientes con trastorno bipolar y consumo de sustancias. La cariprazina es un antipsicótico atípico con agonismo parcial del receptor dopaminérgico D2 y D3. Su afinidad por el receptor D3, el cual está involucrado en la motivación y procesamiento de recompensa podría ofrecer ventajas en reducir el craving.

Un ensayo clínico examinó la eficacia del acamprosato en pacientes con dependencia al alcohol y esquizofrenia, el objetivo fue evaluar la eficacia del acamprosato comparado con placebo en reducir la ingesta de alcohol y examinar los efectos en los síntomas de la esquizofrenia (62). Esta investigación fue realizada por doce semanas con 23 pacientes con patología dual, todos los pacientes disminuyeron su ingesta, aunque el acamprosato no fue superior al placebo en disminuir los días de abstinencia ni en la disminución de la intensidad de los síntomas psicóticos.

En pacientes con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, se recomienda naltrexona para reducir el consumo de alcohol, en términos de reducción del craving de alcohol, aunque la recomendación sea débil (56).

- Precauciones en el abordaje farmacológico

Los medicamentos usados para el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales podrían tener interacciones con los fármacos utilizados para el abordaje de las adicciones, el craving y la abstinencia. Adicionalmente, la mayoría de los medicamentos presentan metabolismo hepático por lo cual es necesario tener precauciones frente a su uso. A

continuación, se detallan algunas consideraciones clínicas frente a las implicaciones sintomatológicas y el uso de medicamentos antipsicóticos en pacientes con consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, alcohol, cafeína y tabaco.

**Tabla 4. Implicaciones terapéuticas y algunas sustancias psicoactivas**

SUSTANCIA	IMPLICACIONES SINTOMATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS
CANNABIS, COCAÍNA Y ANFETAMINAS	Aparición más brusca del cuadro, síntomas positivos más prominentes con predominio del subtipo paranoide y de síntomas depresivos; tienen más ingresos y más alteraciones motoras.
	Pueden ser relevantes los efectos anticolinérgicos del cannabis en la efectividad de los antipsicóticos (AP).
	Los consumidores de cocaína requieren mayores dosis de AP por posibles interacciones, y puede que su consumo incremente el riesgo de síntomas extrapiramidales.
ALCOHOL	Más conductas hostiles y amenazadoras, y más conductas suicidas.
	Peor evolución, con más recidivas e incumplimiento terapéutico, además de más enfermedades físicas, aunque presentan menos efectos extrapiramidales.
CAFEÍNA Y TABACO	Fumadores de tabaco y consumidores de cafeína pueden requerir mayores dosis de AP, en el caso del tabaco posiblemente por incrementar su metabolismo.
	El tabaco mejora la función cognitiva de la esquizofrenia y su deterioro inducido por los AP.

Tomado de Comorbilidad Psiquiátrica en adicciones: Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales (63).

#### 4.2.2 Intervenciones psicosociales

- Terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada

Las intervenciones psicosociales desde el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptada han demostrado ser eficaces para abordar dificultades relacionadas con el manejo de impulsos y la presencia de distorsiones cognitivas, especialmente en personas con trastornos por consumo de sustancias o comportamientos adictivos. Este enfoque terapéutico no solo busca modificar conductas desadaptativas, sino también intervenir sobre los pensamientos disfuncionales que mantienen dichas conductas (64).

Según Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo (2008) (65), las distorsiones cognitivas, como las creencias irracionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas, juegan un papel fundamental en la persistencia del uso problemático de sustancias. La TCC adaptada permite identificar estos pensamientos automáticos negativos y transformarlos mediante técnicas de reestructuración cognitiva.

Un componente esencial de este enfoque es el manejo de los impulsos. Las personas que presentan dificultades en esta área tienden a responder de manera inmediata a estímulos

internos o externos sin considerar las consecuencias, lo cual incrementa la probabilidad de recaídas o comportamientos autodestructivos. An H et al. (2017) (64), destacan que técnicas como la solución de problemas, la detención del pensamiento y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento permiten fortalecer el autocontrol y fomentar una toma de decisiones más reflexiva.

Asimismo, la implementación de estrategias psicosociales comunitarias complementa el proceso terapéutico individual. Henao (2013) (66), subraya la importancia de integrar la intervención clínica con acciones orientadas al contexto social del paciente, como el acompañamiento familiar, la educación preventiva y la participación comunitaria. Esta integración favorece un abordaje adaptado a las realidades específicas de cada individuo.

En síntesis, la TCC adaptada, al incorporar tanto técnicas cognitivo-conductuales como intervenciones psicosociales contextualizadas, representa una herramienta eficaz para el abordaje del manejo de impulsos y distorsiones cognitivas. Su implementación permite no solo una mejora en el funcionamiento psicológico del individuo, sino también un impacto positivo en su entorno inmediato, promoviendo procesos de cambio sostenibles y significativos (67).

- Entrevista motivacional: Aumento de adherencia al tratamiento.

La entrevista motivacional se ha convertido en una herramienta fundamental dentro de las intervenciones psicosociales orientadas al tratamiento de las adicciones. A través de un enfoque centrado en la persona, esta técnica busca promover la motivación intrínseca para el cambio, especialmente en aquellos pacientes que muestran resistencia o baja adherencia al tratamiento (68). Desde una perspectiva práctica, personas cercanas a procesos de intervención con población vulnerable han observado cómo la entrevista motivacional genera un impacto positivo no solo en la disposición al cambio, sino también en la continuidad del tratamiento terapéutico (69).

Según Torres Carvajal (2010), la entrevista motivacional parte de una actitud empática y no confrontativa, que facilita que la persona explore sus ambivalencias y fortalezca su compromiso hacia una transformación personal. Este estilo de comunicación terapéutica permite que el paciente se sienta comprendido, escuchado y respetado, lo cual influye directamente en su disposición para continuar con el tratamiento. En contextos donde los niveles de abandono son altos, esta técnica representa un puente efectivo entre el diagnóstico y la adherencia sostenida (68).

Por otra parte, el éxito de esta herramienta radica en su flexibilidad y en su capacidad para adaptarse a diferentes etapas del proceso de cambio (68). A través de estrategias como la evocación, la afirmación de fortalezas y la generación de discrepancia, se busca movilizar al paciente desde la contemplación hacia la acción. En este sentido, la entrevista motivacional no impone cambios, sino que los facilita desde el reconocimiento de las propias capacidades del individuo (70,71).

Adicionalmente, un análisis de Díaz y Fernández (2013), plantean que la entrevista motivacional tiene un valor especial cuando se combina con otras intervenciones psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual o el acompañamiento familiar (72). Esta

combinación aumenta la eficacia del proceso terapéutico, ya que permite abordar tanto la dimensión motivacional como los factores ambientales y emocionales que inciden en la conducta adictiva (73).

En conclusión, la entrevista motivacional representa una herramienta poderosa dentro de las intervenciones psicosociales, ya que fortalece la adherencia al tratamiento desde el respeto por el proceso personal de cada individuo. Desde la mirada de quien ha observado su aplicación, puede afirmarse que más que una técnica, se trata de una forma de acompañar a las personas desde la empatía, la escucha activa y la confianza en su capacidad para cambiar.

- Tratamiento asertivo comunitario (ACT)

En los últimos años, el abordaje de los trastornos mentales graves ha evolucionado hacia enfoques más integrales y humanizados. Uno de los modelos que ha ganado mayor reconocimiento en el ámbito de la salud mental es el Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT, por sus siglas en inglés), una estrategia de intervención psicosocial que ofrece atención intensiva y personalizada a personas con trastornos mentales severos, en su mayoría con antecedentes de hospitalizaciones recurrentes o bajo nivel de funcionalidad social (74).

Desde una mirada personal y cercana al contexto comunitario, se puede observar cómo el modelo ACT logra acercar los servicios de salud mental al entorno natural del paciente. A diferencia de los modelos tradicionales centrados en la institución, el ACT apuesta por un acompañamiento diario, interdisciplinario y basado en la comunidad, lo que permite una mayor adherencia al tratamiento y una reducción significativa de las crisis y hospitalizaciones. Como lo señala Penzenstadler et al (2019), este enfoque prioriza la rehabilitación psicosocial, el fortalecimiento de habilidades de vida diaria y el apoyo constante desde un equipo de profesionales que se traslada al espacio del paciente, en lugar de esperar que el paciente acuda al sistema (75).

En el contexto latinoamericano, particularmente en Chile, este modelo ha sido propuesto como una respuesta a los desafíos estructurales del sistema de salud mental (76). De acuerdo con Alvarado et al (2012), en el siglo XXI ha surgido la necesidad de superar el enfoque biomédico para avanzar hacia modelos comunitarios que respeten la dignidad, la autonomía y los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales (77). El ACT encaja perfectamente en esta lógica, ya que no solo atiende la sintomatología, sino también las condiciones sociales que dificultan el bienestar del paciente, como la pobreza, el aislamiento o el estigma (78).

Además, según Stastny (2012), el ACT ha demostrado ser eficaz en la reducción del uso de servicios hospitalarios y en el incremento de la participación activa de los usuarios en la comunidad. Este tipo de intervención permite que las personas mantengan una vida más estable y autónoma, al tiempo que se sienten acompañadas y escuchadas por un equipo que trabaja desde la cercanía, la flexibilidad y el respeto por sus tiempos (79).

Por otro lado, el trabajo de Hunt et al (2019) expone cómo la implementación de programas de tratamiento comunitario ha generado resultados positivos, especialmente en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, al reducir el abandono terapéutico y fomentar la

inclusión social. Estos resultados coinciden con la experiencia que muchas familias y profesionales han vivido al aplicar un enfoque más empático, práctico y adaptado a las necesidades reales del entorno (80).

En conclusión, el ACT representa una intervención psicosocial clave para los casos graves de salud mental. Su enfoque centrado en la persona, su presencia constante en el entorno comunitario y su capacidad para integrar aspectos clínicos, sociales y emocionales lo convierten en una alternativa eficaz y profundamente humana (81). Desde la visión de quienes se interesan por el bienestar integral, este modelo no solo trata una enfermedad, sino que acompaña procesos de vida complejos con compromiso, respeto y esperanza.

- Programas integrados: Modelo de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente).

Desde una perspectiva integral, el abordaje de las adicciones ha evolucionado hacia modelos más complejos e inclusivos, donde el entendimiento del cambio como un proceso continuo se ha vuelto esencial (82). En este sentido, el modelo de etapas de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1983) se posiciona como una herramienta clave dentro de los programas integrados para la atención de personas con consumo problemático de sustancias.

Este modelo identifica seis etapas en el proceso del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y posible recaída. Lo innovador de este enfoque radica en su capacidad de adaptar las intervenciones según el momento específico en el que se encuentra la persona, reconociendo que el cambio no es lineal y que puede requerir retrocesos y reintentos (83).

La implementación de modelos integrados mejora la eficacia del tratamiento, especialmente cuando se combinan con técnicas como la entrevista motivacional (68,82). Esta estrategia favorece la adherencia terapéutica al fortalecer la autoeficacia del paciente, fundamental en las etapas de preparación y acción del modelo de Prochaska y DiClemente.

En el trabajo de Bueno Pascual (2022) (84), se expone un programa piloto en la comunidad de Aragón para la atención de jóvenes con patología dual. Este enfoque multidisciplinar destaca la necesidad de intervención conjunta entre salud mental y tratamiento de adicciones, lo cual se alinea con la estructura progresiva del modelo de etapas de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente. Al incorporar intervenciones específicas en cada fase del proceso, se facilita el tránsito del usuario hacia fases de mayor compromiso con el tratamiento.

Asimismo, Sánchez-Hervás (2004), destaca la importancia de programas integrados que contemplen no solo la dimensión clínica del consumo, sino también los factores psicosociales, familiares y comunitarios que inciden en la adherencia al tratamiento (82). En esta línea, el modelo transteórico permite a los profesionales realizar una planificación terapéutica centrada en el usuario, enfocando esfuerzos y recursos de forma eficiente (83).

En conclusión, el modelo de etapas de cambio no solo representa un marco teórico, sino una guía práctica para la implementación de programas integrados en el tratamiento de las adicciones. Su adaptación flexible a la realidad del paciente y su enfoque en el cambio como un proceso individualizado lo convierten en un recurso valioso para intervenciones eficaces y sostenibles.

- Modelos de abordaje en patología dual

El abordaje de la patología dual ha evolucionado de un modelo a otro. Históricamente los pacientes con patología dual han sido rechazados de dispositivos de atención en unidades mentales cuando han tenido adicciones y de unidades de atención en adicciones cuando tiene patología mental concomitante, lo cual ha aumentado el estigma hacia este grupo poblacional.

Tradicionalmente se destacan los modelos de atención secuencial y en paralelo. En el modelo secuencial, el paciente es atendido inicialmente por la patología que se considere más prioritaria ya sea la relacionada con la adicción o la patología mental y luego es derivado al siguiente dispositivo de atención. Sin embargo, este modelo se ha relacionado con un aumento en el número de asistencias a urgencias y de ingresos hospitalarios. Por otra parte, en el modelo paralelo, el paciente es atendido tanto en una unidad mental ya sea de manera hospitalaria o ambulatoria y en un centro para adicciones lo que implica que a veces el paciente tenga citas a las que no pueda asistir, generalmente no hay comunicación entre los servicios (85).

En general, los pacientes son atendidos en instituciones paralelas desligadas en términos de tratamiento unas de otras, los cuales son los más frecuentemente utilizados en Latinoamérica. Desde 1990, existe abundante literatura como el artículo publicado por Ridgely, Goldman y Willenbring (86), que describe la ineffectividad de estos tratamientos, si los médicos y los dispositivos de atención son diferentes.

Algunas consecuencias del abordaje inadecuado de la patología dual son:

- 1) El paciente no sigue las indicaciones terapéuticas.
- 2) Prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían resultar necesarias en casos determinados.
- 3) Errores en la selección de estrategias terapéuticas.
- 4) El deterioro progresivo de la relación entre médico/terapeuta y paciente.
- 5) Baja costo-efectividad de determinados programas terapéuticos.
- 6) Falta de adherencia y abandono del tratamiento.

Por tanto, la literatura indica que el tratamiento de la patología dual debe llevarse a cabo en un modelo de intervención integral, en el que se atienda simultáneamente el trastorno por consumo de drogas y la psicopatología mental concomitante a cargo de un solo equipo terapéutico.

### **Modelo 1: Tratamiento Integrado Simultáneo**

Los tratamientos integrados han sido los que han presentado mejores resultados, tanto en la reducción del consumo, como en la reducción del número de hospitalizaciones y mejoras en

diversos indicadores de adaptación personal y social (67). La mayor efectividad terapéutica resulta porque el equipo de profesionales está bien entrenado en el campo de las adicciones y de la salud mental (16).

El modelo integrado con modalidades de tratamiento simultáneo, facilita las intervenciones precoces y coordinadas en caso de reagudización o recaída, aumenta adherencia, disminuye las hospitalizaciones, al igual que los problemas legales y sociales. Para llevar a cabo este modelo, las unidades de patología dual requieren una infraestructura adecuada, un equipo profesional multidisciplinario y un marco metodológico que facilite el desarrollo de una intervención multidireccional, continua y longitudinal (13).

Alameda et al (2002) (87), propone un protocolo de atención entre equipos de salud mental y adicciones, que se compone de los siguientes aspectos:

1. La comorbilidad en drogodependencias debe esperarse, no siendo una situación clínica excepcional sino habitual, por lo que debe detectarse y abordarse precozmente.
2. Cada trastorno debe ser valorado y diagnosticado, para desarrollar un tratamiento específico a cada caso. Ningún trastorno debe minimizarse aun tratándose de un trastorno inducido o un efecto esperable por el consumo de la droga. Se deben tratar de forma eficaz ambos trastornos.
3. La valoración de ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible para evitar que el retraso en la evaluación repercuta negativamente en el tratamiento.
4. Los recursos deben prepararse para abordar a pacientes con diferentes niveles de motivación y diferentes tipologías de patología dual.
5. La naturaleza de la drogadicción y especialmente cuando coexiste con otra psicopatología, necesita abordarse a largo plazo, primando el vínculo terapéutico entre paciente y profesionales, porque la adherencia cobra especial relevancia.
6. En los casos en que los pacientes sean atendidos por las dos redes asistenciales a la vez, a través de un modelo en paralelo, los profesionales que intervienen en el caso deben mantener una estrecha coordinación.

Mueser et al., (2013) (55), consideran que en el abordaje integral se deben disponer de múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares. Igualmente, la supervisión será permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona, vinculando a sus familiares y cuidadores. Las expectativas deben ser reales, integrando intervenciones motivacionales y una aproximación cognitivo conductual con prevención de recaídas. El tratamiento además debería considerar entre los objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.

Drake (1998) (88), señala los siguientes componentes para el adecuado tratamiento de la población con patología dual:

- a) Integración plena y normalizada en el sistema de salud. La atención que requieren estas personas debe estar incluida dentro de la cartera de servicios sanitarios, coordinada con dispositivos sociales.

- b) Orientación a largo plazo, garantizando la continuidad de cuidados, con objetivos terapéuticos realistas y bien definidos.
- c) Atención especial a aquellos pacientes con mayores dificultades de acceso al tratamiento, poblaciones especiales o de mayor riesgo (adolescentes, pacientes con discapacidad intelectual o un trastorno mental grave, sujetos con problemas judiciales, con nivel socioeconómico bajo o sin hogar).
- d) Apoyo comunitario, incluyendo cursos que faciliten alojamiento, desarrollo vocacional y uso satisfactorio del tiempo libre.
- e) Oferta de intervenciones motivacionales y entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales.
- f) Oferta de medicaciones efectivas y que favorezcan la adherencia.

Por otra parte, Pascal (2017) (63), indica los siguientes principios básicos para el tratamiento integrado:

- Accesibilidad: Estos pacientes solicitan mayores servicios de urgencias y hospitalización, sin embargo, a veces existen barreras en su atención dada por el estigma, pobre conciencia de enfermedad y deterioro cognitivo, lo que produce que el acceso adecuado a los servicios de atención profesional sea menos eficaz.
- Detección eficaz: Los pacientes minimizan el consumo de sustancias psicoactivas y el personal sanitario no está entrenado en realizar una adecuada anamnesis frente al consumo de sustancias y desconocen el uso de escalas de tamizaje en adicciones lo cual resulta en errores en los procesos de derivación y remisión.
- Tratamiento basado en conocimiento científico: Aunque debe centrarse en la recuperación del paciente teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia, en muchos centros de salud aún se utilizan tratamientos con bajo respaldo científico lo que puede conllevar a errores y eventos adversos. La educación a los pacientes y las familias acerca de los psicofármacos mejora el cumplimiento de la medicación y favorece la adherencia.

Algunas recomendaciones adicionales son:

- Integrar protocolos únicos para el abordaje de trastornos duales.
- Garantizar la formación especializada e interdisciplinaria de los profesionales.
- Desarrollar historias clínicas electrónicas entre instituciones.
- Fomentar el trabajo en red con enfoque comunitario.
- Asegurar el financiamiento público continuo de servicios integrados.

Por último, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (89), ha propuesto los siguientes elementos y los recursos terapéuticos necesarios para un tratamiento integrado:

**Tabla 5. Elementos y recursos terapéuticos para un tratamiento integrado en personas con patología dual**

ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO
- Establecimiento de alianza terapéutica.
- Tratamiento rápido de intoxicación, abstinencia y descompensación psicopatológica.
- Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado.
- Prevención de las recaídas.
- Educación sanitaria individual/familiar.
- Reducción de comorbilidad somática.
- Favorecimiento de la adherencia al tratamiento y la motivación para el cambio.
- Fomento de las actividades ocupacionales y formativo-laborales.
- Mejora del funcionamiento interpersonal.

RECURSOS TERAPÉUTICOS
- Equipo multidisciplinar especializado en salud mental y drogodependencias.
- Coordinación con otros dispositivos sociosanitarios.
- Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
- Hospitalización parcial con seguimiento intensivo.
- Cobertura psicofarmacológica.
- Técnicas cognitivo-conductuales.
- Grupos de prevención de recaídas.
- Grupos psicoeducativos.

Tomado de Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders Treatment Improvement Protocol (TIP) Series (89).

### **Modelo 2: Enfoque por Etapas**

El programa Recovery After an Initial Schizophrenia Episode Early Treatment Program RAISE-ETP, consiste en un tratamiento temprano para las personas con primer episodio psicótico, implementado y financiado por el sistema de salud pública de los Estados Unidos, que implica en el cumplimiento de etapas sucesivas desde la estabilización aguda del paciente, la rehabilitación, hasta el mantenimiento integrando la prevención de recaídas. Brunette et al (2018) (90), reportaron que el 36.6% de los participantes indicaron uso reciente de alcohol y el 30% de cannabis y el 51.7% presentaron criterios para trastorno por uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Dichos autores, concluyeron que los programas

deberían establecer clínicas especializadas y capacitar a los profesionales para para ayudar a las personas con estas características.

Este tipo de modelo es similar al modelo secuencial, aunque pretende brindar una atención más personalizada y adecuada al momento en el cual se encuentra el paciente. Como desventaja, este modelo requiere una alta articulación entre las diferentes etapas del tratamiento, el cual no se puede realizar en sistemas de salud donde las atenciones dependen de autorizaciones de otras entidades.

### **Modelo 3: Intervenciones Basadas en Comunidad**

Stein y Test propusieron un modelo de tratamiento para personas con enfermedad mental grave que diera soporte y tratamiento a los pacientes que egresaron de hospitales psiquiátricos o que no aceptaran los tratamientos intrahospitalarios (81). Ese modelo se denominó Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT), cambiando el paradigma de la atención en salud mental. Los principios de este tratamiento es entrenar y dar soporte al paciente. Igualmente utilizar la estrategia “Outreach”, ampliamente utilizada en la atención en drogodependencias, la cual ha permitido enganchar a los pacientes que no cumplen las en las clínicas (74).

En pacientes con patología dual y que han cometido delitos y han sido condenados, se ha utilizado ACT adicional al tratamiento integrado, indicando que la combinación de modelos de tratamiento disminuye la ocurrencia de actos en contra de la integridad de otros y el tiempo y número de condenas durante el seguimiento a este grupo poblacional (78). Adicionalmente también se ha observado disminución en el consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, el ACT asociado a estrategias como la reducción de daño y la estrategia “Housing First”, la cual ofrece vivienda a personas sin hogar podrían potenciar la posibilidad de unas condiciones de vida más óptimas para pacientes con patología mental grave y consumo pesado de sustancias que permitan reducir la indigencia y mejorar la funcionalidad de este grupo poblacional (91).

Por otra parte, las terapias comunitarias (TC) son una forma común de tratamiento residencial para las personas con trastornos por consumo de sustancias a largo plazo (92). Estas terapias se centran en la resocialización del individuo, a menudo utilizando programas comunitarios de amplio alcance como componentes activos del tratamiento. Este tipo de terapia es apropiada para poblaciones con una alta prevalencia de patología dual y problemáticas sociales como las personas con problemas de justicia penal, las personas con discapacidad intelectual, jóvenes vulnerables o en situación de abandono y personas sin hogar. Además, cierta evidencia sugiere que las TC pueden ser útiles para adolescentes que han recibido tratamiento por consumo de sustancias y otras adicciones.

#### **4.2.3 Modelos de tratamiento instaurados en la Práctica Clínica: Experiencias desde Centros Especializados en Patología Dual**

La mayoría de los pacientes con patología dual son tratados mediante un abordaje paralelo o secuencial, especialmente en Latinoamérica, en donde los sistemas de salud no trabajan en red. Estos modelos de tratamiento han sido desarrollados exclusivamente en centros psiquiátricos o mentales y otros en centros de rehabilitación, restando importancia al

fenómeno adictivo en los primeros y al fenómeno mental en los segundos. Adicionalmente, existen escasos estudios en modelos de intervención simultánea, los cuales tienen importantes limitaciones metodológicas.

Al respecto, Pascual (2017) (63), señala que “La existencia de dos redes asistenciales diferenciadas y paralelas supone una grave dificultad para su atención, y existe consenso sobre la mayor efectividad del tratamiento integrado, que precisa que el seguimiento se lleve a cabo dentro de un equipo multidisciplinar que atienda los aspectos psicológicos, médico y social del paciente y su entorno”.

Por fortuna, en las dos últimas décadas se ha demostrado que los planes de tratamiento integrados y los tratamientos individualizados en patología dual (93), garantizan tratamientos más efectivos a largo plazo (94). Actualmente es claro que la morbimortalidad en patología dual está en aumento y que surge la necesidad de implementar centros de tratamientos integrados para los pacientes con patología dual (63). En particular, una dificultad del tratamiento integrado es la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario entrenado tanto en patología mental como en adicciones. Esto se ha podido lograr en algunos países de Europa como por ejemplo España, pero puede ser difícil realizarlo en países en América Latina en donde los modelos de atención tanto de salud mental como de adicciones no han sido integrados y no hay una cultura de la necesidad de brindar a los pacientes de patología dual este modelo de intervención.

Un ejemplo de un modelo integral es el Programa de Patología Dual Grave (PPDG) del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC) en España, el cual está constituido por el Subprograma de agudos, el Subprograma de desintoxicación hospitalaria UDH, y el Subprograma Ambulatorio, que al estar integrados dentro del hospital mantienen relación cercana con los otros servicios hospitalarios, garantizando el abordaje integral del trastorno adictivo y el trastorno mental y de continuidad desde el Subprograma de Agudos, hasta el Subprograma Ambulatorio (14).

El objetivo principal de este programa es que la Escala de Evaluación de la Función Global (EEFG) del paciente aumente por encima del 50%, para ser posteriormente derivado a la red de salud mental y/o la red de drogodependencias, pero en el espacio de tiempo que su patología lo determine (13). En el PPDG se incluyen pacientes con diagnóstico de enfermedad mental de psicosis (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o psicosis tóxica que además presentan el diagnóstico comórbido de dependencia de heroína, cocaína, alcohol o politoxicomanía), demencia moderada o grave junto a dependencia de heroína, cocaína, alcohol o politoxicomanía, algunos casos de trastorno de personalidad grave o paciente con tres o más diagnósticos con dependencia de heroína, cocaína, alcohol o politoxicomanía, con una puntuación EEFG menor de 50, lo que constituye patología dual grave, los cuales son remitidos desde las unidades de salud mental, gabinetes municipales de drogodependencias, unidades de conductas adictivas y asociaciones que trabajan en la atención de drogodependientes.

Otros trabajos y propuestas relacionadas con unidades y/o programas en patología dual, se observan en la tabla 6.

**Tabla 6. Antecedentes unidades y/o programas en patología dual**

<b>Nombre del programa</b>	<b>Autores</b>	<b>Modelo utilizado</b>	<b>Población</b>	<b>Características de los pacientes y/o programa</b>	<b>Relevancia</b>	<b>Grado de relevancia</b>
Unidad de Conductas Adictivas y una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Comunidad Valenciana - España	Barea, Juan, et al., 2010 <a href="https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/210">https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/210</a>	Abordaje biopsicosocial con énfasis en factores genéticos y ambientales	120 pacientes	Se encontró una fuerte correlación entre antecedentes familiares de adicción y la presencia de trastornos afectivos. Consumo predominante de estimulantes y cannabis	El estudio permite comprender la influencia de factores familiares y afectivos en la aparición de patologías duales, siendo clave para diseñar intervenciones integrales	Alta
Unidad de Hospitalización del Programa de Patología Dual Grave (UHPPDG)	Esfors H et al., 2013 <a href="https://red.aeesd.com/upload/files/vol-39/n-1/v39n1_2.pdf">https://red.aeesd.com/upload/files/vol-39/n-1/v39n1_2.pdf</a>	Modelo de atención integrada que incluye el uso de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-Dual (TPMB-D) de formato grupal	82 pacientes	El 80% eran varones. La edad media fue de 36,7 años, siendo el rango de edad más frecuente el que corresponde entre los 20 y 29 años. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el trastorno psicótico principalmente esquizofrenia paranoide. Las sustancias más consumidas fueron alcohol (33%), cocaína (26%) y cannabis (20%)	El modelo integrado permite abordar simultáneamente el consumo de sustancias y los trastornos psicóticos, facilitando una atención más eficaz y adaptada a las necesidades clínicas severas	Alta
Intervención con pacientes con	Martín Camacho, O.	Intervención comunitaria	50 pacientes	Mayor incidencia en varones jóvenes con	La intervención psicoeducativa	Baja

patología dual en la Isla de La Palma (Trabajo final de grado Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación)	2017 <a href="https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6456/La%20intervencion%20con%20pacientes%20con%20opatologia%20dual%20en%20la%20isla%20de%20la%20Palma.pdf">https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6456/La%20intervencion%20con%20pacientes%20con%20opatologia%20dual%20en%20la%20isla%20de%20la%20Palma.pdf</a>	con enfoque psicoeducativo		antecedentes familiares de adicción	comunitaria destaca la necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas enfocadas en jóvenes con antecedentes familiares de consumo	
Boletín de salud mental Patología dual en Colombia	Ministerio de Salud de la República de Colombia. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de salud mental Patología Dual en Colombia, 2018. <a href="https://www.salud.gov.co/files/boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf">boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf</a>	Datos epidemiológicos. Plantea la importancia de un modelo de intervención basado en el enfoque de Salud Pública y reducción de daños	185.368 personas atendidas, Bodega de datos SISPRO, 2009-2017	Predominio de hombres (70%), con edades entre 18 y 45 años. Diagnósticos más comunes: trastorno bipolar y esquizofrenia. Alta prevalencia de consumo de cocaína y heroína	Los datos proporcionan una visión integral de la magnitud de la patología dual en el país, resaltando la necesidad de políticas públicas centradas en la salud mental y la reducción del daño	Media
Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta	San L, Arranz B, 2016 <a href="https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321001.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321001.pdf</a>	Modelo de atención clínica basado en la integración de tratamiento farmacológico	Pacientes adultos con patología dual atendidos en servicios de salud mental	Implementación de tratamientos basados en la evidencia científica, incluyendo terapia cognitivo-conductual, abordaje	Esta guía ofrece un enfoque clínico integral sustentado en evidencia, lo cual resulta fundamental para la atención efectiva de adultos con	Alta

		y psicoterapéuti co		psiquiátrico y rehabilitación social	patología dual en el ámbito institucional	
Propuesta de programa de tratamiento para patología dual en trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de alcohol (Trabajo fin de grado Facultad de Psicología)	Escribá P, 2019 <a href="https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1359/TFG%20Pascual%20Esc rib%C3%A1%20Rodrigo.pdf">https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1359/TFG%20Pascual%20Esc rib%C3%A1%20Rodrigo.pdf</a>	No existe modelo definido	Pacientes entre los 20 y 50 años con patología dual, en tratamiento por consumo de alcohol en estancia de día	La intervención está dividida en la fase inicial (dos semanas), fase de tratamiento (tres semanas) y fase final (seis semanas) y los módulos de psicoeducación en drogodependencias, psicoeducación en trastorno límite de la personalidad, detección de situaciones que propician el consumo, control de conductas impulsivas, habilidades sociales, regulación emocional, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de efectividad interpersonal	Ofrece una intervención estructurada y adaptada a pacientes con diagnóstico dual complejo, integrando aspectos psicoeducativos y habilidades de afrontamiento	Media

<p>Proyecto de intervención con personas con patología dual (Trabajo de fin de grado Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas)</p>	<p>Méndez L, 2020  <a href="https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24669/Proyecto%20de%20intervencion%20con%20personas%20con%20patologia%20dual.pdf?sequence=1">https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24669/Proyecto%20de%20intervencion%20con%20personas%20con%20patologia%20dual.pdf?sequence=1</a></p>	<p>Modelo de tratamiento integrado basado en el modelo transteórico del cambio, el modelo biopsicosocial y el modelo de calidad de vida</p>	<p>Zona de La Esperanza, barrio del municipio de El Rosario, Isla de Tenerife</p>	<p>La intervención está dividida en las fases Inicial (diez meses), Intermedia /Desarrollo (doce meses), Promoción de la autonomía /Asentamiento (doce meses), cada una de las cuales cuenta con áreas donde se indican objetivos operativos, actividades o tareas y técnicas o instrumentos</p>	<p>La propuesta destaca por su enfoque integral y de largo plazo, fomentando la autonomía progresiva de los participantes mediante fases estructuradas con objetivos específicos</p>	<p>Media</p>
<p>Unidad de Mediana Estancia UHM (Consortio Hospitalario Provincial de Castellón), Castellón de la Plana - España</p>	<p>Aranau F et al, 2021  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35053768/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35053768/</a></p>	<p>Abordaje de rehabilitación residencial transicional</p>	<p>116 pacientes (El 98,2% de los pacientes respondieron adecuadamente al ingreso en la UHM)</p>	<p>Los pacientes con patología dual representaron el 55,2% de los pacientes hospitalizados (n=64), en su mayoría hombres (81.3%), relativamente más jóvenes, con edad de inicio del trastorno mental menor que el grupo sin patología dual (22.5 años). El diagnóstico más frecuente fue trastorno del espectro de la esquizofrenia y consumo de</p>	<p>Este programa es relevante por su enfoque en la rehabilitación residencial, que ofrece una atención continua y estructurada a pacientes jóvenes con patología dual, principalmente esquizofrenia y policonsumo</p>	<p>Alta</p>

				cannabis o policonsumo		
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario 12 de Octubre (UHPHG), Madrid - España	Rodríguez-Jiménez Roberto, Aragüés María, Jiménez-Arriero Miguel Angel, Ponce Guillermo, Muñoz Antonio, Bagney Alexandra et al, 2021. <a href="https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0535-51332008000200007">https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0535-51332008000200007</a>	Terapia combinada con tratamiento farmacológico y psicoterapia grupal	200 pacientes	Mayor prevalencia en hombres jóvenes. Se identificó mayor consumo de alcohol y benzodiazepinas. Diagnósticos más frecuentes: trastorno esquizoafectivo y depresión mayor con abuso de sustancias	Este programa destaca por integrar tratamiento farmacológico y psicoterapia grupal en una población significativa, centrado en el tratamiento de patologías duales con alta prevalencia de consumo de alcohol y benzodiazepinas	Alta
Clínica Campo Victoria, Bogotá - Colombia	González J et al, 2023 <a href="https://www.webapal.org/revista-apal.php">https://www.webapal.org/revista-apal.php</a> (Revista de divulgación no arbitrada)	Terapia integrada en patología dual y abuso de sustancias	93 pacientes (Disminución del 50% del consumo posterior a la intervención, pero sin diferencias a nivel funcional)	El 45.2% presentaron patología dual, el 77.4% eran hombres, con edad promedio de 23 años. Las sustancias más consumidas fueron cannabis, nicotina y alcohol	Se observa una reducción significativa del consumo (50%) tras la intervención en pacientes con patología dual, lo que sugiere un impacto positivo del tratamiento integrado, especialmente en población joven	Media

#### 4.2.4 Enfoques innovadores

- Terapia de estimulación cerebral

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de los circuitos cerebrales relacionados con las adicciones, específicamente dos redes cerebrales asociadas a la conducta adictiva. La primera es la red de saliencia conformada por la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior y la fracción anterior de las ínsulas y está asociada al control cognitivo y la respuesta inhibitoria. Este circuito se ha observado hipoactivo en los trastornos adictivos y su disfunción estaría relacionado con la dificultad para frenar el impulso de consumir frente a los estímulos relacionados con las sustancias. La segunda red cerebral es la ventromedial, que comprende el córtex prefrontal ventromedial, la corteza orbitofrontal y el núcleo accumbens. Este circuito está relacionado con la vía de recompensa dopaminérgica y se ha observado hiperactividad lo cual se ha relacionado con la necesidad de consumir la sustancia psicoactiva (95).

Debido a estos hallazgos se han realizado algunos estudios en los cuales se realiza la estimulación de estas áreas. Por ejemplo, un estudio realizado en pacientes con adicción a la cocaína, en el cual se realizó estimulación magnética transcraneal en el córtex prefrontal dorsolateral, la cual presentaba actividad reducida como consecuencia la búsqueda compulsiva de cocaína, reportó un 69% de respuesta con una reducción significativa del deseo de consumo y de las recaídas a diferencia del 19% que recibió tratamientos clásicos. Sin embargo, este fue un estudio con un tamaño de muestra pequeño, lo cual limita las interpretaciones y la posibilidad de generalizar los resultados (96).

Este tipo de terapias, abre la posibilidad del desarrollo de novedosos tratamientos no farmacológicos de la adicción sin los efectos secundarios de los psicofármacos ni la necesidad de hospitalización o ingreso a centros de rehabilitación.

- Aplicaciones de telemedicina

Una de las áreas que tuvo un gran crecimiento en tratamiento para las adicciones, posterior a la pandemia por COVID-19 fue la telesalud y la telemedicina (97). La telesalud, se refiere a las aplicaciones tanto clínicas como no clínicas de la tecnología, desde el recuerdo de una consulta médica por un mensaje de texto hasta la reunión virtual con grupos de apoyo para ayudar a mantener la sobriedad y abstinencia, mientras que la telemedicina se refiere al uso clínico de la tecnología para realizar diagnósticos o tratamiento (98).

Actualmente, existen gran cantidad de centros que prestan sus servicios en consejería en adicciones, consulta de médica general y de especialidades como la psiquiatría, evaluación y terapia psicológica, y otras organizaciones como alcohólicos o narcóticos anónimos, que prestan sus servicios mediante la virtualidad, bien sea para realizar el tratamiento de los pacientes o realizar revisión a la adherencia y el seguimiento (97).

La importante utilidad de la telesalud y la telemedicina es respaldada por Pham et al (99), el cual revisó estudios publicados entre el 2012 y el 2022, quienes concluyeron que la

telemedicina fue beneficiosa y bien aceptada en términos de tratamiento y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, la revisión sistemática de Lin et al (100), la cual evaluó la efectividad de las intervenciones realizadas mediante telemedicina en pacientes con trastorno por uso de alcohol, nicotina y opioides, en su mayoría indican una alta satisfacción del paciente y fueron consideradas una alternativa efectiva cuando el acceso al tratamiento estaba limitado, aunque persisten limitaciones metodológicas importantes en los estudios incluidos.

### **4.3 Barreras y Controversias**

- Fragmentación de servicios

En Colombia, las redes de atención en salud mental y en adicciones están organizadas por separado, con poca articulación interinstitucional, duplicación de funciones y escasa transferencia de información (10,25). Esto genera que los usuarios deban pasar por distintos centros, con profesionales que no comparten información clínica, con criterios de ingreso diferentes y sin la posibilidad de tener continuidad y seguimiento en su proceso terapéutico (10).

Esta situación no solo es ineficiente desde el punto de vista institucional, sino que puede producir diagnósticos erróneos, interrupción de tratamientos y una sensación de abandono por parte del sistema. Además, cuando una persona con un trastorno dual acude al sistema de salud, muchas veces se le exige resolver primero la adicción para poder acceder a terapia psicológica o psiquiátrica, lo cual es contraproducente pues empeora el fenómeno de la puerta giratoria (18).

Otro aspecto crítico tiene que ver con la formación profesional y las políticas institucionales de los servicios, pues los trabajadores del sistema sanitario no cuentan con herramientas adecuadas para detectar y atender simultáneamente las condiciones de salud mental y consumo de sustancias en los pacientes (15,39). Se sigue manteniendo una visión de la adicción como un problema conductual, lo cual impide ver su relación con otros factores como los eventos traumáticos (10). Esta separación conceptual alimenta la fragmentación en el tratamiento, en vez de promover un enfoque biopsicosocial integrado

Por otro lado, las políticas públicas suelen cambiar con los gobiernos, lo que impide construir modelos sostenibles y con enfoque de derechos. La falta de presupuesto, de integración tecnológica entre instituciones y de continuidad en los programas son obstáculos estructurales que dificultan cualquier intento serio de unificar los servicios (15,17).

En cuanto a los servicios de adicciones, en muchos países de América Latina, siguen siendo gestionados por instituciones privadas o confesionales, que a menudo operan con enfoques moralistas y coercitivos (15,25). Estas organizaciones no siempre se articulan con el sistema de atención a la salud mental, ni rinden cuentas sobre los resultados clínicos de sus intervenciones al sistema de salud (7).

Finalmente, esta fragmentación de los servicios no solo limita el acceso a tratamientos integrales, sino que también contribuye a la cronificación del sufrimiento, a la estigmatización y al abandono de los usuarios (101).

- Estigma y adherencia

Persiste un estigma fuerte hacia las personas con trastornos por consumo, incluso dentro del sistema de salud. Se las considera difíciles de tratar, poco adherentes y problemáticas, lo que lleva a una atención en salud deshumanizada. Esta discriminación se convierte en una barrera más para los pacientes con patología dual, quienes ya se encuentran en situación de vulnerabilidad (101).

Según un estudio realizado por García y Méndez (2014), el abandono del tratamiento en salud mental puede alcanzar cifras superiores al 50% en algunos servicios, especialmente en contextos públicos (102). Este fenómeno tiene múltiples causas, entre ellas las barreras económicas, estigmatización, falta de comprensión del diagnóstico, y relaciones terapéuticas poco empáticas. Estos autores destacan cómo el sistema responsabiliza al paciente por su falta de compromiso, sin considerar los determinantes sociales y estructurales que influyen en su decisión de continuar o no con el tratamiento. Entre ellos están la pobreza, la distancia a los centros de salud, la rigidez de los horarios de atención, y el hecho de que las intervenciones no siempre se adaptan a la realidad del paciente (103).

Uno de los puntos clave para lograr la adherencia al tratamiento en salud mental es el vínculo entre el profesional y el paciente. En su artículo Calvo (101), resalta que los abandonos tempranos suelen estar relacionados con una experiencia terapéutica negativa en las primeras sesiones. Por otra parte, en muchos contextos todavía se considera que acudir a un psicólogo o psiquiatra es estar loco, lo que genera vergüenza y aislamiento. Además, cuando la atención se basa exclusivamente en el modelo biomédico, se reduce la motivación del paciente a continuar, ya que el paciente no percibe la atención como integral.

Por último, también dificultan la adherencia la baja cobertura de servicios, por falta de suficientes profesionales especializados, oportunidad de cita, oportunidad de ingreso en programas de clínica día y servicios de internación, falta de seguimiento adecuado después del egreso hospitalario y ausencia de atención comunitaria y de oportunidades de rehabilitación psicosocial.

- Debates actuales: ¿Tratar primero el trastorno mental o la adicción?

Los sistemas de salud han funcionado de forma fragmentada, atendiendo por un lado a quienes tienen trastornos mentales y por otro a quienes presentan problemas de adicción. Sin embargo, esta separación no refleja la necesidad clínica de los pacientes, pues no se trata de decidir cuál problema va primero, sino de asumir que existe una patología dual, donde ambos trastornos coexisten y se agravan mutuamente si no se abordan de forma conjunta (12). Tratar únicamente la adicción, ignorando la raíz emocional o mental que la sostiene, puede llevar a recaídas constantes. Por otro lado, intervenir sólo el trastorno mental sin abordar el consumo puede impedir una recuperación del trastorno por consumo de sustancias (14).

La controversia principal radica en la formación de los profesionales, pues muchos psiquiatras no están preparados para manejar adicciones, y muchos terapeutas en adicciones no tienen entrenamiento en salud mental. Esta falta de preparación impide una atención integral de los pacientes y tiene como consecuencia errores diagnósticos y tratamientos fragmentados e inadecuados (13).

Esto se agrava cuando el sistema de salud les exige tener abstinencia completa para recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico, o cuando se considera que los síntomas mentales son únicamente producto del consumo. Esta mirada reduccionista niega la subjetividad del paciente, empujándolo a sentirse incomprendido y a abandonar la búsqueda de ayuda (57).

Adicionalmente, los ensayos clínicos y estudios de intervención excluyen a personas con patología dual, lo cual dificulta la creación de guías de tratamiento específicas para esta población (104). Esta exclusión es una forma de estigmatización, pues se prefiere estudiar casos puros en lugar de abordar la complejidad real de los pacientes.

Como conclusión sobre qué tratar primero, si la adicción o el trastorno mental, este parte de una lógica fragmentada que no responde a las necesidades reales de las personas. La experiencia clínica, las investigaciones y la vivencia de los pacientes con patología dual y sus familias coinciden en la urgente necesidad de la integración de servicios, la formación interdisciplinaria y el respeto por la experiencia de los pacientes con patología dual y sus familias.

## 5. Metodología de Marco Lógico

### 5.1. Análisis de Involucrados

**Tabla 7. Cuadro de los involucrados**

<b>Beneficiarios directos</b>	<b>Beneficiarios indirectos</b>	<b>Entidades de apoyo</b>	<b>Oponentes</b>	<b>Rol importante</b>
Pacientes con patología dual grave que consultan a la Subred Centro Oriente E.S.E	Familiares o cuidadores de los pacientes con patología dual grave	Hospital Santa Clara SENA Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDRD ICBF	Profesionales no capacitados Equipos multidisciplinarios insuficientes Expendedores de droga	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
Familiares y cuidadores de los pacientes con patología	Vecinos, escuela, habitantes del barrio Instituciones	Trabajo social del Hospital Santa Clara	Desgaste emocional limitaciones económicas	Alcaldía de la Localidad Antonio Nariño

dual grave	Prestadoras de Servicios de Salud			
Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa Clara	Profesionales que trabajan en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapéutas)	Secretaría de Salud de Bogotá	Otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS	Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Clara
Área administrativa del Hospital Santa Clara	Proveedores del hospital como farmacia, servicios generales, empresa de seguridad	Empresas de vigilancia, servicios generales, contratación de talento humano en salud	Intervención por el Ministerio de Salud y Protección Social No considerar la salud mental y las adicciones como prioridad en su agenda	Autorización del paquete de atención
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	Alcaldía de Bogotá Consejo Local de Discapacidad	Concejo de Bogotá	Partidos de oposición	Secretaría de Integración Social de Bogotá
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)	Otras subredes Integradas de salud: Sur, Sur-Occidente y Norte	Superintendencia Nacional de Salud Supersalud	UPC destinadas a enfermedades físicas Retraso en autorizaciones o negación de servicios	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
Alcaldía Local de Antonio Nariño	Comunidad	Veedores Policía Nacional	Normatividad sobre consumo de sustancias psicoactivas Expendedores de drogas	Juntas de Acción Comunal
Secretaría de Integración Social de Bogotá	Albergues para habitantes de calle con contratación temporal	ONG´s que trabajan proyectos de habitación en calle	Policía Nacional Juntas de Acción Comunal	Alcaldía Local de Antonio Nariño

## **5.2. Árbol de problemas para el Diseño de un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**

El árbol de problemas se estructura en tres niveles: problema central, causas y efectos (Figura 3). A continuación, se presenta una síntesis jerárquica:

**5.2.1 Problema central: Falta de un modelo integrado de atención basado en evidencia para el abordaje de los pacientes con patología dual grave** (comorbilidad de trastorno mental grave y trastornos adictivos) en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

### **5.2.2 Causas (Raíces del Problema):**

- **Fragmentación de los servicios de salud:**
  - Redes de salud mental y adicciones operan de forma separada sin coordinación. Los pacientes con patología dual grave que ingresan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E en Bogotá por el servicio de urgencias debido a alto riesgo de auto o heteroagresión. Una vez controlado el proceso psicótico, afectivo y en algunos casos intoxicación o abstinencia, son dados de alta con una orden de remisión a unidad de adicciones, la cual la tramitan ambulatoriamente en su respectiva entidad promotora de salud (EPS). Sin embargo, la autorización de ese proceso puede demorar varios días, regresando el paciente a su ambiente familiar, o en algunos casos a la calle, con recaída en el consumo de SPA y otras conductas adictivas.
  - Modelos de atención secuencial o paralelo (no integrados). En otras oportunidades el paciente asiste a controles periódicos ambulatorios por hospital día o consulta externa, al tiempo que realiza un proceso residencial o ambulatorio para adicciones por su respectiva EPS, en otro sitio de atención. Este modelo paralelo es desarticulado por lo que genera la pérdida del funcionamiento global y favorece recaídas en el consumo y reactivación del trastorno mental.
- **Barreras administrativas y financieras:**
  - Cierre del CAD (Centro de Atención en Drogodependencias) del Hospital Santa Clara por problemas financieros. Durante la vigencia 2024 el CAD del hospital Santa Clara fue cerrado después de más de 30 años de funcionamiento. Entre los factores que favorecieron el cierre están las estancias prolongadas de los pacientes, glosas de cuentas por mala facturación, convenios de las EPS con centro de atención privados a bajo costo y fallas de operativización en el modelo de atención.
  - Demoras en autorizaciones de tratamientos y falta de continuidad. La falta de la continuidad del tratamiento farmacológico para la patología dual grave, los expone a recaídas en el consumo de SPA, falta de disponibilidad de antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y medicamentos anticraving.
- **Falta de recursos especializados:**

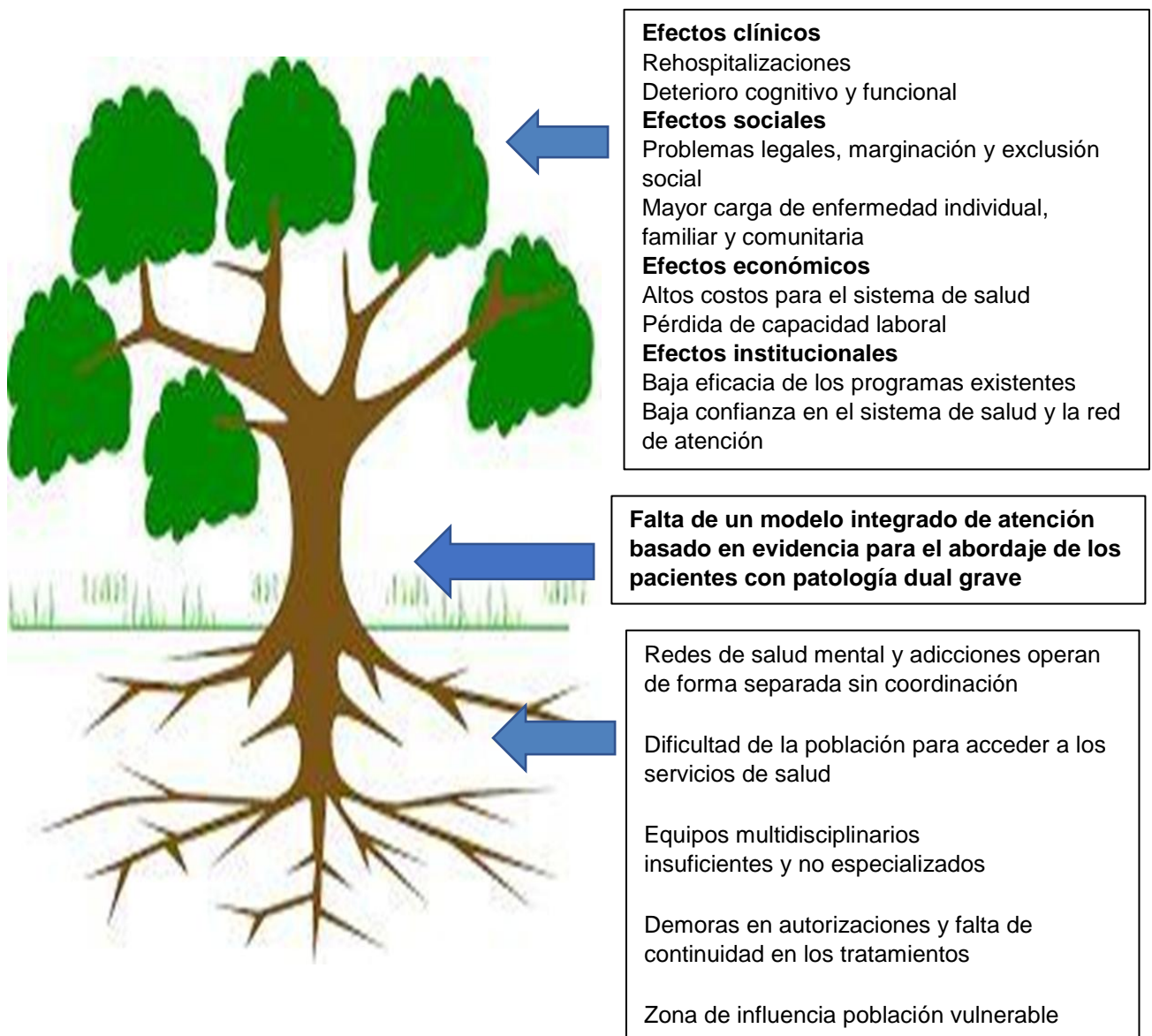
- Equipos multidisciplinarios insuficientes y no especializados (psiquiatría, psicología, trabajo social). El personal en salud mental que atiende a los pacientes con consumo de sustancias psicoactivas no tiene formación en patología dual.
- Ausencia de unidades de media estancia o rehabilitación hospitalaria. A diferencia de otros países, en Colombia no existen unidades de media estancia, lo cual ayuda a preparar al paciente en su proceso de rehabilitación y egreso hospitalario.
- **Estigma y formación inadecuada de los profesionales:**
  - Estigmatización de pacientes con patología dual en los servicios de salud.
  - Profesionales no capacitados para abordar al paciente con adicciones con otros trastornos mentales y viceversa.
- **Factores socioeconómicos:**
  - Población en vulnerabilidad (pobreza, desempleo, situación de calle). Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E ofrece servicios al sector céntrico de Bogotá que se caracteriza por ser una zona de tolerancia, prostitución, inmigración.
  - Alta prevalencia de consumo de SPA en la zona de influencia (ej. San Bernardo). A raíz del desalojo de la calle del “Bronx” en Bogotá, muchos consumidores se trasladaron al barrio San Bernardo convirtiéndose en un sector de consumo de SPA.

### 5.2.3 Efectos (Consecuencias):

- **Efectos clínicos:**
  - Rehospitalizaciones frecuentes ("puerta giratoria"). Es frecuente encontrar pacientes con cuatro o más reingresos al año en las unidades mentales de los Hospitales de la Victoria y Santa Clara de la Subred Centro Oriente E.S.E.
  - Mayor deterioro cognitivo y funcional de los pacientes. Tanto los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar asociado a trastornos adictivos tienen mayor riesgo de deterioro cognitivo, el cual generalmente se agrava con las múltiples hospitalizaciones, agotamiento de la red de apoyo y abandono familiar.
- **Efectos sociales:**
  - Aumento de problemas legales, marginación y exclusión social.
  - Carga familiar y comunitaria por falta de reinserción social.
- **Efectos económicos:**
  - Altos costos para el sistema de salud (urgencias, hospitalizaciones prolongadas). Durante las hospitalizaciones se generan costos de atención elevados que incluso las entidades no desean reconocer, generando glosas que van en detrimento económico del hospital.

- Pérdida de productividad por incapacidad laboral. Los pacientes con patología dual grave de la Subred Centro Oriente E.S.E presentan cada vez más pérdida en su capacidad funcional lo que genera deterioro en su productividad y capacidad laboral.
- **Efectos Institucionales:**
  - Baja eficacia de los programas existentes. El modelo de atención actual de la Subred Centro Oriente E.S.E se encuentra fragmentado y desarticulado de los procesos de atención en adicciones. No existe un seguimiento del paciente por ende las tasas de reingreso son mayores.
  - Desconfianza de los pacientes en el sistema de salud y la red de atención.

**Figura 3. Árbol de problemas Diseño de un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**



TOMADO: <https://co.pinterest.com/pin/255508978843849046/>

### **5.3. Árbol de objetivos Diseño de un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**

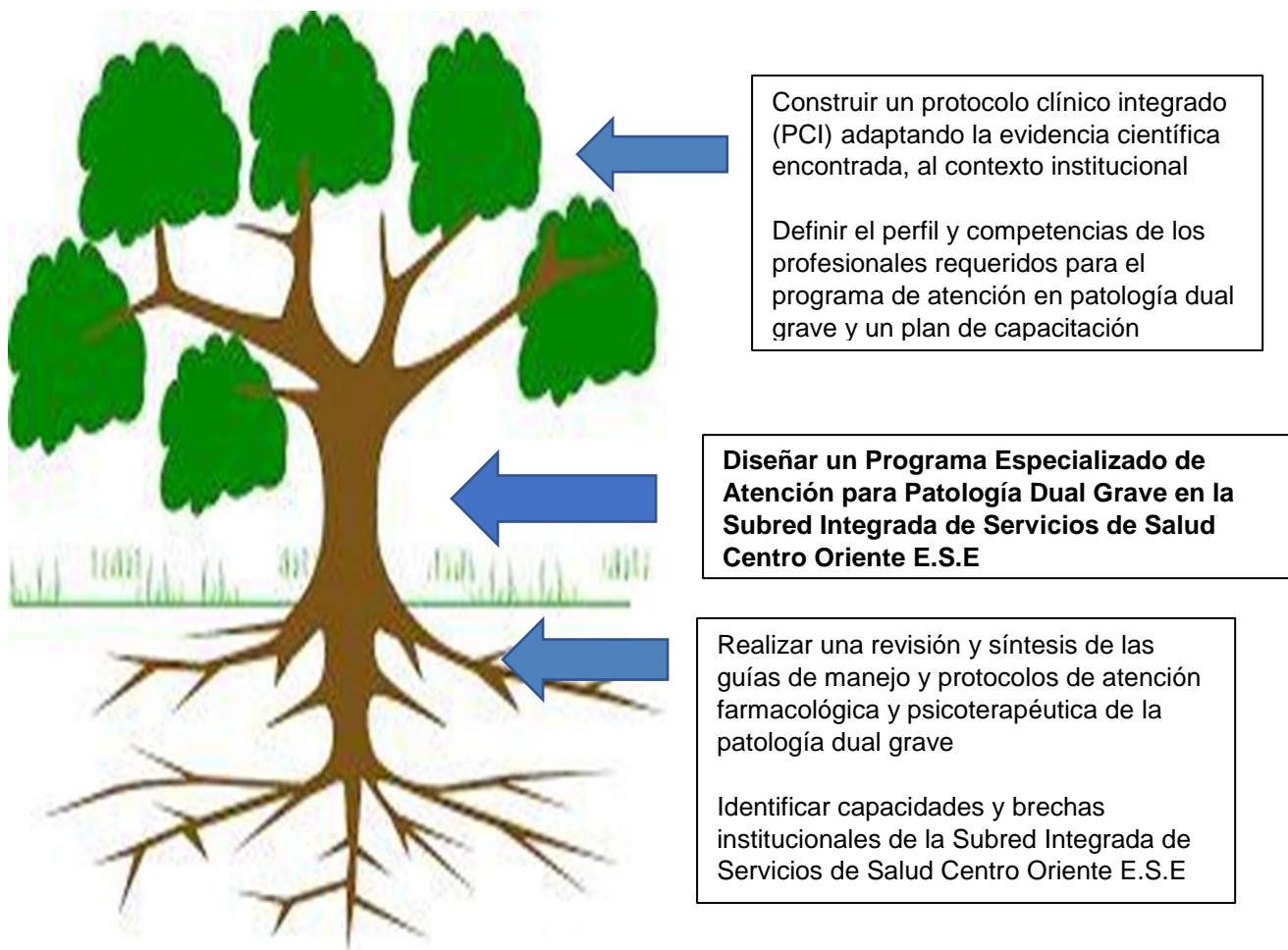
Este árbol de objetivos presenta las metas del programa integral y el seguimiento continuo de las acciones implementadas.

**Objetivo general:** Diseñar un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar capacidades y brechas institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E para el abordaje de pacientes con patología dual grave.
- Realizar una revisión y síntesis de las guías de manejo y protocolos de atención farmacológica y psicoterapéutica de la patología dual grave.
- Construir un protocolo clínico integrado (PCI) que incluya la evaluación y diagnóstico, la intervención farmacológica y psicoterapéutica, criterios de derivación y egreso, adaptando la evidencia científica encontrada, al contexto institucional de la Subred Centro Oriente.
- Definir el perfil y competencias de los profesionales requeridos para el programa de atención en patología dual grave y un plan de capacitación en los elementos que integran el programa de patología dual grave propuesto.

**Figura 4. Árbol de problemas Diseño de un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**



TOMADO: <https://co.pinterest.com/pin/255508978843849046/>

#### 5.4. Matriz de Planificación del Proyecto

Nota sobre el alcance de la matriz: La siguiente matriz de marco lógico se estructura para visualizar la lógica de intervención del proyecto completo. Es fundamental destacar que el presente trabajo de grado se circunscribe exclusivamente a la Fase 1: Diseño, representada por el Propósito y sus Componentes y Actividades correspondientes. El “nivel de Impacto del proyecto” se incluye como una referencia al impacto último al que se espera contribuir una vez el programa sea implementado en su totalidad (Fases 2 y 3).

**Tabla 8. Matriz de planificación**

Nivel	Descripción	Indicadores Verificables	Medios de Verificación	Supuestos / Riesgos
-------	-------------	--------------------------	------------------------	---------------------

Impacto del proyecto	Implementar un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S. E	Disminuir las rehospitalizaciones de los pacientes diagnosticados con patología dual grave en un 20 % al año  Lograr que el 80% de los pacientes del programa reporten una satisfacción mayor o igual a 4/5 en la calidad de la atención percibida	Registro de historias clínicas, encuestas de satisfacción, derivaciones y egresos del programa	Situación administrativa y financiera del Hospital Santa Clara  Equipos multidisciplinarios insuficientes  Falta de registro completo de historias clínicas
Propósito Fase 1	Diseñar un Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Informes, revisión documental y documento final elaborado antes del 15 de diciembre de 2025	Documento final autorizado por líder de salud mental	Disponibilidad de contratación del recurso humano especializado en patología dual
Componente 1 C1	Identificar capacidades y brechas institucionales para el abordaje de pacientes con patología dual grave  Revisión de guías y construcción del Protocolo Clínico Integrado (PCI)	Identificar capacidades y brechas institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E para el abordaje de pacientes con patología dual grave antes del 30 de septiembre de 2025  Elaboración de Protocolo Clínico Integrado (PCI) para la atención de los pacientes patología dual grave antes del 15 de diciembre de 2025	PCI (Protocolo Clínico Integrado) avalado por líder de salud mental	Tiempos cortos y apoyo técnico limitado para la identificación de capacidades y brechas institucionales, la revisión de guías y protocolos, y la elaboración del PCI  Acceso a bases de datos y a fuentes confiables  Escasa literatura científica por poca publicación sobre la temática
Componente 2 C2	Definición de perfiles profesionales para el Programa Especializado de Atención para	Perfiles profesionales definidos para el Programa Especializado de Atención para	Documento de perfiles profesionales para el Programa Especializado de Atención para	Bajos honorarios y contratación por prestación de servicios que aumentan la rotación del

	Patología Dual Grave	Patología Dual Grave antes del 15 de diciembre de 2025	Patología Dual Grave	personal especializado
Componente 3 C3	Plan de capacitación de los profesionales para el Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave	Plan de capacitación de los profesionales para el Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave antes del 15 de diciembre de 2025	Plan de capacitación institucional de los profesionales para el Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave	Tiempos cortos y apoyo técnico limitado para la elaboración del plan de capacitación
Actividades C1	A1: Identificar capacidades y brechas institucionales de para el abordaje de pacientes con patología dual grave	Identificar capacidades y brechas institucionales para el abordaje de pacientes con patología dual grave antes del 30 de septiembre de 2025	Informe documental capacidades y brechas institucionales para el abordaje de pacientes con patología dual grave	Tiempos cortos y apoyo técnico limitado para la identificación de capacidades y brechas institucionales
	A2: Realizar revisión y síntesis de guías de manejo y protocolos farmacológicos y psicoterapéuticos de la patología dual grave	Informe de síntesis completado antes del 30 de noviembre de 2025	Informe documental y bases de datos consultadas	Acceso a bases de datos y a fuentes confiables
	A3: Construir el Protocolo Clínico Integrado (PCI), incluyendo evaluación, diagnóstico, intervención farmacológica y psicoterapéutica, criterios de derivación y egreso, adaptado al contexto institucional	Elaboración del PCI (Protocolo Clínico Integrado) antes del 15 de diciembre de 2025	PCI (Protocolo Clínico Integrado) avalado por líder de salud mental	Tiempos cortos y apoyo técnico limitado para elaboración del PCI

Actividades C2	A4: Definir perfiles y competencias de los profesionales requeridos	Documento de perfiles elaborado antes del 15 de diciembre de 2025	Registro institucional de perfiles	Falta de disponibilidad de personal especializado y recursos económicos para la contratación de los profesionales
Actividades C3	A5: Diseñar un plan de capacitación en elementos del programa de patología dual grave	Documento de plan de capacitación elaborado antes del 15 de diciembre de 2025	Registro de capacitaciones realizadas y evaluaciones de competencias	Falta de recursos económicos y alta rotación de profesionales

### 5.5. Cronograma de actividades

Fase 1	Meses	Objetivo específico	Actividades principales	Responsables	Productos esperados
Preparación y diagnóstico situacional	1	Identificar capacidades y brechas institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E para el abordaje de pacientes con patología dual grave	Diagnóstico situacional de recursos humanos, físicos y técnicos Revisión de normativas y protocolos institucionales	Dirección científica Subred, Coordinación Salud Mental, Comité de investigación	Informe documental capacidades y brechas institucionales para el abordaje de pacientes con patología dual grave
Construir un protocolo clínico integrado (PCI)	3-2	Realizar una revisión y síntesis de las guías de manejo y protocolos de atención farmacológica y psicoterapéutica de la patología dual grave.	Revisión y síntesis de las guías de manejo y protocolos de atención	Guías de manejo y protocolos de atención	Informe documental y bases de datos consultadas

	4-5	Construir un protocolo clínico integrado (PCI) que incluya la evaluación y diagnóstico, la intervención farmacológica y psicoterapéutica, criterios de derivación y egreso, adaptando la evidencia científica encontrada, al contexto institucional de la Subred Centro Oriente	Definición de componentes clínicos, psicosociales y comunitarios del programa	Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Administración	Documento técnico del Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave
Fortalecimiento de capacidades	6	Definir el perfil y competencias de los profesionales requeridos para el programa de atención en patología dual grave y un plan de capacitación en los elementos que integran el programa de patología dual grave propuesto	Elaboración de módulos de capacitación y talleres	Universidad Nacional de Colombia, Hospital Santa Clara, Secretaría Distrital de Salud	Manual de capacitación y perfil de competencias de los profesionales

## 5.6. Presupuesto

Duración de Fase 1: 6 meses

- Talento humano

Cargo / Rol	Horas	Valor/hora	Costo Total	Observaciones
Investigador principal (psiquiatra)	180 h	\$140.000	\$25.200.000	Dirección científica y diseño metodológico.
Co-investigador psicólogo clínico	135 h	\$70.000	\$9.450.000	Analítica y diseño terapéutico y rutas asistenciales.

Trabajo Social	90 h	\$55.000	\$4.950.000	Caracterización poblacional y mapeo territorial.
Apoyo administrativo	60 h	\$60.000	\$3.600.000	Logística + programaciones institucionales.
Asesor metodológico	30 h	\$150.000	\$4.500.000	Consultoría académica avanzada.
Asesor experto toxicología/adicciones	25 h	\$150.000	\$3.750.000	Estructuración del componente clínico dual.
Diseñador documental/diagramación	40 h	\$50.000	\$2.000.000	Diagramas, flujos, rutas, manuales.
Digitador / Auxiliar técnico	50 h	\$30.000	\$1.500.000	Bases, transcripción y digitalización documental.

- Gastos operativos

Recurso / Actividad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Bases de datos, DOIs y fuentes académicas	6 meses	\$120.000	\$720.000
Papelería, impresión, recolección de datos	6 meses	\$150.000	\$900.000
Reuniones técnicas con Subred y Jefaturas	10 sesiones	\$350.000	\$3.500.000
Refrigerios reuniones operativas	10 sesiones	\$180.000	\$1.800.000
Licencia software SPSS/Adobe/Miro/Visio	6 meses	\$180.000	\$1.080.000
Movilidad y visitas clínicas	24 semanas	\$70.000	\$1.680.000
Material pedagógico y presentaciones	-	-	\$800.000
Internet, telefonía, datos comunicación	6 meses	\$75.000	\$450.000
Certificados / notarización / trámites	-	-	\$300.000

- Equipos y servicios tecnológicos

Recurso	Detalle	Costo Total
Servidor nube + Backup	Google/OneDrive – 6 meses	\$600.000

Desarrollo gráfico + iconografía institucional	Diagramas, flujos y señalética	\$1.200.000
Hosting y dominio Web	Soporte estructural 6 meses	\$350.000
Licencia PowerBI/Tableau	Procesamiento y visual analítico	\$1.080.000

- Resumen general

Rubro	Total
Talento humano	\$54.950.000
Gastos operativos	\$11.230.000
Equipos y servicios tecnológicos	\$3.230.000
Gastos administrativos o indirectos (10%)	\$6.941.000
TOTAL	\$76.351.000

## 5.7. Sistema de Monitoreo y Evaluación Fase 1

El Sistema de Monitoreo y Evaluación, permitirá realizar seguimiento permanente al avance y calidad del Diseño del Programa Especializado de Atención en Patología Dual Grave, asegurando control sobre actividades, productos, entregables, cronograma e indicadores de resultado.

- Estructura del sistema de monitoreo Fase 1

Componente	Qué se monitorea	Fuente / Verificación
Actividades	Avance semanal frente al cronograma	Actas, seguimiento, bitácora de actividades
Productos	Cumplimiento de entregables parciales y finales	Documentos, versiones fechadas
Tiempos	Cumplimiento de plazos propuestos	Cronograma, reporte mensual
Recursos	Ejecución financiera frente al presupuesto	Informes contables, soportes
Participación institucional	Sesiones técnicas, retroalimentación recibida	Actas, listas de asistencia

- Indicadores del monitoreo Fase 1

Dimensión	Indicador	Meta	Frecuencia
Gestión documental	Diagnóstico y caracterización	1 entregable consolidado	Mensual
Análisis técnico	Definición de rutas y protocolos	1 versión final	Trimestral
Articulación institucional	Reuniones técnicas realizadas	≥10 reuniones	Mensual
Producción técnica	Manual y ruta final	1 entregable validado	Final de la fase 1
Validación interna	Socializaciones con Subred	≥3 encuentros	Bimensual
Cumplimiento del plan	Actividades ejecutadas	≥90 %	Mensual

- Instrumentos de Monitoreo Fase 1

Instrumento	Función	Responsable
Bitácora de gestión	Registro diario de avances y novedades	Equipo investigador
Matriz de control de actividades	Seguimiento por entregables e hitos	Dirección del proyecto
Registro de reuniones	Acuerdos técnicos y compromisos	Coordinación administrativa
Formato de supervisión	Valoración de calidad de entregables	Asesor metodológico
Base documental	Control de versiones y archivos	Auxiliar técnico

La evaluación se realizará al cierre de la Fase 1, permitiendo valorar la pertinencia técnica, coherencia metodológica y calidad del diseño propuesto para el Programa de Atención en Patología Dual Grave.

- Evaluación Fase 1

Resultado esperado	Indicador	Nivel mínimo de logro
Diseño final del programa	Documento completo consolidado	100 %
Validación técnica	Aprobación institucional	≥80 %
Coherencia metodológica	Cumplimiento estructural	≥90 %

## Conclusiones

- La patología dual grave constituye uno de los desafíos más complejos para los sistemas de salud en Colombia, debido a su alta prevalencia, su asociación con trastornos mentales severos y su impacto clínico, social y económico.

- El análisis documental, epidemiológico y situacional demuestra que el sistema actual de atención funciona de manera fragmentada, con modelos secuenciales o paralelos que no responden adecuadamente a la complejidad de estos pacientes.
- Los modelos internacionales con mejores resultados coinciden en la eficacia del tratamiento integrado, entendido como la atención simultánea y coordinada de ambos trastornos por un mismo equipo interdisciplinario.
- El fundamento epistemológico basado en la integración y la complejidad permite comprender la patología dual desde un enfoque multidimensional, superando visiones reduccionistas.
- El diseño del Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave propuesto para la Subred Centro Oriente ofrece un modelo estructurado, contextualizado y viable para fases posteriores de planificación e implementación.
- El cierre del CAD del Hospital Santa Clara en 2023 dejó un vacío asistencial significativo, por lo que este programa constituye una respuesta técnica y ética para recuperar la capacidad de atención especializada.
- El modelo responde a las características del territorio Centro Oriente, marcado por consumo problemático en espacio público, pobreza, violencia urbana y estigmatización.
- La Fase 1 del proyecto permite establecer componentes esenciales: Diagnóstico integral, intervención coordinada, trabajo comunitario, prevención de recaídas, abordajes motivacionales y cognitivo-conductuales y participación familiar.
- Se identificaron requisitos concretos para fases posteriores: infraestructura, talento humano especializado, capacitación técnica, indicadores de seguimiento y costos estimados.
- Este proyecto constituye un aporte significativo para la Subred Centro Oriente en Bogotá al ofrecer un diseño de modelo integral, basado en evidencia y con perspectiva humanista.

## Referencias

1. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. mayo de 2007;64(5):566-76.
2. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 15 de noviembre de 2004;56(10):730-7.
3. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (US); 2020 [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>

4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Subdirección de Enfermedades No, Trasmisibles. Boletín de salud mental Patología dual en Colombia [Internet]. 2018 [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Proyecciones de población de Bogotá [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion-bogota?highlight=WyJwb3liLCJwb3Jvc2FzIiwyaMDI0XQ==>
6. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría Distrital de Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra, la Droga y el Delito (UNODC) para la, Región Andina y el Cono Sur. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. Informe final 2022 [Internet]. 2022 [citado 24 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre-9/ESTUDIO\\_DE\\_CONSUMO\\_DE\\_SUSTANCIAS\\_PSICOACTIVAS\\_BOGOTA\\_2022.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre-9/ESTUDIO_DE_CONSUMO_DE_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS_BOGOTA_2022.pdf)
7. Alfonzo-Bello L, Szerman N, Marín-Navarrete R, Arribas-Ibar E, Pérez-Lopez A, Babín F, et al. Ibero-American initiative for dual disorders to improve public treatment programs. *Salud Ment.* 12 de diciembre de 2017;40(6):249-55.
8. Olmos MAP, Duque CC, Olmos TP, Duarte RA. Determinación de los factores asociados con el reingreso temprano de pacientes con enfermedad mental en dos ciudades de Colombia durante 2018. *Rev Colomb Psiquiatr.* julio de 2022;51(3):176-82.
9. San L, Arranz B, Dual Pathology Clinical Practice Guide EGF. Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population. *Adicciones.* 2 de marzo de 2016;28(1):3.
10. Castaño Pérez GA, Rojas Bernal LA, Bareño Silva J, Sierra Hincapié GM, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia. Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital. *Salud Ment.* 12 de diciembre de 2017;40(6):279-90.
11. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Modelo de Atención Integral para Trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia. Convenio 656 de 2015 [Internet]. 2016 [citado 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf>
12. Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking Dual Disorders/Pathology: Addict Disord Their Treat. *marzo de 2013;12(1):1-10.*
13. Haro Cortés G. Tratado sobre patología dual reintegrando la salud mental. Barcelona: MRA Médica; 2010.
14. Haro G. Necesidad de Programas específicos de seguimiento en patología dual: la nueva experiencia del Hospital Provincial de Castellón. En: *Manejo Clínico del Paciente con Patología Dual.* Valencia: Socidrogalcohol ed; 2009. p. 107-21.

15. Zamora-Rondón DC, Suarez-Acevedo DE, Bernal-Acevedo OA. Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Rev Salud Pública*. 1 de marzo de 2019;21(2):175-80.
16. Arnau F, Benito A, Villar M, Ortega ME, López-Peláez L, Haro G. Addressing Dual Disorders in a Medium-Term Admission Unit. *Brain Sci*. 26 de diciembre de 2021;12(1):24.
17. Muñoz LF, Muñoz CX, Uribe JM. La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Av En Psicol Latinoam [Internet]*. 25 de noviembre de 2020 [citado 1 de marzo de 2025];38(3). Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/8547>
18. Garrido P, Saraiva CB. P-601 - Understanding the revolving door syndrome. *Eur Psychiatry*. enero de 2012;27:1.
19. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Salud de Bogotá, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023 [Internet]. Grafoscopio S.A.S; 2023 [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: [https://www.unodc.org/rocol/uploads/documents/2024/Descargas/mayo/Tomo\\_2\\_-\\_Informe\\_cuantitativo\\_ESMBOG\\_2023\\_Digital.pdf](https://www.unodc.org/rocol/uploads/documents/2024/Descargas/mayo/Tomo_2_-_Informe_cuantitativo_ESMBOG_2023_Digital.pdf)
20. Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos Por Consumo de Drogas: Edición Revisada con Los Resultados de Las Pruebas Sobre el Terreno. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.
21. Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998. Por el cual se adopta la política nacional de salud mental. [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf)
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1315 de 2006 [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20834&dt=S>
23. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Bogotá cuenta con datos actualizados sobre consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.unodc.org/colombia/es/bogota-cuenta-con-datos-actualizados-sobre-consumo-de-sustancias-psicoactivas.html>
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP21-07-01-003, NSDUH Series H-56). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/>
25. Hernández DC. Tratamiento de adicciones en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:153S-170S.
26. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. octubre de 2007;6(3):168-76.

27. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van der Meer F, Becker H, de Haan L, et al. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* enero de 2012;125(1):45-53.
28. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 21 de noviembre de 1990;264(19):2511-8.
29. Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):60-8.
30. Gual A. Dual diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev.* enero de 2007;26(1):65-71.
31. Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJM, Buitelaar JK, De Jong C a. J. Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *Eur Addict Res.* 2011;17(1):10-20.
32. Wilens TE, Adamson J, Sgambati S, Whitley J, Santry A, Monuteaux MC, et al. Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am J Addict.* 2007;16 Suppl 1:14-21; quiz 22-3.
33. Thornton LK, Baker AL, Lewin TJ, Kay-Lambkin FJ, Kavanagh D, Richmond R, et al. Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addict Behav.* abril de 2012;37(4):427-34.
34. Swartz MS, Stroup TS, McEvoy JP, Davis SM, Rosenheck RA, Keefe RSE, et al. Special Section on Implications of CATIE: What CATIE Found: Results From the Schizophrenia Trial. *Psychiatr Serv.* mayo de 2008;59(5):500-6.
35. De Leon J, Diaz FJ. Genetics of schizophrenia and smoking: an approach to studying their comorbidity based on epidemiological findings. *Hum Genet.* junio de 2012;131(6):877-901.
36. Adler LE, Hoffer LD, Wisner A, Freedman R. Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry.* diciembre de 1993;150(12):1856-61.
37. Sacco KA, Bannon KL, George TP. Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *J Psychopharmacol (Oxf).* diciembre de 2004;18(4):457-74.
38. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance Use. *JAMA Psychiatry.* 1 de marzo de 2014;71(3):248.
39. Fernández-Miranda JJ, Pascual-Pastor F, Díaz-Fernández S, Navarro D, Manzanares J. Differences in substance use disorders and other mental disorders in mental health and addiction settings: Sociodemographic, clinical, drug treatment, and gender differences. *Int J Ment Health Addict.* 2024;22(4):2338-56.
40. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addict Abingdon Engl.* septiembre de 2006;101 Suppl 1:76-88.

41. Rojas Bernal LA, Castaño Pérez GA. Neurobiología de la Patología Dual. *Health Addict Drog.* 23 de julio de 2017;17(2):101.
42. Ambrosio E, Roncero C. Neurobiología de la Patología Dual. *Patología Dual Fundamentos clínicos y terapéuticos.* 1.ª ed. España: MERGE BOOKS; 2016. 272 p.
43. Szerman N, Peris L. Precision Psychiatry and Dual Disorders. *J Dual Diagn.* 2 de octubre de 2018;14(4):237-46.
44. Bahorik AL, Newhill CE, Queen CC, Eack SM. Under-reporting of drug use among individuals with schizophrenia: prevalence and predictors. *Psychol Med.* enero de 2014;44(1):61-9.
45. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremmani I, et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Transl Psychiatry.* 13 de octubre de 2022;12(1):446.
46. Bertolote JM, Sartorius N. Clasificación de las enfermedades mentales: de Bertillon a la CIE-10, un siglo de colaboración internacional. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1993;21:39-44.
47. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
48. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. [Internet]. LU: Publications Office; 2015 [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/532790>
49. Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K, Waxman R. Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry.* abril de 2006;163(4):689-96.
50. Livne O, Shmulewitz D, Stohl M, Mannes Z, Aharonovich E, Hasin D. Agreement between DSM-5 and DSM-IV measures of substance use disorders in a sample of adult substance users. *Drug Alcohol Depend.* 1 de octubre de 2021;227:108958.
51. Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain Behav.* mayo de 2021;11(5):e01894.
52. Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R. Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry.* julio de 2004;161(7):1231-7.
53. López-Ibor Aliño JJ. *International Personality Disorder Examination (I.P.D.E.) = examen internacional de los trastornos de la personalidad.* Madrid: Meditor; 1996.
54. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry.* 3 de abril de 2015;16(3):142-70.

55. Mueser KT, Gingerich S. Treatment of Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Soc Work Public Health*. mayo de 2013;28(3-4):424-39.
56. Arranz B, Garriga M, Bernardo M, González-Pinto A, Arrojo M, Torrens M, et al. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with schizophrenia spectrum disorders and a comorbid substance use. *Adicciones*. 1 de abril de 2022;34(2):110-27.
57. San Molina L, Bernardo Arroyo M, Arrojo Romero M. Guía práctica clínica Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias [Internet]. Madrid-España: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2020 [citado 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/2020-Guia-Patologia-Dual-V13.pdf>
58. Brunette MF, Dawson R, O'Keefe CD, Narasimhan M, Noordsy DL, Wojcik J, et al. A Randomized Trial of Clozapine Versus Other Antipsychotics for Cannabis Use Disorder in Patients With Schizophrenia. *J Dual Diagn*. enero de 2011;7(1-2):50-63.
59. Brady KT, Sonne SC, Anton R, Ballenger JC. Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. marzo de 1995;56(3):118-21.
60. Brown ES, Todd JP, Hu LT, Schmitz JM, Carmody TJ, Nakamura A, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Citicoline for Cocaine Dependence in Bipolar I Disorder. *Am J Psychiatry*. octubre de 2015;172(10):1014-21.
61. Pardossi S, Cuomo A, Koukouna D, Pinzi M, Fagiolini A. Cariprazine in Bipolar Disorder and Substance Use: A Dual Approach to Treatment? *Pharmaceuticals*. 31 de octubre de 2024;17(11):1464.
62. Ralevski E, O'Brien E, Jane JS, Dwan R, Dean E, Edens E, et al. Treatment With Acamprosate in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Comorbid Alcohol Dependence. *J Dual Diagn*. enero de 2011;7(1-2):64-73.
63. Pascual-Pastor F, Fernández-Miranda J, Díaz-Fernández S, Sala-Añó C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Valencia: Socidrogalcohol; 2017.
64. An H, He RH, Zheng YR, Tao R. Cognitive-Behavioral Therapy. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1010:321-9.
65. Llorente Del Pozo JM, Iraurgi-Castillo EI. Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastor Adict*. diciembre de 2008;10(4):252-74.
66. Henao Henao S. Representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. diciembre de 2013;31:338-48.
67. Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M, Pedrero EJ. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008.
68. Torres Carvajal GA. La entrevista motivacional en adicciones. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:171S-187S.

69. Moreno Baptista C, Espinosa Herrera G, Universidad de Caldas, Zapata Piedrahíta L, Universidad de Caldas. Entre el hogar y el asfalto: relatos y experiencia de vida de habitantes en condición de calle. *Rev Lasallista Investig.* 2017;14(2):65-72.
70. Hodann-Caudevilla RM, Rodríguez MR, Molina-Ruiz RM, Lombardo MP. Protocolo de tratamiento de las adicciones comportamentales. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* septiembre de 2023;13(85):5041-5.
71. Lombardo MP, Páramo ÍA, Hodann-Caudevilla RM, Castellary AG. Protocolo de tratamiento de las adicciones con sustancia. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* septiembre de 2023;13(85):5034-40.
72. Díaz-Morán S, Fernández-Teruel A. Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *An Psicol.* 1 de enero de 2013;29(1):54-65.
73. López C, Bruzzone C, Krebs M, Castro X. La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Rev Psicol.* 2013;22(1):37-47.
74. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Dis Manag Health Outcomes.* 2001;9:141-59.
75. Penzenstadler L, Soares C, Anci E, Molodynski A, Khazaaal Y. Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *Eur Addict Res.* 2019;25(2):56-67.
76. Minoletti A. Perspectivas de desarrollo de la salud mental en Chile en el siglo XXI. *Rev Psiquiatr.* 2003;19:88-98.
77. Alvarado R, Minoletti A, González FT, Küstner BM, Madariaga C, Sepúlveda R. Development of Community Care for People with Schizophrenia in Chile. *Int J Ment Health.* abril de 2012;41(1):48-61.
78. Staring ABP, Blaauw E, Mulder CL. The Effects of Assertive Community Treatment Including Integrated Dual Diagnosis Treatment on Nuisance Acts and Crimes in Dual-Diagnosis Patients. *Community Ment Health J.* abril de 2012;48(2):150-2.
79. Stastny P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad Saúde Coletiva.* 2012;20:473-81.
80. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 3 de octubre de 2013;(10):CD001088.
81. Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* junio de 2015;14(2):240-2.
82. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Marales Gallús E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastor Adict.* enero de 2004;6(3):159-66.
83. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.

84. Bueno Pascual MÁ, Garcés Trullenque EM. Hacia una atención integral de la Patología Dual: programa piloto con jóvenes desde una Unidad de Salud Mental [Internet]. Universidad de Zaragoza; 2022. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/120804/files/TAZ-TFG-2022-1618.pdf?version=1>
85. Kêdoté MN, Brousselle A, Champagne F. Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Ment Health Subst Use*. octubre de 2008;1(3):216-27.
86. Ridgely MS, Goldman HH, Willenbring M. Barriers to the Care of Persons With Dual Diagnoses: Organizational and Financing Issues. *Schizophr Bull*. 1 de enero de 1990;16(1):123-32.
87. Alameda J, Arenas F, Blanco F, del Rio F, Ramírez J, Sanza S, et al. Protocolo de actuación conjunta entre los equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Sevilla Cons Para Igual Bienestar Soc Junta Andal. 2002;
88. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophr Bull*. 1 de enero de 1998;24(4):589-608.
89. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders Treatment Improvement Protocol (TIP). Rockville: HHS Publication. MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005. 13-3992 p. (42; vol. 2).
90. Brunette MF, Mueser KT, Babbin S, Meyer-Kalos P, Rosenheck R, Correll CU, et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophr Res*. abril de 2018;194:4-12.
91. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *Am J Public Health*. abril de 2004;94(4):651-6.
92. Sacks S, Sacks JY. Research on the effectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders. *Ther Communities*. 2010;31(2):176.
93. Wüsthoff LE, Waal H, Gråwe RW. The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression - a group randomized trial. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2014;14(1):67.
94. Kelly TM, Daley DC. Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Soc Work Public Health*. mayo de 2013;28(3-4):388-406.
95. Abellaneda-Pérez K, Miquel L, Lusilla-Palacios P, Gual A. Estimulación cerebral no invasiva combinada con neuroimagen: Hacia una medicina de precisión en el tratamiento de las adicciones. *Adicciones*. 1 de enero de 2023;35(1):3-8.
96. Terraneo A, Leggio L, Saladini M, Ermani M, Bonci A, Gallimberti L. Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: A pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol*. enero de 2016;26(1):37-44.

97. Castaño Pérez GA, Rojas Bernal LA, Maldonado MA. Telemedicine for mental health in Latin America. *Mental Health & Addiction: An Integrated Care in Latin America* [Internet]. Cánada: CDS Press; 2023. Disponible en: <https://cdspress.ca/wp-content/uploads/2023/06/CHAPTER-2-Telemedicine-for-mental-health-in-Latin-America.pdf>
98. Correa-Díaz AM. Avances y barreras de la telemedicina en Colombia. *Rev Fac Derecho Cienc Políticas*. 2017;47(127):361-82.
99. Pham H, Lin C, Zhu Y, Clingan SE, Lin L (Allison), Mooney LJ, et al. Telemedicine-delivered treatment for substance use disorder: A scoping review. *J Telemed Telecare*. abril de 2025;31(3):359-75.
100. Lin L, Casteel D, Shigekawa E, Weyrich MS, Roby DH, McMenemy SB. Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *J Subst Abuse Treat*. junio de 2019;101:38-49.
101. Calvo CC. El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. *Norte Salud Ment*. 2021;17(65):34-47.
102. García Valencia J, Méndez Villanueva MP. Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. marzo de 2014;43(1):7-17.
103. Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP. Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr*. abril de 2024;53(2):192-205.
104. Drake RE, Green AI. Progress in Dual Diagnosis Research: Innovation and Controlled Trials. *J Dual Diagn*. 2015;11(3-4):151-2.

## Anexos

### Anexo A. Instrumentos de evaluación

- AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

Instrucciones: Conteste cada pregunta marcando la opción que mejor describa su consumo de alcohol. (Versión OMS).

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca (0 puntos)

Mensualmente o menos (1 punto)

2–4 veces al mes (2 puntos)

2–3 veces por semana (3 puntos)

4 o más veces por semana (4 puntos)

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente en un día de consumo?

1 o 2 (0 puntos)

3 o 4 (1 punto)

5 o 6 (2 puntos)

7 a 9 (3 puntos)

10 o más (4 puntos)

3. ¿Con qué frecuencia consume 5 o más bebidas en una sola ocasión?

Nunca (0 puntos)

Menos de una vez al mes (1 punto)

Mensualmente (2 puntos)

Semanalmente (3 puntos)

A diario o casi a diario (4 puntos)

4. ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?

Nunca (0 puntos)

Menos de una vez al mes (1 punto)

Mensualmente (2 puntos)

Semanalmente (3 puntos)

A diario o casi a diario (4 puntos)

5. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?

Nunca (0 puntos)

Menos de una vez al mes (1 punto)

Mensualmente (2 puntos)

Semanalmente (3 puntos)

A diario o casi a diario (4 puntos)

6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos de una vez al mes (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

7. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?

- Nunca (0 puntos)
- Menos de una vez al mes (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos de una vez al mes (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?

- No (0 puntos)
- Sí, pero no en el último año (2 puntos)
- Sí, durante el último año (4 puntos)

Interpretación del puntaje:

- 0 – 7 Consumo de bajo riesgo
- 8 – 15 Consumo de riesgo. Requiere orientación breve
- 16 – 19 Consumo perjudicial. Requiere intervención breve y seguimiento
- 20 – 40 Probable trastorno por consumo de alcohol. Requiere evaluación diagnóstica y tratamiento especializado

Referencia

World Health Organization. (2001). AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test-Guidelines for Primary Health Care

- ASI - INDICE DE SEVERIDAD DE LAS ADICCIONES

Ítem	Pregunta	Puntaje (0-4)
1	Frecuencia de consumo en los últimos 30 días	0 1 2 3 4
2	Control sobre el uso de la sustancia	0 1 2 3 4
3	Urgencia/deseo intenso (craving)	0 1 2 3 4
4	Impacto en relaciones familiares o sociales	0 1 2 3 4
5	Alteración del desempeño funcional (laboral, académico)	0 1 2 3 4
6	Problemas legales asociados	0 1 2 3 4
7	Tolerancia o aumento progresivo del uso	0 1 2 3 4
8	Síntomas de abstinencia al suspender consumo	0 1 2 3 4
9	Intentos fallidos de reducir o dejar	0 1 2 3 4
10	Afectación física o mental documentada	0 1 2 3 4

Interpretación del puntaje:

0-10 = Consumo leve / controlado

11-20 = Consumo moderado

21-30 = Alto riesgo

31-40 = Dependencia severa

Referencia

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Habing, B., & McLellan, A. T. (2011). Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*, 106(9), 1588-1602.

- Escala SADS PERSONS

Factor
S: Sexo (Hombres)
A (Age): Edad (menor de 20 o mayor de 45 años)
D: Presencia de Depresión (especialmente con desesperanza)
P: Previa tentativa de suicidio (especialmente con alta letalidad)
E (Etanol): Abuso de alcohol
R: Racionalidad (pensamiento) ausente, actividad alucinatoria, obsesiones
S: Soporte social ausente
O: Plan organizado de suicidio
N: No cónyuge o pareja
S: Somatización de enfermedad (enfermedad física)

Puntaje: 1, presente; 0, ausente

Interpretación del puntaje:

0-2 Bajo riesgo. Alta médica con seguimiento ambulatorio.

3-4 Riesgo moderado. Seguimiento ambulatorio intensivo.

5-6 Alto riesgo. Recomendar ingreso, especialmente si no hay apoyo psicosocial.

7-10: Ingreso hospitalario recomendado

Referencia

Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343-349.

- Escala CIWA-Ar

[https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=ciwa\\_ar\\_cuestionario.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=ciwa_ar_cuestionario.pdf)

Entrevista semi-estructurada de 10 ítems en los que se valoran signos y síntomas relacionados con la abstinencia alcohólica (náuseas y vómitos, temblor, sudoración paroxística, ansiedad, agitación, alteraciones táctiles, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, cefalea y pesadez de cabeza y orientación y aturdimiento). Se obtiene una puntuación total a partir de la suma de los 10 signos y síntomas. Los ítems 1-9 se contestan en una escala de intensidad de 7 puntos (0 indica ausencia de signo/síntoma; 7 intensidad máxima). El último ítem se valora con una escala de intensidad de 4 puntos (0 orientado y con capacidad de respuesta; 4 desorientación temporoespacial).

El rango de puntuaciones totales oscila entre 0 y 67:

- a) 0-9 abstinencia leve (se podría administrar una medicación ligera o incluso prescindir de ella).
- b) 10-20 abstinencia moderada (se recomienda establecer una pauta terapéutica de síndrome de abstinencia leve-moderado).
- c) 21-27 abstinencia grave (se recomienda desintoxicación hospitalaria).

#### Referencia

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British journal of addiction*, 84(11), 1353-1357.

- Escala COWS Clinical Opiate Withdrawal Scale

Escala de 11 ítems diseñada para ser administrada por médicos especialistas en adicciones para calificar la severidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y la gravedad de la dependencia a opiáceos como la heroína, la metadona o la morfina. Estos síntomas se comparan con un proceso gripal grave (náuseas, vómitos, sudoración, dolores articulares, agitación y temblores). Por lo tanto, durante la realización del test, los pacientes no deben exceder la puntuación más baja en la mayoría de las categorías sin mostrar signos o síntomas observables de abstinencia.

1. Frecuencia cardíaca (latidos por minuto después de que el paciente está sentado o acostado durante un minuto):

- 80 pulsaciones por minuto o menos (puntuación 0)
- Entre 81 y 100 pulsaciones por minuto (puntuación 1)
- Entre 101 y 120 pulsaciones por minuto (puntuación 2)
- Más de 120 pulsaciones por minuto (puntuación 4)

2. Sudoración durante la última media hora (no se tiene en cuenta la temperatura ambiente o la actividad del paciente):

- Sin escalofríos ni enrojecimiento (puntuación 0)
- Informe subjetivo de escalofríos o enrojecimiento (puntuación 1)
- Enrojecimiento o humedad observable en la cara (puntuación 2)
- Gotas de sudor en la frente o la cara (puntuación 3)
- Sudoración facial generalizada (puntuación 4)

3. Inquietud (observación durante la evaluación):

- Con capacidad de sentarse quieto (puntuación 0)
- Informa dificultad para sentarse quieto, pero es capaz de hacerlo (puntuación 1)

Cambios posturales frecuentes o movimientos extraños de brazos y piernas (puntuá 3)  
Incapaz de sentarse quieto durante más de unos pocos segundos (puntuá 5)

4. Tamaño de las pupilas:

Pupilas clavadas o del tamaño normal para la luz ambiente (puntuá 0)  
Pupilas posiblemente más grandes de lo normal para la luz ambiente (puntuá 1)  
Pupilas moderadamente dilatadas (puntuá 2)  
Pupilas tan dilatadas que solo el borde del iris es visible (puntuá 5)

5. Dolores de huesos o articulaciones (si el paciente tenía dolor anteriormente, solo el componente adicional atribuido a la abstinencia de opiáceos se puntuá):

Sin dolores (puntuá 0)  
Malestar difuso leve (puntuá 1)  
El paciente informa dolor difuso severo de articulaciones o músculos (puntuá 2)  
El paciente se frota las articulaciones o músculos y no puede estar quieto debido a la incomodidad (puntuá 4)

6. Goteo nasal o lagrimeo (no se explica por síntomas de resfriado o alergias):

No presenta goteo nasal ni lagrimeo (puntuá 0)  
Congestión nasal u ojos inusualmente húmedos (puntuá 1)  
Lagrimeo y nariz que gotea puntualmente (puntuá 2)  
Nariz que gotea constantemente o lágrimas que caen por las mejillas (puntuá 4)

7. Malestar gastrointestinal (en la última media hora):

Sin malestar gastrointestinal (puntuá 0)  
Calambres estomacales (puntuá 1)  
Náuseas o heces blandas (puntuá 2)  
Vómitos o diarrea (puntuá 3)  
Múltiples episodios de vómitos y diarrea (puntuá 5)

8. Temblor (observación de las manos extendidas):

Sin temblores (puntuá 0)  
El temblor se puede sentir, pero no se observa (puntuá 1)  
Temblor leve observable (puntuá 2)  
Temblor fuerte o espasmos musculares (puntuá 4)

9. Bostezos (observación durante la evaluación):

Sin bostezos (puntuá 0)  
Bostezos una o dos veces durante la evaluación (puntuá 1)  
Bostezos tres o más veces durante la evaluación (puntuá 2)  
Bostezos varias veces por minuto (puntuá 4)

10. Ansiedad o irritabilidad:

Ninguna (puntuá 0)  
El paciente informa que aumenta la irritabilidad o ansiedad (puntuá 1)

Paciente obviamente irritable o ansioso (puntuá 2)

Tan irritable o ansioso que la participación en la evaluación es difícil (puntuá 4)

11. Piel de gallina:

Muestra la piel suave (puntuá 0)

La piloerección de la piel se puede sentir o pelos erizados en los brazos (puntuá 3)

Piloerección prominente (puntuá 5)

Interpretación del puntaje:

5-12 = leve

13-24 = moderado

25-36 = moderadamente grave

Más de 36 = abstinencia severa

Referencia

Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*, 35(2), 253–9.

## **Anexo B. Manual del Protocolo Clínico Integrado (PCI) del Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**

### **1. Definición del Modelo Integrado para la Atención de la Patología Dual Grave**

Un modelo integrado para la atención de los pacientes con patología dual grave, está basado en la evidencia actual disponible en la literatura que nos muestra que el tratamiento en paralelo o secuencial no ha tenido buenos resultados. El modelo de atención al paciente con patología dual grave se fundamenta en una concepción humanista, ética y científica de la atención en salud mental y adicciones, entendiendo al paciente con patología dual como un sujeto integral, autónomo y portador de derechos. Desde esta perspectiva, el tratamiento no se limita a la reducción de síntomas o del consumo, sino que busca restituir la dignidad, la capacidad de autodeterminación y el restablecimiento del proyecto de vida de cada persona.

#### *Fundamentos filosóficos*

El modelo de atención de patología dual grave de la Subred Centro Oriente se fundamenta en la dimensión humana del sujeto, entendido como un ser en relación e interdependencia con los otros y su entorno. Desde una perspectiva inspirada en Emmanuel Lévinas, la atención en salud mental y adicciones se concibe como un encuentro ético con el rostro del otro, en el que la vulnerabilidad del paciente convoca una responsabilidad ineludible por parte del profesional (Lévinas, 1998). En este sentido, el paciente no es reducido al diagnóstico ni a su conducta de consumo, sino que es reconocido como un otro singular, portador de historia, dignidad y sufrimiento.

Siguiendo a Paul Ricoeur, el proceso clínico se entiende como una reconstrucción narrativa de la identidad, donde el paciente puede reinterpretar su propia biografía y reconfigurar su proyecto vital (Ricoeur, 1991). De este modo, el profesional de salud no se limita a corregir conductas, sino que acompaña al individuo en la elaboración de sentido, fortaleciendo su agencia, autonomía progresiva y capacidad de decidir sobre su propia vida.

Este enfoque reconoce que las personas con trastornos por consumo de sustancias suelen ser tratadas socialmente como sujetos “fallidos” o “culpables”, lo que reproduce dinámicas de exclusión y estigma. Tal como afirman Link y Phelan (2001), el estigma opera mediante etiquetamiento, estereotipación, separación y discriminación, procesos que se intensifican en la patología dual. Así, el “adicto” se convierte en un “otro indeseable”, expulsado de los espacios sociales, laborales y afectivos, lo que impacta directamente en la atención en salud (Room, 2005).

En el caso de la patología dual grave, estas dinámicas de exclusión se profundizan: no solo se cuestiona la capacidad de autocuidado del individuo, sino incluso su valor social (Hancock & Smith-Merry, 2021). Por ello, el modelo de atención reconoce que el sufrimiento psíquico y el consumo problemático deben abordarse desde una comprensión amplia de los determinantes sociales, la desigualdad estructural, la violencia simbólica y la precariedad vital (Bourdieu, 1998; Bauman, 2005).

De esta manera, atender a una persona con patología dual grave implica reconocer sus capacidades, fragilidades y potencialidades. El modelo se distancia de los enfoques punitivos o coercitivos y se orienta hacia una ética de la hospitalidad y del cuidado (Tronto, 2013), donde el vínculo terapéutico es un dispositivo central y no accesorio del tratamiento. La intervención clínica se construye desde el reconocimiento del otro, la corresponsabilidad y la articulación entre saber técnico y sensibilidad ética.

Así, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E concibe la atención en patología dual grave como un acto profundamente humano, que integra la evidencia científica con un enfoque ético-relacional. Este marco humanista se articula con los componentes técnico-clínicos del modelo —intervenciones farmacológicas, psicosociales, comunitarias e incluso estrategias de reducción de daños— para ofrecer un abordaje integral, digno y transformador.

#### *Fundamento epistemológico: Integración y complejidad*

El abordaje de la patología dual grave exige un marco epistemológico capaz de comprender la singularidad humana, la interacción entre múltiples determinantes y la naturaleza dinámica y no lineal del sufrimiento psíquico y del consumo problemático de sustancias. Los enfoques reduccionistas: biologicistas, moralizantes, conductuales aislados o puramente asistenciales, no logran explicar ni intervenir de manera adecuada la complejidad inherente a estos fenómenos. Por ello, el modelo planteado se soporta en un paradigma epistemológico integrador y complejo, inspirado en los aportes de Edgar Morin, la teoría sistémica, el constructivismo y la bioética relacional.

Este fundamento epistemológico permite comprender al individuo no como una suma de partes aisladas, sino como un sujeto multidimensional, cuya vida transcurre en redes sociales, políticas, culturales y biológicas profundamente entrelazadas. Esta perspectiva es indispensable para la formulación de un modelo de atención integral y humanista para la patología dual grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Históricamente, la psiquiatría y el campo de las adicciones han estado influenciados por epistemologías fragmentarias:

- ✓ El modelo biomédico, que reduce el sufrimiento psíquico a disfunciones neuroquímicas.
- ✓ El modelo moral, que interpreta el consumo como falla de carácter.
- ✓ El modelo psicológico aislado, centrado únicamente en la conducta o la cognición.
- ✓ El modelo social asistencial, que patologiza la pobreza sin comprender la subjetividad.

Estas perspectivas, aunque han aportado conocimientos valiosos, muestran graves limitaciones en la comprensión del fenómeno dual, donde convergen afectación cerebral, historia de trauma, deterioro funcional, exclusión social, vulnerabilidad económica y experiencias subjetivas complejas.

Morin (1990) denomina estas aproximaciones como paradigmas de simplificación, incapaces de comprender sistemas vivos, procesos emergentes y fenómenos multideterminados. En patología dual, esta simplificación conduce a diagnósticos imprecisos, tratamientos

incompletos y la persistencia del fenómeno de la puerta giratoria. El pensamiento complejo propone superar la fragmentación disciplinar y reconocer que los seres humanos son sistemas abiertos, autoorganizados y en permanente interacción con su entorno (Morin, 1990, 2001). Desde esta mirada:

- Lo psicológico, lo biológico y lo social no pueden separarse
- Los fenómenos clínicos presentan causalidades múltiples, circulares y recursivas
- La vulnerabilidad psíquica y el consumo de sustancias se coproducen mutuamente
- La intervención debe ser integral, contextual y flexible, coherente con un modelo integrado de atención

La patología dual no puede comprenderse como dos trastornos independientes, sino como una unidad compleja, con interacciones circulares entre síntomas psicóticos, afectivos, conductuales y sociales. En este sentido, la epistemología de la complejidad permite articular dimensiones clínicas, subjetivas, comunitarias y políticas del fenómeno

Desde la teoría sistémica y modelos ecológicos por autores como Bronfenbrenner (1979) y Capra (2005) amplían la visión compleja incorporando:

- ✓ Sistemas de interacción micro (familia), meso (comunidad), exo (instituciones) y macro (políticas públicas).
- ✓ Redes dinámicas donde el cambio en un componente afecta al resto del sistema.
- ✓ Procesos de regulación, crisis, adaptación, resiliencia y pérdida funcional.

Desde este enfoque, el paciente con patología dual grave es un sujeto situado, cuyas trayectorias clínicas no pueden desvincularse de la violencia urbana, la pobreza, la estigmatización, la vulnerabilidad familiar y las condiciones estructurales de la población a atender en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

De esta manera la visión epistemología integradora favorece:

- Modelos de tratamiento integrado simultáneo basado en evidencia de la literatura científica
- Equipos multidisciplinarios con visión holística
- Continuidad de cuidados y articulación interinstitucional (Involucrando por ejemplo SENA, IDRD, Alcaldía local de Antonio Nariño, etc.)
- Diseño de programas centrados en el paciente y su comunidad

Desde este fundamento epistemológico, el modelo de atención debe:

- ✓ Reconocer la multicausalidad de la patología dual grave
- ✓ Integrar intervenciones farmacológicas, psicosociales, familiares y comunitarias
- ✓ Implementar modelos de tratamiento integrado simultáneo
- ✓ Favorecer equipos interdisciplinarios con formación especializada
- ✓ Incorporar la ética del cuidado y la dignidad humana como ejes centrales
- ✓ Responder a las dinámicas territoriales de la zona centro oriente de Bogotá D.C.
- ✓ Priorizar abordajes flexibles, longitudinales y basados en evidencia

Esta perspectiva epistemológica legitima la creación de una Unidad Especializada en Patología Dual Grave en la Subred Centro Oriente, al entender que la complejidad exige estructuras asistenciales específicas, integradas y sostenibles.

#### *Principios éticos y derechos humanos*

El marco ético del modelo se sustenta en los principios de:

- Autonomía: reconocimiento del derecho del paciente a participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento.
- Beneficencia y no maleficencia: búsqueda del mayor beneficio terapéutico minimizando daños.
- Justicia: acceso equitativo a servicios de calidad, sin estigmatización ni exclusión.
- Dignidad y confidencialidad: respeto a la historia personal y a la privacidad del usuario.

En concordancia con la nueva ley de salud mental, actualizada este año, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), el modelo adopta un enfoque de derechos humanos y promueve la recuperación como proceso dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente y la inclusión social.

#### *Enfoque de recuperación y participación*

El modelo de recuperación redefine el rol del paciente, pasando de objeto de intervención a protagonista de su proceso terapéutico. Desde esta mirada, el objetivo del tratamiento no es solo la abstinencia o la estabilización clínica, sino la reconstrucción de una vida significativa en comunidad. Se promueve la participación activa del usuario y su familia en la planificación y evaluación del tratamiento, fomentando la corresponsabilidad y el sentido de agencia.

#### *Coherencia institucional y política pública*

Finalmente, el enfoque filosófico y epistemológico del modelo de atención, se alinea con los principios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., que privilegia la atención centrada en la persona, la integralidad, la intersectorialidad y la reducción de daños. como estrategia humanizadora.

## **2. Protocolo Clínico Integrado (PCI) del Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E**

La patología dual grave que se observa en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E involucra trastornos adictivos secundarios al consumo de bazuco, marihuana, alcohol, en menor medida heroína, acompañado del trastorno mental esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastornos de personalidad. Este modelo de atención va dirigido a todos aquellos profesionales que trabajan en salud mental (psiquiatras, enfermeros, psicólogos y médicos generales y de atención primaria) que toman decisiones sobre el tratamiento farmacológico y/o psicológico de los pacientes con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias comórbido.

El Protocolo Clínico Integrado (PCI) se construyó con base en la búsqueda de bibliografía en la literatura, de evidencia de protocolos para pacientes con patología dual grave. Como se observa en la siguiente tabla, se identificaron revisiones sistemáticas que evalúan la calidad y el alcance de las guías de manejo en trastornos adictivos y otros trastornos mentales.

Autor / Año	Título / Fuente	Tipo de Estudio	Guías Analizadas o Basadas en la Evidencia	Instrumento de Evaluación	Hallazgos Principales	Conclusiones / Recomendaciones
Hakobyan et al. (2020) J Clin Med 9(9):2922	Concurrent Disorder Management Guidelines: Systematic Review	Revisión sistemática de guías clínicas internacionales	24 guías sobre trastornos concurrentes (SUD + TMG)	AGREE II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amplia variabilidad metodológica</li> <li>- Escaso abordaje integral.</li> <li>- Deficiencia en fases de evaluación (tamizaje, diagnóstico dual)</li> <li>- Falta de recomendaciones sobre coordinación intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requiere guías más integradas</li> <li>- Incorporar modelos biopsicosociales y continuidad asistencial</li> </ul>
Alsuhaibani et al. (2021) BMC Psychiatry 21:492	Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines for SUD and severe mental illness	Revisión sistemática crítica de guías (2010–2020)	21 guías internacionales (NICE, WHO, APA, CANMAT, etc.)	AGREE II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las guías de TMG y SUD rara vez consideran comorbilidad</li> <li>- Débil evidencia farmacológica combinada</li> <li>- Escasa atención a determinantes sociales y diversidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover guías específicas para patología dual</li> <li>- Integrar salud mental, adicciones y determinantes sociales</li> </ul>
Grupo SEPD – SEPSM (España, 2018)	Guía de Práctica Clínica para la Patología Dual (Ministerio de Sanidad / SERGAS)	Guía basada en evidencia con enfoque GRADE	Metaanálisis por comorbilidad (depresión, psicosis, TDAH, bipolaridad, ansiedad)	GRADE / PICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integra evaluación psiquiátrica y adictológica conjunta.</li> <li>- Algoritmos de diagnóstico diferencial y tratamiento.</li> <li>- Evidencia fuerte para TCC Integrada, Terapia Motivacional y manejo farmacológico combinado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establece estándares de atención integral.</li> <li>- Recomienda unidades especializadas y formación en patología dual</li> </ul>
NICE Guideline NG58 (2016, actualizada 2022)	Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse	Guía de práctica clínica	Basada en revisiones sistemáticas de RCTs y metaanálisis	GRADE / NICE Evidence Framework	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Énfasis en detección temprana, manejo integrado y atención coordinada.</li> <li>- Evitar la exclusión de servicios.</li> <li>- Intervenciones psicosociales combinadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requiere equipos integrados ('dual diagnosis teams').</li> <li>- Coordinación entre salud mental y adicciones</li> </ul>

Teniendo en cuenta lo anterior, se describen a continuación las Intervenciones Terapéuticas Integradas para la Patología Dual Grave, las cuales incluyen terapias psicosociales y tratamientos farmacológicos. En resumen, el abordaje terapéutico de los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) debe ser multicomponente, interdisciplinario y flexible, articulando estrategias farmacológicas, psicológicas, familiares, psicosociales y grupales, dentro de modelos integrados y transdiagnósticos que promuevan la recuperación funcional y social.

*Terapias Psicosociales para Patología Dual Grave:*

La intervención psicosocial amplía el abordaje clínico hacia la inclusión social, laboral y comunitaria.

Estrategias recomendadas:

- Programas de rehabilitación psicosocial.
- Grupos de apoyo mutuo (NA, AA, grupos de pares con patología dual).
- Atención a cuidadores: orientación, descanso y acompañamiento terapéutico.
- Intervenciones ocupacionales: reintegración educativa o laboral.
- Gestión de caso y apoyo comunitario: articulación con redes sociales y de servicios públicos.

*Terapias Farmacológicas para Patología Dual Grave:*

El tratamiento farmacológico en población joven requiere una estrategia prudente, gradual y vigilada, considerando su neurodesarrollo y la interacción entre psicofármacos y sustancias.

Recomendaciones según evidencia (NICE 2022; SEPD 2018; CANMAT 2023):

- ✓ Esquizofrenia / Psicosis y consumo de cannabis o cocaína: preferir antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina, aripiprazol) (Tabla 1).
- ✓ Trastorno bipolar y consumo de alcohol o cocaína: utilizar eutimizantes (litio, valproato, lamotrigina), evitando benzodiazepinas (Tabla 2).
- ✓ Depresión y TUS: ISRS (sertralina, fluoxetina) son seguros; evitar tricíclicos (Tabla 3).
- ✓ TDAH y consumo de estimulantes: atomoxetina o bupropión; evitar metilfenidato.
- ✓ Ansiedad / TEPT y alcohol: ISRS o pregabalina; evitar benzodiazepinas.

Tabla 1. Tratamiento Farmacológico del Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia o Psicosis Dual

Fármaco	Dosis diaria recomendada	Presentación / vía	Consideraciones clínicas
Clozapina	200–600 mg/día	Oral	Disminuye el craving de cocaína; monitorear neutropenia y niveles plasmáticos.
Olanzapina	10–20 mg/día	Oral / IM	Efectiva en consumo de alcohol y

			cannabis; vigilar ganancia de peso.
Aripiprazol	15–30 mg/día	Oral / depot mensual	Reduce síntomas psicóticos y consumo; bajo riesgo metabólico.
Haloperidol	5–15 mg/día	Oral / IM	Reservar para agitación aguda; riesgo extrapiramidal elevado.
Risperidona	4–8 mg/día	Oral / depot	Evitar en consumo activo de estimulantes; útil en baja adherencia.

Tabla 2. Tratamiento Farmacológico del Trastorno Afectivo Bipolar Dual

Fármaco	Dosis diaria recomendada	Presentación / vía	Consideraciones clínicas
Litio carbonato	600–1200 mg/día (0.6–1.0 mEq/L)	Oral	Controlar función renal y niveles séricos cada 3 meses.
Valproato de sodio	1000–2000 mg/día (50–100 µg/mL)	Oral	Evitar en hepatopatía o consumo activo de alcohol.
Lamotrigina	25–200 mg/día	Oral	Eficaz en fases depresivas; riesgo de rash.
Quetiapina	300–600 mg/día	Oral	Estabilizador con efecto ansiolítico y bajo riesgo de abuso.
Lurasidona	40–120 mg/día	Oral	Alternativa segura en depresión bipolar con consumo leve.

Tabla 3. Tratamiento Farmacológico del Trastorno Depresivo Mayor Dual

Fármaco	Dosis diaria recomendada	Presentación / vía	Consideraciones clínicas
Sertralina	50–200 mg/día	Oral	Segura en consumo de alcohol o cannabis; monitorizar adherencia.
Fluoxetina	20–60 mg/día	Oral	Evitar combinación con MDMA o estimulantes.

Bupropión	150–300 mg/día	Oral	Útil en TDAH y dependencia nicotínica; contraindicado en epilepsia.
Duloxetina	30–120 mg/día	Oral	Efectiva en comorbilidad ansiosa y dolor crónico.
Pregabalina	150–600 mg/día	Oral	Alternativa segura para ansiedad generalizada bajo control médico.

- Notas Generales de Seguridad y Supervisión del tratamiento farmacológico:
  - ✓ Todas las dosis deben individualizarse según edad, comorbilidades médicas y respuesta terapéutica Seguimiento clínico cada 2–4 semanas durante la fase de ajuste.
  - ✓ Registrar efectos adversos, cambios de dosis y evolución funcional.
  - ✓ Evitar combinaciones de riesgo (benzodiacepinas con alcohol, ISRS con estimulantes).
  - ✓ Las modificaciones terapéuticas deben ser realizadas por psiquiatra tratante del programa de patología dual.

## Referencias

Adams, R., & Strain, E. C. (2022). *Substance use disorders: Diagnosis and treatment*. Oxford University Press.

Alsuhaibani, R., et al. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines for SUD and severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 21, 492.

Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American psychologist*, 34(10), 844.

Bourdieu, P. (1998). *Acts of resistance* (Vol. 30). New York: New Press.

Capra, F. (2005). Complexity and life. *Theory, culture & society*, 22(5), 33-44.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) & International Society for Bipolar Disorders (ISBD). (2023). *The 2023 CANMAT and ISBD Bipolar Disorder Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder*. *Bipolar Disorders*, 25(3), 215–310.

Department of Health and Social Care (NICE) (2022). *Coexisting severe mental illness and substance misuse: Assessment and management in healthcare settings (NICE guideline NG58)*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). *Treatment of comorbid substance use and mental health disorders: Best practice guidance*. Publications Office of the European Union.

Grupo SEPD-SEPSM. (2018). *Guía de Práctica Clínica para la Patología Dual*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Servicio Gallego de Salud.

Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G., & Schutz, C. G. (2020). Concurrent disorder management guidelines. Systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406.

Honey, A., Waks, S., Hines, M., Glover, H., Hancock, N., Hamilton, D., & Smith-Merry, J. (2021). COVID-19 and psychosocial support services: Experiences of people living with enduring mental health conditions. *Community Mental Health Journal*, 57(7), 1255-1266.

Levinas, E. (1998). *Discovering existence with Husserl*. Northwestern University Press.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

Malhi, G. S., Bell, E., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Hazell, P., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Murray, G., Porter, R., Singh, A. B., & Berk, M. (2021). *The 2020 Australian and New Zealand clinical practice guidelines for mood disorders*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(1), 7–117.

Morin, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. 4ª reimpresión, 2001 ed. Barcelona: Gedisa Editorial.

Morin, E. (2001). *Las ilusiones de la identidad (Vol. 26)*. Universitat de València.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2020). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice (2nd ed.)*. Guilford Press.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2023). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.)*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/publications>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Educación (art. 24), 445(470), 68-72.

Rawson, R. A., & McCann, M. J. (2021). *The Matrix Model: Intensive outpatient treatment for stimulant use disorders*. Center for Substance Abuse Treatment, SAMHSA.

Ricœur, P., & Jarczyk, G. (1991). Soi-même comme un autre. Rue Descartes, (1/2), 225-237.

Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155.

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). (2018). *Guía clínica de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) sobre el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica y adictiva*. Editorial Médica Panamericana.

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. In *Caring Democracy*. New York University Press.

World Health Organization (WHO). (2023). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 3.0)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064895>

## Anexo C. Perfil de competencias de los profesionales para Programa Especializado de Atención para Patología Dual Grave

A continuación, se presenta la versión extendida del talento humano requerido para el Programa Especializado de Patología Dual Grave, con perfil profesional, jornada de dedicación y carga laboral aproximada para operación del programa.

Cargo	Perfil profesional	Jornada estimada	Carga laboral y funciones
Psiquiatra / Investigador Principal	Título de Médico y Especialización en Psiquiatría. Preferible experiencia en adicciones y trastorno mental grave.	22–30 horas/semana	Dirección clínica, protocolos farmacológicos, juntas clínicas, revisión de casos y supervisión terapéutica.
Psicólogo Clínico – Intervención Dual	Psicología Clínica con formación en TCC, EM, prevención de recaídas y duales.	30–35 horas/semana	Psicoterapia individual/grupal, evaluación psicológica, manejo de craving, planes de recaída.
Profesional de Trabajo Social	Trabajo Social con enfoque en salud mental y red comunitaria.	25–30 horas/semana	Caracterización social, visitas ACT, red territorial, inclusión social y laboral.
Médico General	Médico con formación o experiencia manejando abstinencia y comorbilidades.	20–28 horas/semana	Manejo clínico general, vigilancia médica y acompañamiento a desintoxicación.
Enfermería Salud Mental	Profesional en Enfermería con posgrado en salud mental o experiencia equivalente.	36–42 horas/semana (rotativa)	Seguimiento clínico 24/7, medicación, contención en crisis y apoyo institucional.
Toxicólogo Clínico	Profesional médico con especialidad o diplomado en toxicología.	6–10 horas/semana	Protocolos toxicológicos, interpretaciones especializadas y formación a equipo.
Terapeuta Ocupacional	TO con experiencia en rehabilitación cognitiva, psicosocial o comunitaria.	24–32 horas/semana	Restauración funcional, actividades productivas, funciones ejecutivas.

Psicoeducador / Tallerista	Profesional o técnico en educación terapéutica, arte o pedagogía clínica.	20–30 horas/semana	Talleres emocionales, hábitos saludables, proyectos vitales y reinserción.
Nutricionista	Nutricionista con conocimiento en trastorno por uso de sustancias.	10–14 horas/semana	Planes nutricionales, síndrome metabólico y soporte de la abstinencia.
Abogado / Jurídico	Abogado con experiencia en derechos humanos y justicia sanitaria.	6–10 horas/semana	Tutelas, responsabilidad penal, guías institucionales y garantías del paciente.
Administrador en Salud / Coordinador Operativo	Administrador en salud con experiencia en gestión de proyectos y datos.	30–40 horas/semana	Indicadores, calidad, monitoreo, logística y planeación estratégica.
Digitador – Analista Documental	Formación técnica en sistemas/salud con manejo de bases de datos.	24–30 horas/semana	Registros, historias clínicas, analítica de seguimiento e indicadores.

## Anexo D. Criterios de Aplicación y Protocolos Operativos del Protocolo Clínico Integrado (PCI) para Patología Dual Grave

### *Población objeto*

Pacientes adultos y jóvenes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado o presunto de Patología Dual Grave (PDG), definida como la coexistencia de un Trastorno Mental Grave (TMG) junto con un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) que genera deterioro funcional, riesgo clínico o social y requerimiento de intervención interdisciplinaria integral.

### *Ámbitos de aplicación*

- Hospitalización psiquiátrica ubicado en el Hospital Santa Clara III nivel de atención.
- Hospital día en patología dual.
- Consulta externa especializada de patología dual.
- Seguimiento y articulación con la ruta de atención en salud mental de la Subred Centro Oriente.

### *Criterios de Inclusión*

- Edad  $\geq$  18 años
- Diagnóstico de TMG (Trastorno mental grave), según DSM-5 o CIE-11.
- Diagnóstico actual o pasado de TUS moderado o grave.
- Evidencia de impacto funcional severo (laboral, familiar, social).
- Consentimiento informado para ingreso y participación terapéutica.
- Disposición para intervención interdisciplinaria integral.

### *Criterios de Exclusión*

- Trastornos neurocognitivos mayores o discapacidad intelectual severa.
- Enfermedad médica que requiera manejo prioritario hospitalario en servicios de medicina interna o quirúrgicos.
- Pacientes con riesgo vital inmediato (intento suicida activo o intoxicación grave).
- Negativa explícita a participar o permitir abordaje interdisciplinario.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterio	Tipo	Descripción / Ejemplo Clínico	Decisión Operativa
Diagnóstico de TMG y TUS	Inclusión	Esquizofrenia + consumo de cocaína o alcohol	Admitir al programa

Deterioro funcional severo	Inclusión	Pérdida laboral, conflictos familiares, recaídas frecuentes	Admitir y priorizar
Riesgo suicida activo	Exclusión temporal	Intento reciente o ideación con plan	Derivar a urgencias psiquiátricas
Enfermedad médica inestable	Exclusión	Crisis epiléptica no controlada, hepatopatía aguda	Estabilizar antes del ingreso
Negativa al consentimiento	Exclusión	Paciente o familia no acepta intervención	No ingreso; revaloración posterior

### *Flujograma Operativo de Atención y Toma de Decisiones*

1. Ingreso y valoración inicial: tamizaje dual, valoración médica y psiquiátrica, clasificación según riesgo.
2. Formulación diagnóstica integral: confirmación de TMG y TUS, historia clínica interdisciplinaria.
3. Plan terapéutico individual (PTI): definición de objetivos clínicos y psicosociales.
4. Intervención y seguimiento: aplicación del protocolo, controles cada 2–4 semanas, ajustes terapéuticos.
5. Evaluación y egreso: medición de resultados y derivación a seguimiento ambulatorio.

### *Protocolos de atención específicos para pacientes con patología dual grave*

El Protocolo Clínico Integrado (PCI) contempla la implementación de protocolos específicos de seguridad para garantizar una atención segura y humanizada a pacientes con patología dual grave. Estos protocolos buscan prevenir, detectar y manejar de forma oportuna las situaciones de riesgo clínico y conductual más frecuentes en este grupo poblacional, los cuales aplicarán los lineamientos de seguridad clínica, bioética y derechos humanos definidos por la oficina de calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, incluyendo los siguientes:

- Evaluación y manejo de Síndrome de Abstinencia.

Objetivo: prevenir complicaciones médicas y conductuales derivadas de la supresión abrupta de sustancias psicoactivas.

Acciones operativas:

- Aplicar escalas de evaluación (CIWA-Ar para alcohol, COWS para opiáceos).
- Iniciar manejo farmacológico según tipo de sustancia: Alcohol (benzodicepinas), opiáceos (metadona), benzodicepinas (reducción gradual).
- Monitorizar signos vitales cada 4 horas durante fase aguda.
- Garantizar hidratación, nutrición y control de síntomas somáticos.
- Documentar evolución y ajustar dosis de manera interdisciplinaria.

Tabla 2. Tratamiento Farmacológico de Síndromes de Abstinencia

Sustancia	Fármaco / dosis	Duración promedio	Observaciones de seguridad
Alcohol	Lorazepam 2–4 mg c/6h o Diazepam 10 mg c/8h	3–7 días	Reducir gradualmente; evitar en hepatopatía grave.
Opiáceos	Metadona 20–60 mg/día	Según evolución	Monitoreo clínico diario y ECG si se usa metadona.
Benzodiacepinas	Sustitución con diazepam o clonazepam; reducción 10–20% semanal	Variable	Supervisar síndrome de abstinencia prolongado.
Cocaína / estimulantes	Sin fármaco específico; considerar TCC, trazodona o quetiapina	-	Vigilar disforia y craving.

- Evaluación de riesgo suicida (Instrumento SAD PERSONS).

Objetivo: reducir la probabilidad de autolesiones o suicidio mediante detección temprana y medidas preventivas.

- Evaluar con escala de SADS PERSONS (Incluida en sistema Dinámica del Hospital Santa Clara)
- Clasificar riesgo (bajo, moderado, alto) y definir nivel de supervisión.
- En riesgo alto: Observación continua, retiro de objetos peligrosos y notificación inmediata al psiquiatra.
- Elaborar plan de seguridad con el paciente y la familia.
- Registrar todas las intervenciones en historia clínica y hoja de seguridad. (Realización de rondas de seguridad intensificadas por parte de personal de enfermería)
- Prevención de agresiones: Protocolos de contención verbal y física (Protocolo de agitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E)

#### *Manejo de la Agitación Psicomotora*

Objetivo: Controlar la agitación de manera segura, evitando daño al paciente o terceros.

- Evaluar causas médicas o intoxicación.
- Aplicar contención verbal como primera medida (técnicas de desescalamiento).
- Si persiste: contención farmacológica con antipsicóticos IM (haloperidol, olanzapina) y/o benzodiacepinas (lorazepam).

- En casos de riesgo de agresión: contención física transitoria con equipo entrenado, documentando motivo y duración.
- Reevaluar cada 30 minutos hasta resolución de la crisis.
- Utilizar guía de agitación psicomotora de la sub red centro oriente la cual se encuentra en el sistema ALMERA

#### *Manejo de auto o heteroagresión*

Objetivo: prevenir daños físicos y psicológicos derivados de conductas violentas o autodestructivas.

- Detección precoz de irritabilidad, impulsividad o amenazas.
- Intervención verbal empática y coordinación del equipo interdisciplinario.
- Aplicación de medidas preventivas: vigilancia reforzada, ubicación en zona segura, retiro de objetos peligrosos.
- Uso racional de medidas de restricción física o farmacológica bajo supervisión médica.
- Comunicación inmediata al responsable clínico y registro en historia clínica.
- Sesión de debriefing posterior con el equipo y el paciente.

#### *Prevención y abordaje de fugas*

Objetivo: reducir riesgo de evasión de pacientes en tratamiento activo y garantizar su retorno seguro.

- Verificar motivación, nivel de introspección y riesgo de fuga en ingreso.
  - Supervisión reforzada durante las primeras 72 horas o ante síntomas de abstinencia.
  - Identificación visible (manilla institucional) y acompañamiento en traslados.
  - En caso de fuga: activar protocolo de búsqueda institucional (por medio de trabajo social).
  - Reservar el cupo intrahospitalario durante 24 horas y reingresar al paciente en la medida de lo posible.
- Control de medicación: Registro diario y monitoreo de efectos adversos.
    - Reunión semanal de seguridad del equipo interdisciplinario y registro de incidentes.
    - Revisión mensual de casos críticos por equipo interdisciplinario
    - Evaluación de adherencia a los protocolos mediante auditoría interna.
    - Actualización anual de los protocolos según normatividad y evidencia vigente.
    - Eventos adversos: Reporte inmediato al comité de farmacovigilancia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.