



Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
(SEP)

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Trabajo Final de Graduación para optar por el título de
Especialista en Psicología Clínica**

**PAUTAS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON COMORBILIDAD
PSICOPATOLOGICA: DROGODEPENDENCIAS Y OTROS
TRASTORNOS DEL EJE I Y II**

Postulante:

Licda. Marjorie Moreno Salas

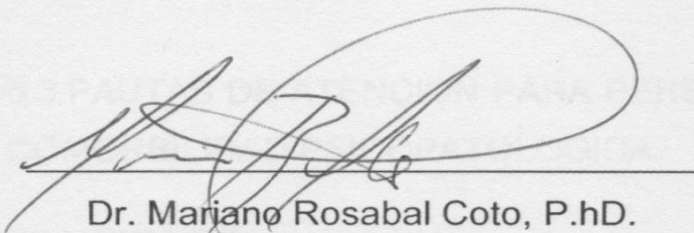
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Diciembre del 2012

PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

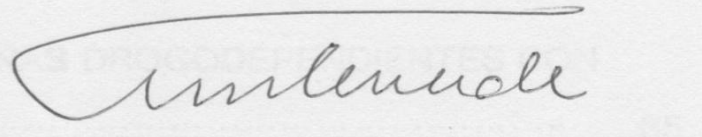
El Posgrado en Psicología Clínica y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Licda. Marjorie Moreno Salas, cédula 2-0586-0007, estudiante de este Posgrado ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación titulado: *"Pautas de atención para personas con comorbilidad psicopatológica: drogodependencias y otros trastornos del eje I y II"*, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 05 días del mes de Diciembre del año 2012, en la ciudad de San José, Costa Rica.



Dr. Mariano Rosabal Coto, P.hD.

Director del TFG



Dra. Ana María Monteverde Castro

Presidente del Tribunal



TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	17
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	32
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
5. METODOLOGÍA.....	33
6. RESULTADOS DE INVESTIGACION	35
6.1. ABORDAJE DE LOS TRASTORNO ADICTIVOS.....	35
6.2. ABORDAJE DE LA COMORBILIDAD PSICOPATOLOGICA: DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS DEL EJE I Y II.....	55
6.3.PAUTAS DE ATENCION PARA PERSONAS DROGODEPENDIENTES CON COMORBILIDAD PSICOPATOLOGICA.....	85
7. CONCLUSIONES.....	91
8. RECOMENDACIONES.....	94
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	97

1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

El presente documento corresponde al informe del Trabajo Final de Graduación de la Especialidad en Psicología Clínica, desarrollado en el marco del convenio académico entre la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social por medio del CENDEISSS.

El problema de investigación se contextúo en el proceso de atención de usuarios/as con drogodependencias o adicciones, y también diagnosticados con algún otro trastorno correspondiente al eje I o al eje II del Diagnóstico Multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), es decir, con patología dual o comorbilidad; detalle que se amplía más adelante.

La condición de diagnóstico dual o patología dual, es una situación poco abordada en Costa Rica y algunas veces sub-diagnosticada en los diferentes servicios de atención de salud, ya sea en el primer, segundo o tercer nivel de atención. Así lo refleja, la recién aprobada "Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, texto promulgado para impulsar estrategias a seguir para dicha población y en la cual no se aborda en ninguno de sus capítulos la atención de personas con cuadros comórbidos, tanto en estadísticas como propuestas prácticas, (IAFA, 2012). Sin embargo, el tema posiblemente se plantee más adelante en el Plan de Acción de dicha Política, mismo que se encuentra en proceso de elaboración.

Cuando la atención en salud se refiere a personas con problemas de adicción o drogodependencias, el panorama de los servicios se torna complejo clínicamente, pues, la dependencia de sustancias conforma una patología severa, de curso crónico, generalmente referido a servicios especializados y complejos, desde el soporte farmacológico hasta la atención en rehabilitación correspondiente a estrategias de reinserción social o la fase de mantenimiento en abstinencia, (Gálvez y Rincón, 2008).

Además, es preciso mencionar que el consumo de sustancias psicoactivas de forma abusiva y con patrones de dependencia es un problema de salud pública catalogado como tal décadas atrás, por diferentes organismos e instituciones , tales como

la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS).

No obstante, el consumo de sustancias psicoactivas, como actividad se remonta a prácticas culturales procedentes de los más diversos y antiguos grupos humanos. Generalmente asociado con rituales, y prácticas religiosas, que poco a poco se han comercializado en las sociedades modernas hasta extenderse al mundo entero, sin el carácter místico inicial. En este momento, podría considerarse que el uso, abuso y dependencia de sustancias es una enfermedad de salud pública con altos costos para los diferentes países del mundo, en ocasiones catalogada como una pandemia. (Escohotado, 1994).

Paradójicamente, las mayores dificultades sociales y de salud derivan del consumo de drogas lícitas, aunque las ilícitas también generan conflictos, es decir, interesa prestar especial atención al consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, las ilícitas tienen repercusión social, sanitaria, jurídico-penal, y especial resonancia en los medios de comunicación masiva. Evidente en suicidios, accidentes de tránsito en los cuales hay pérdidas de vidas humanas, y deterioro familiar como resultado de los trastornos psicopatológicos derivados de convivir con una persona drogodependiente, (OMS, 2004).

Dentro de los factores por considerar en cuanto al consumo de dichas sustancias, la Organización Mundial de la Salud define la intoxicación como un estado psíquico, a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas comportamentales que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga de forma continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar las molestias de su ausencia, (síndrome de supresión).

La dependencia, consiste en un grupo de síntomas, cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos indicadores del consumo continuado por parte del individuo, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con la sustancia. Acompañado de un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a sufrir la abstinencia y a una administración compulsiva de la droga.

Según sus características, una droga siempre genera dependencia, que será mayor o menor en lo físico o psíquico según sus peculiaridades químicas y la dosis consumida. La dependencia psicológica genera una sensación de satisfacción e impulso psíquico, exige la administración regular de la droga para producir placer o evitar el malestar, mientras, la dependencia física hace que el organismo vivo necesite realmente la presencia de la droga para mantener su homeostasis.

Ahora bien, es preciso referirse a dos conceptos importantes: patología dual vs comorbilidad. De acuerdo con la Sociedad Española de Patología Dual (2009), dicha terminología es arbitraria, y en términos generales define una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones.

Existe discusión respecto al término, por referirse a dos diagnósticos independientes, cercanos al modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes genotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones aumentaría el placer asociado a las sustancias (más que para el resto de los individuos), y estas deficiencias, genéticamente determinadas podrían ser corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación, (Sociedad Española de Patología Dual, 2009).

Debido a las diferentes posturas teóricas asociadas a la conceptualización de la terminología, el lector/a encontrará en este Trabajo Final de Graduación ambos términos (según se trate de diferentes citas bibliográficas), pero según la revisión efectuada lo recomendable es abordar el fenómeno desde la “co-morbilidad”, pues, una persona podría presentar un cuadro clínico con tres o más trastornos diferentes, y no solamente dos, por ejemplo: un trastorno de personalidad límite, un trastorno de estrés postrauma, una adicción al alcohol, junto con un problema social. En un caso clínico de esta naturaleza la “patología dual” no reflejaría las necesidades de atención específicas de la persona. (Sociedad Española de Patología Dual, 2009).

Por otro lado, la relevancia del presente estudio se asocia con la alta tasa de consumo de sustancias en la sociedad costarricense, la cual repercute en las diferentes esferas de interacción de la persona consumidora y su familia, encabezada por el

consumo de cerveza, muchas veces con un patrón de bebida que lleva a la embriaguez, (IAFA, 2012). Así como, facilitar insumos para el trabajo clínico concretado en la propuesta contenida en los próximos capítulos.

La ausencia de investigaciones en el tema, plantea la urgente necesidad de intervenir de forma temprana con personas consumidoras de sustancias y sus familias. Pues, la cifra de personas consumidoras de sustancias a nivel nacional que según estimaciones del IAFA (2012) necesitaban tratamiento para el 2006 por consumo de alcohol llegaba a 376.750 (280.695 hombres y 96.056 mujeres), mientras las personas que requerían atención por ser usuarios crónicos de drogas ilícitas se estimó en 34.483 (29.439 varones y 5.045 mujeres), sin considerar dentro de estos datos a sus familiares. (IAFA, 2012).

En consonancia con dichas cifras, las drogodependencias pueden considerarse una pandemia: patología que impacta desde lo social con el narcotráfico y sus consecuencias, hasta las familias con la codependencia generalmente presente en sus miembros, (PIDCAL; 2011). El impacto económico de dejar de producir diariamente para abocarse a la búsqueda de las sustancias ilícitas también provoca deterioro clínicamente significativo y perjudica el desarrollo del país, ya que las personas en edad productiva enferman y se retiran del mercado de trabajo conforme avanza la enfermedad.

La relevancia nacional de este tema, se asocia con los objetivos del Plan Nacional sobre Drogas, impulsado por el Instituto Costarricense sobre Drogas (2007), en cuyas actividades se encuentra la formación para el tratamiento de las adicciones, con el fin de ampliar la cobertura mediante la capacitación del personal encargado, especialmente, respecto al binomio “enfermedad psiquiátrica y el consumo droga”, proceso al que según el ICD, (2007) se unirían las Organizaciones no Gubernamentales.

Además, debido a la importancia de la población, lo anterior se operacionalizó en un objetivo estratégico, cuyo meta es sensibilizar y capacitar a médicos generales en el primer y segundo nivel de atención, ubicados en zonas con tasas elevadas de prevalencia en adicciones, para la detección y referencia temprana de la población consumidora de drogas. Y al mismo tiempo, capacitar en la temática de Patología Dual, desde la perspectiva del consumo de drogas, al 100% de psiquiatras que elaboran en la CCSS, así

como, al personal de ONG's, para el abordaje efectivo de las personas drogodependientes con problemas psiquiátricos.

Si bien, de momento no se cuenta con un informe de resultados que evidencie el logro o no de este objetivo, el haberlo establecido dentro del plan indica la importancia del mismo y claro está que el personal de salud por capacitarse no es solamente el equipo de profesionales en Psiquiatría, si no también, Enfermería, Psicología, Trabajo social y otros.

En el nivel internacional, para la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003), las personas con problemas de uso de sustancias y trastornos psiquiátricos tienden a mantener un contacto relativamente frecuente con los servicios médicos y generalmente necesitan un tratamiento intensivo. Esta población generalmente responde mal a los planes y métodos terapéuticos tradicionales, y la adherencia al tratamiento es mínima. Por consiguiente, se debe explorar más el tema para innovar propuestas y ofrecer servicios cada vez más efectivos.

Esta propuesta aporta directamente a robustecer el campo de la Psicología Clínica, como área de atención y abordaje especializado de usuarios/as que han visto deterioradas sus vidas y condiciones familiares por la patología adictiva.

El presente documento responde a actividades propias de reducción de la demanda, por orientarse directamente a profesionales encargados de la atención de usuarios/as de sustancias psicoactivas (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2007, CICAD, 2010). Se ampara en un paradigma biopsicosocial, al considerar a la persona consumidora en todas sus esferas. El fin último de esta investigación fue indagar las posibilidades de atención para las personas en el marco de Organizaciones no gubernamentales y algunas instituciones públicas también vinculadas con la temática. Específicamente, focalizar en recomendaciones prácticas para la atención individual de personas consideradas de "difícil manejo", por presentar más de un diagnóstico psicopatológico. Estos componentes se concretan por medio de una revisión bibliográfica que aporta a identificar las buenas prácticas en el tema, que posteriormente, se organizaron una guía de atención susceptible de aplicarse en instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales que brindan servicios de atención directa a personas con comorbilidad.

2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A nivel nacional, no se identificaron protocolos de atención para personas con patología dual, tanto en instituciones públicas como privadas. La presente propuesta es un acercamiento a la praxis en esta área. Lo anterior, cataloga el presente estudio como una investigación exploratoria, por la reciente aproximación al tema.

Los antecedentes institucionales en este tópico corresponden a la prestación de servicios liderados por el IAFA, de esta forma, en las oficinas centrales la institución citada se ubican las oficinas del Proceso de Atención a Pacientes: se cuenta con los servicios de consulta de orientación, desintoxicación ambulatoria y consulta externa para la población en general.

Según el IAFA (2012), hasta la fecha se registran 70 Organizaciones no gubernamentales autorizadas para la atención de personas mayores de edad y registradas en el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento. Estas 70 instituciones tienen en promedio 10 años de fundadas y una capacidad para recibir y hospedar a 27 personas, ello asciende a un total estimado de 1500 camas, aunque la necesidad estimada superar las 5 000 personas.

Fuera de la provincia de San José, se ubican servicios llamados Centros de Atención Integral en Drogas, (CAI), distribuidos en las cinco lugares: San Ramón y San Carlos, Alajuela, Cartago centro, Puntarenas centro, Aguirre y Coto Brus, Guanacaste, Santa Cruz y Limón.

En términos de salud pública, la cantidad de daños por el uso de sustancias psicoactivas, puede describirse de la siguiente forma: hay una tradición de estimar la contribución del alcohol, el tabaco y las drogas a la carga global de morbilidad, a través de la medida Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), tomando como base una estimación de la carga impuesta sobre la sociedad debido a la muerte prematura y los años vividos con discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud, (2004), ha demostrado que el tabaco y el alcohol fueron importantes causas de mortalidad y discapacidad en los países

desarrollados, y se pronosticó que los efectos del tabaco se incrementarían en otras regiones del mundo. En diversas estimaciones, el alcohol y el tabaco ocupan los primeros lugares, por ser particularmente la causa de problemas agudos entre los varones de diversos países en desarrollo y el carácter evitable de dichas condiciones de salud.

En términos generales la carga del uso de sustancias llega a una morbilidad de 8.9% en términos de AVAD. Sin embargo, los hallazgos enfatizan de nuevo que la principal carga de morbilidad global se debe primordialmente a las sustancias lícitas en contraposición a las restantes.

Según datos de investigación, en general los porcentajes de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes, se agrupan de la siguiente forma: las cifras suelen fluctuar entre el 5% y el 85%, siendo en términos promediales un 50%. En términos generales una de cada dos personas drogodependientes tiene un diagnóstico adicional. Analizando los diversos contextos, cerca del 20% de pacientes ambulatorios en el nivel de atención primaria tienen un trastorno mental primario o asociado. Datos importantes pues la presencia de personas con estas necesidades de atención es alta y considerable en los servicios, (Saavedra, 2001).

Lo primero a destacar es que según un estudio epidemiológico Reiger y colaboradores a inicios de los 90 en Estados Unidos, todas las drogas ilegales se asocian con un mayor riesgo de desarrollar trastornos esquizofrénicos. Así la prevalencia de Vida de esquizofrenia para personas con trastornos asociados a la cocaína fue de 16,7%, para opiáceos fue de 11,4% para los alucinógenos fue de 10%, para los barbitúricos fue de 8% y para la marihuana fue de 6%, (Saavedra, 2001). Por consiguiente, el abordaje temprano y preventivo permitiría a algunas personas gozar de mayor calidad de vida y evitar sintomatología de mal pronóstico clínico.

A continuación, se hace un recuento de la co-morbilidad según el principal tipo de drogas (Saavedra, 2001, Torres, 2002, Organización Mundial de la salud, 2004), utilizadas por las personas estudiadas:

Cannabis y psicosis. Los efectos psicóticos del cannabis son por lo general de corta duración y agudos. Los efectos a dosis moderadas son de euforia, alteración en el

proceso del pensamiento, alteración en la percepción del tiempo y una mayor sensibilidad perceptiva visual. A dosis mayores aparecen alucinaciones auditivas y visuales. Tales efectos han sido reproducidos en laboratorios y son dependientes de las dosis. A dosis mayores de 0,2 mg/Kg de peso, el potencial de desarrollo de cuadros psicóticos se incrementa. A este nivel, los síntomas son de suspicacia, alteración de la memoria, confusión mental, despersonalización, aprehensión, alucinaciones y desrealización. (Saavedra, 2001).

Estos síntomas suelen ser transitorios, ante la administración repetida de la sustancia. Los estudios que han comparado grupos de varones con síntomas psicóticos asociados a un examen toxicológico urinario positivo en cannabis vs aquellos sin uso de cannabis, revelan que los primeros muestran más síntomas afectivos, hipomanía, más agitación menos lenguaje coherente, menos aplanamiento afectivo y menor cantidad de alucinaciones auditivas. Lo importante a considerar en este tipo de reacciones es el uso de otras sustancias, la dosis y la predisposición genética para evaluar adecuadamente el caso. (Ziedonis, 1998 citado por Saavedra, 2001).

Cocaína y Psicosis. La paranoia transitoria por cocaína es una característica muy frecuente de la intoxicación por cocaína y suele estar presente entre el 50% y 55% de los pacientes. Los síntomas psicóticos por cocaína se observan casi exclusivamente durante la intoxicación y rara vez se extienden más allá de la fase de abstinencia denominada del "crash". Existen además, múltiples indicios de que el uso a dosis elevadas de cocaína por largo tiempo se relaciona marcadamente con síntomas psicóticos. Los síntomas psicóticos más frecuentes son los delirios paranoides y las alucinaciones de tipo auditivas, seguidas por las táctiles.

Las alucinaciones visuales se han asociado con pupilas midriáticas, casi todas las alucinaciones se asocian al uso de la sustancia. La conducta estereotipada también ha sido reportada en la psicosis cocaínica. Ziedonis, 1998 citado por Saavedra, (2001).

Psicosis Anfetamínica. La psicosis anfetamínica ha sido caracterizada por una entidad de tres fases. Inicialmente existe una marcada curiosidad y conducta examinadora repetitiva. En el segundo estadio estas conductas son seguidas por una paranoia asociada con ideas de referencia, delusiones persecutorias y alucinaciones que

se asocian a un estado de miedo, pánico y de agitación. Este cuadro, por lo general, se presenta ante dosis elevadas y se desarrolla ante el uso de la sustancia por cualquier vía de administración, siendo mayor su correlación por la vía endovenosa.

Una presentación común es la combinación de paranoia, pensamiento delusional y frecuente hipersexualidad. Los síntomas alucinatorios son por lo general visuales, auditivos, olfatorios y táctiles en un sensorio claro con una memoria y orientación intacta. Típicamente el cuadro se presenta durante la intoxicación, aunque hay reportes de persistencia de síntomas por espacio de días a semanas. (Saavedra, 2001).

Alucinógenos y Psicosis. La droga representativa del grupo de los alucinógenos es el LSD, sustancia con una estructura similar a la serotonina. Dentro de estas sustancias se haya la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina y la psilocina, entre otros.

El LSD afecta a nivel cerebral los receptores de serotonina del tipo 5HT_{2a}. La intoxicación inicial se caracteriza por cambios autonómicos, que se asocian con inestabilidad emocional como tendencia a llorar o a reír. Subsecuentemente se dan alteraciones perceptivas con alucinaciones de todo tipo. Las reacciones adversas más frecuentes son las de “un mal viaje” que se pueden dar como crisis de pánico e incluso ideación suicida severa. A través de estudios longitudinales no se ha logrado concluir el desarrollo de cuadros psicóticos crónicos. Una de las dificultades para tales asociaciones ha sido por un lado, los adulterantes que suelen estar presentes, y de otro, la psicopatología preexistente. (Saavedra, 2001).

Esquizofrenia y Adicciones. Según Saavedra, (2001), la vulnerabilidad a la recurrencia del cuadro psicótico ha sido probada en estudios de seguimiento donde los usos del alcohol en dosis sociales se ha relacionado a mayores recaídas psicóticas, mayores tasas de suicidio y mayor número de hospitalizaciones. La presencia del uso de sustancias y síntomas psicóticos da lugar a un reto específico tanto desde el plano del diagnóstico como del tratamiento.

Ahora bien, dentro de los eventuales efectos negativos del consumo crónico de sustancias psicoactivas, se registra el desarrollo de psicopatología mayor, al respecto la Organización Mundial de la Salud, citando a San y Arranz (1999), afirma que cualquier

síntoma psiquiátrico puede ser causado por el consumo de una sustancia, por lo que el olvido de este tipo de etiología es probablemente el error diagnóstico aislado más frecuente en la práctica clínica y conlleva implicaciones terapéuticas inmediatas.

Dichos episodios psicóticos se denominan "Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias". Según el DSM-IV, la característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que incluyen efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico).

Como un aspecto central, no se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas, en cuyo caso la alteración no se explicaría mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias, y no se debe establecer el diagnóstico si los síntomas psicóticos sólo aparecen en el transcurso de un delirium. Este diagnóstico debe realizarse en lugar del de intoxicación por sustancias o abstinencia sólo si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente, Organización Mundial de la Salud, (2004).

Por otra parte, el CIE-10 divide este trastorno en dos categorías: el trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas, si los síntomas psicóticos aparecen durante las primeras 2 semanas de consumo, y trastorno psicótico residual de inicio tardío debido al consumo de sustancias psicoactivas, si éstos aparecen entre las 2 y las 6 semanas después de haberse iniciado el consumo. Organización Mundial de la Salud, (2004).

En general, para considerar que una psicosis ha estado realmente inducida por sustancias deben cumplirse dos criterios: a pesar de que los primeros síntomas aparecen durante la intoxicación, éstos se mantengan más allá de la eliminación de la sustancia, y la sintomatología debería manifestarse y evolucionar de forma sustancialmente distinta de las psicosis funcionales, Organización Mundial de la Salud, (2004).

Es decir, si el trastorno psicótico inducido es un cuadro clínico con entidad propia, debe tener un inicio, una evolución y un final distinto de las psicosis funcionales, Organización Mundial de la Salud, (2004). Criterios que pueden funcionar como una guía en cuanto al diagnóstico diferencial.

Otra visión de la patología dual, es la propuesta por Torres (2002), para quien la comorbilidad del uso, abuso y dependencia de sustancias se asocia y organiza de la siguiente forma:

Trastorno de la personalidad. Diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas, afecta a un porcentaje de la población situado entre 50% y 90%. Estos trastornos principalmente están agrupados en la clase B, grupo relacionado con el descontrol de impulsos, y que reúne a un porcentaje de hasta 50%. (Torres, 2002).

Trastornos del control de los impulsos relacionados con sustancias. Son una constante en la práctica clínica. La asociación con los trastornos por uso de sustancias en la ludopatía es una constante (cerca a 50%), así como en la cleptomanía, el Trastorno por atracón y las compras compulsivas. (Torres, 2002).

Trastornos del humor. Afecta a un porcentaje de población situado entre 20% y 60%. (Torres, 2002).

Trastornos bipolares. Tienen una prevalencia de entre 1.3% y 5%; 15% de los pacientes se suicidan. Entre los enfermos farmacodependientes, esta cifra probablemente se duplica, pero muchos suicidios se diagnostican como "sobredosis accidentales". (Torres, 2002). La depresión incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un trastorno por uso de sustancias debido a las siguientes condiciones:

- Estrategias limitadas de afrontamiento de problemas.
- Serios problemas de autoestima que impiden una actuación adecuada.
- Distorsiones cognitivas debido al estado depresivo, con lo cual suelen ver muy difícil la salida a sus problemas.
- Bajo nivel de energía.
- Pobre motivación.

- Deterioro en el funcionamiento social y laboral.
- Intento de uso de la sustancia psicoactiva como automedicación de la depresión, (Torres, 2002).

Esquizofrenia. La comorbilidad de la esquizofrenia y el abuso de sustancias son frecuentes; 47% de los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Aproximadamente 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia.

La combinación de esquizofrenia y abuso de sustancias contribuye al aumento en el riesgo de hospitalización, estancias hospitalarias más frecuentes y de mayor duración, peor cumplimiento con la terapia farmacológica, estar en contra de los consejos médicos, recaída y costos adicionales. Los pacientes con este doble diagnóstico tienen más probabilidad de ser indigentes; además, corren los riesgos de las interacciones entre las medicaciones antipsicóticas y la sustancia a la que son adictos. También tienen mayor riesgo de suicidio y de cometer crímenes violentos. Los pacientes desinstitucionalizados tienen más probabilidades y más oportunidades de consumir drogas que aquellos hospitalizados, (Torres, 2002).

Es decir, la comorbilidad aumenta la vulnerabilidad, la dependencia, el mal pronóstico y en general, el riesgo de no remitir de un conjunto de síntomas que pueden llegar a cronificarse o incluso concretarse en un intento de autoeliminación exitoso.

Trastornos de ansiedad. Tienen una prevalencia entre 10% y 50%; la más frecuente es la ansiedad social con un 13.3%.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Presenta una incidencia de 7.8%, cifra que podría aumentar si se toma en cuenta el ambiente bélico de algunas regiones. La comorbilidad con el alcoholismo en hombres es de 51.9%, y en mujeres 27.9%; su comorbilidad con drogas ilegales es de 34.5%. Cuando se encuentran el consumo de sustancias con un TEPT, es muy probable que aumenten los síntomas del TEPT, aumente la comorbilidad en el Eje I y Eje II, aumento de los problemas médicos y

psicosociales, aumento de las recaídas, la refractariedad al tratamiento y disminución del consumo de sustancias en TEPT en remisión. (Torres, 2002).

Tal y como puede concluirse, los datos reportados por Torres, indican que entre más severa la patología de los diferentes ejes, menor probabilidad de mejora o remisión del cuadro. Nuevamente se reafirma la importancia de una atención temprana, eficiente y eficaz para prevenir daños mayores en la vida de las personas y sus familias.

En el trastorno de pánico (TP) y trastorno de uso de sustancias (TUS) es común encontrar: 36% de TP tiene TUS, mayor riesgo que TP no comórbido, TUS precede TP más que TP a TUS, cocaína, anfetamina, cafeína, alcohol, abstinencia de alcohol y benzodiazepinas pueden precipitar ataques de pánico, TP inducido por cocaína puede prolongarse después de dos semanas de abstinencia, TUS y fobia social (FS). (Torres, 2002).

Es decir, el consumo de sustancias genera en las personas un riesgo importante de presentar brotes psicóticos agudos inducidos por el consumo de ciertas drogas y la presencia de un trastorno específico vulnera a la persona al consumo de drogas; cuando estas dos situaciones coexisten el escenario de trabajo se complica y la situación de salud de la persona es muy desfavorable.

Para abordar esta condición de salud, es preciso revisar constructos complejos, como las emociones, las cuales de forma simplificada, se podrían definir como el estado afectivo que transforma de un modo momentáneo, pero brusco, el equilibrio de la estructura psicológica del individuo. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001). En el caso de los seres humanos son conscientes y aparecen al lado de los sentimientos. Las emociones que generan las drogas, por el placer/ dolor que producen, son un pilar para comprender el trastorno adictivo con planteamientos neurocientíficos, e incluso entender sistemas de valores con una visión evolucionista, por lo importante que son estas emociones en la adquisición de valores que guían al comportamiento. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

También es importante, el concepto de memoria emocional, un sistema implícito (inconsciente) que dispara automáticamente las emociones ante estímulos capaces de producirla innatamente (incondicionados) o por aprendizaje (condicionados). (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Como parte de periodos experimentales importantes en la formación del sistema nervioso central, se encuentran las ventanas plásticas, asociadas a periodos como la adolescencia, etapa en que se produce una profunda remodelación de la corteza cerebral de asociación (pre frontal) con una pérdida de neuronas, mielinización de las mismas y un aumento de tamaño de las restantes. A esto hay que sumar la carga genética, ambiental (educación y cultura), así como importantes cambios hormonales. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

En el nivel nacional, la producción científica sobre el tema de drogodependencias y comorbilidad se concentra principalmente en investigación epidemiológica y social liderada por el IAFA, las universidades tanto públicas como privadas o bien el Instituto Costarricense sobre Drogas, pero sin registros directos del fenómeno en estudio. La presente investigación, se considera exploratoria, en tanto, aún no se documentan producciones científicas costarricenses.

Propiamente en el tema de patología dual, la Sociedad Española de Patología Dual, (2009), ha emitido una serie de protocolos de intervención según patologías (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, esquizofrenia, TDAH), sin embargo, el contenido de los mismos se orienta a delimitar las buenas prácticas y pasos a seguir en cuanto a la farmacoterapia y no hace referencia puntual a los abordajes psicológicos. De ahí la importancia de analizar el tema y generar insumos para los/as profesionales en Psicología, en de investigación como las sugeridas por diversos autores, (Szerman, Torrens, Basuarte, Ramírez, y Martínez-Raga, 2012, Szerman, Álvarez, y Casas, 2007, Szerman, Torrens, y Martínez- Sanvinens, 2009, Szerman, Saiz, Díaz, García Portilla, Marina, y Bobes, 2011, Szerman, Peris y Balaguer, 2010, Szerman, Haro, Martínez-Raga, y Casas, 2010, Szerman, Roncero, Barral, Grau-López, Esteve, y Casas, 2010, Sociedad Española de Patología Dual, 2012, Szerman, Martínez-Raga, y Knecht, 2012).

3. MARCO TEORICO

En términos históricos, respecto al trastorno por consumo de sustancias, en la primera edición el DSM incluía el consumo de drogas dentro de los trastornos de la personalidad, por entender que pertenecían a la esfera de lo psicopático. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

La segunda edición de este manual pretendió ahondar en la clasificación del trastorno como parte de la patología de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos; sin embargo, hasta el DSM-III, aparecen definiciones claras, y dichos trastornos se clasifican como una entidad independiente, incluyendo los términos de abuso y dependencia como entidades diagnósticas.

En el vigente DSM-IV, desde la clasificación nosológica, se prescinde del término psicoactivo y de los trastornos mentales inducidos por estas sustancias, al desaparecer como tal los trastornos mentales orgánicos inducidos.

Con respecto a la dependencia se establecen dos categorías (con o sin dependencia fisiológica) y en lo que se refiere al curso se dispone de seis especificaciones, de las que cuatro son de remisión (total o parcial, temprana o sostenida) y dos de tratamiento (con agonistas o en un entorno controlado). (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Como afirman San y Arranz (1999) citado por la OMS, (2004), el error clínico y metodológico más frecuente es asumir que el consumo de la sustancia, como un factor orgánico es más causal que sintomático. Algunos autores consideran que si está presente el consumo de sustancias el diagnóstico de psicosis debería omitirse, mientras, otros lo omiten del todo si se presenta el consumo de sustancias.

El diagnóstico de abuso de sustancias se refiere a comportamientos desadaptativos de consumo de sustancias, manifestados por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias que no han cumplido los criterios para la dependencia. Estos problemas pueden tener lugar

repetidamente durante un período continuado de doce meses, dentro de los que se incluyen:

- Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el consumo de sustancias; descuido de los niños o de las tareas domésticas).

- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones conyugales, peleas).

Es necesario asegurarse de que los síntomas no hayan cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias (incluyendo los períodos de remisión). (Aispiri, Barbado, Cañones, Garzon, Fernández y Gonçalves, 2002).

Según el DSM-IV el diagnóstico de dependencia de sustancias necesita, al menos, la presencia de tres síntomas de una lista de siete, en algún momento de un período continuado de doce meses. A continuación se presentan los criterios mencionados:

- Tolerancia, definida por: necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o bien el efecto

de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- Abstinencia, definida por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debida al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El diagnóstico puede ser con dependencia fisiológica, asociada a signos de tolerancia o abstinencia o bien sin dependencia fisiológica cuando no hay signos de tolerancia o abstinencia.

Sin embargo, cuando se plantea la existencia de patología dual o comorbilidad los criterios anteriores coexisten los otros de diferentes trastornos, generando mayor complejidad en la comprensión y abordaje de las personas.

Para Galvez y Rincón, (2008), la organización o presentación de estos trastornos puede ser entendida, de la siguiente forma:

- El trastorno psiquiátrico y el trastorno relacionado con sustancias pueden confluir por coincidencia.
- El trastorno relacionado con sustancias puede despertar vulnerabilidades, producir síntomas psiquiátricos o empeorar patologías subyacentes.
- El trastorno psiquiátrico puede despertar vulnerabilidades, producir o agravar un trastorno relacionado con sustancias.
- Ambos trastornos pueden ser producidos por una tercera condición orgánica de base.
- La utilización o abstinencia a una sustancia es capaz de producir síntomas indistinguibles de aquellos que corresponden a algunos trastornos psiquiátricos. (Gálvez y Rincón, 2008).

Ahora bien, una vez revisados los datos generales de los trastornos por consumo de sustancias interesa clarificar el sustrato neuro-bioquímico y neuro-anatómico asociado en esta enfermedad.

La génesis de las drogodependencias es bio-psico-social, razón por la cual la adicción es considerada una enfermedad con un tratamiento bio-psico-social como en muchas otras, lo cual es más apropiado y beneficioso que cualquier otro abordaje de carácter unilateral. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001, Organización Mundial de la salud, 2004).

Interesa especialmente el sistema dopaminérgico, en tanto, regula las propiedades gratificantes de las drogas, ya que actúan directa o indirectamente, en el sistema dopaminérgico mesoaccumbens. En la actualidad, se discute la posible relación de otras áreas como el hipotálamo, y la corteza pre frontal. Este sistema de neurotransmisión también es básico en el mantenimiento del consumo, en este caso por mecanismos de

neuroadaptación, que explicarían el craving. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Asociada a un segundo mecanismo de neuro-adaptación se encuentra la sensibilización, es decir, una hiperfunción dopaminérgica. También se sugiere que la sensibilización puede estar basada en un aprendizaje asociativo entre la droga y el contexto específico en el que se ha producido el consumo. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

El proceso de condicionamiento se relaciona con el sistema dopaminérgico, en esta línea hay datos para suponer la existencia de diferentes procesos de condicionamiento que pueden ser relevantes para la génesis de la adicción. Se trata de los aprendizajes estímulo- respuesta (formación de hábitos) y estímulo refuerzo (elicitación de conductas) mediatizados por la neurotransmisión dopaminérgica en áreas mesoestriales. Las condiciones de este sistema de asociación llevan a pensar en cierta vulnerabilidad genética. En este sentido, son importantes los trabajos que implican el gen del receptor D2 dopaminérgico en el alcoholismo. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Resultados de investigación parecen confirmar que el gen que codifica al receptor dopaminérgico D2 (DR D2) puede presentar variantes genéticas que influyan en la susceptibilidad para el alcoholismo. También se ha notificado una mayor presencia de un alelo (A1) del fragmento Taq I en la región 3' del gen que codifica al receptor dopaminérgico D2 (DR D2), y más recientemente otro alelo (B1) en el fragmento 5' Taq.

Ambos hallazgos en alcohólicos crónicos se han correlacionado con la adicción a otras sustancias psicoactivas. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001, IAFA, 2007).

En la actualidad es conocido que el sistema dopaminérgico mesolimbicocortical es capital en los mecanismos responsables de la recompensa. Este sistema, desde el área tegmental ventral proyecta al núcleo accumbens, el tubérculo olfatorio, el córtex frontal y amígdala. El núcleo accumbens, quizá es el más conocido de los integrantes de este sistema, consta de dos porciones, la central o core y la corteza o shell. (IAFA, 2007).

Es posible que también participe un circuito que incluye el núcleo accumbens y estructuras basales del cerebro anterior como el núcleo pálido ventral, en el que interactúan neurotransmisores GABA y péptidos opioides. Al mismo tiempo, se incluye un grupo de estructuras neuronales interconectadas entre sí, a las que se conoce como amígdala extendida, que incluye al núcleo central de la amígdala, la corteza del núcleo accumbens, el núcleo del techo de la estría terminal y la sustancia innominada sublenticular. Todas estas estructuras participan parcial o totalmente en la implicación de la señal provocada por los efectos motivacionales y emocionales de la administración aguda de las drogas de abuso. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001, IAFA 2007, Torrens, 2008).

Se hace necesario revisar la psicopatología y co-morbilidad de los trastornos adictivos, en tanto, se cuenta con seis premisas vigentes:

- La psicopatología puede servir como factor de riesgo para los trastornos adictivos.
- La psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de: rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro clínico y evolución a largo plazo.
- Los síntomas psiquiátricos pueden desarrollarse en el curso de intoxicaciones crónicas.
- Algunos trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia del uso y persisten tras el período de remisión.
- Las conductas de uso de sustancias y los síntomas psicopatológicos (previos o posteriores) pueden estar relacionados de forma significativa durante el curso del tiempo.
- Algunas condiciones psicopatológicas ocurren en adictos sin mayor frecuencia que en la población general, sugiriendo que el trastorno psiquiátrico y el adictivo no están específicamente relacionados. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Las razones que justifican la asociación entre diversas drogas se consideran explicadas de la siguiente forma:

- Para contrarrestar los efectos de una de las drogas, por ejemplo, el uso de alcohol para contrarrestar la sobre-estimulación por la cocaína o en su defecto el uso de la pasta básica de cocaína para contrarrestar los efectos sedativos intoxicantes del alcohol.
- Como efecto sinérgico del uso de ambas drogas.
- Por tendencia a experimentar nuevas sensaciones, (Saavedra, 2001).

Algunas de las formas para comprender la asociación entre diversas drogas, serían las siguientes:

Enfermedades paralelas: Esto significa que la asociación entre la dependencia y la enfermedad asociada no tiene relación alguna y coexisten de manera paralela. Ocurren simultáneamente pero no comparten relación etiológica alguna. Ejemplo: Una persona con una fobia a las alturas desde pequeña que desarrolla un alcoholismo, luego de una crisis conyugal severa. (Saavedra, 2001).

- Relación Causal: Este es el modelo de los trastornos primarios y secundarios. Por ejemplo, un paciente con alcoholismo crónico puede desarrollar como consecuencia directa de su alcoholismo una depresión mayor secundaria o rasgos de personalidad antisociales secundarios al propio alcoholismo. De acuerdo con este modelo, el trastorno secundario no hubiese ocurrido si la condición primaria no existiera. Otros ejemplos lo constituyen las intoxicaciones o los síndromes de abstinencia producidos por la sustancia, o el caso de una persona con depresión mayor severa que producto del insomnio consume sedantes hasta desarrollar una adicción medicamentosa. (Saavedra, 2001).
- Relación de Riesgo: En este modelo se enfatiza el concepto de riesgo, la presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias. Ejemplos lo constituyen ciertos trastornos de ansiedad en los

cuales el consumo de alcohol y otras drogas pueden ser usados para controlar el pánico, el trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención. Otro ejemplo sería los casos de dependientes a alcohol o cocaína cuyas adicciones los predisponen bioquímicamente y clínicamente a un mayor riesgo de enfermedad depresiva. (Saavedra, 2001).

- Relación de Modificador: desde este modelo un trastorno preexistente podría modificar las condiciones comorbidas, ya que, un trastorno psiquiátrico primario modificaría el curso de un trastorno por abuso de sustancias o en su defecto un trastorno por abuso de sustancias alteraría el curso de la condición psiquiátrica asociada. Un ejemplo lo constituye una persona con problemas de alcoholismo que también sufre un trastorno afectivo, vulnerándolo a una ingesta etílica cuando se encuentra en estado depresivo (durante la abstinencia). (Saavedra, 2001).

Las razones más relevantes a considerar en cuanto a la importancia de identificar la co-morbilidad son:

- Claridad diagnóstica
 - Curso y pronóstico variado
 - Permite determinar las necesidades terapéuticas y potenciar la eficacia terapéutica
 - Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad
 - Se asocia con un incremento de la conducta suicida
 - Se asocia con un incremento de la conducta homicida
 - Se vincula con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia
 - Se asocia a un mayor costo, (Saavedra, 2001).

La comorbilidad como tal, se asocia con un peor pronóstico y obliga a las personas en recuperación y los profesionales a cargo a doblar esfuerzos y ajustar las intervenciones a una población sumamente específica y particular. Mientras, las eventuales categorías para el diagnóstico comórbido, según Krausz citado por Torres (2002) serían:

- Un diagnóstico primario de trastorno mental, con un diagnóstico posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.
- Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
- Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastorno psicopatológico.
- Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo, un Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Lo anterior coincide con la propuesta del CONACE; citada por Montenegro, (2011), quienes de forma similar organizan los diagnósticos:

- Trastorno psiquiátrico primario.- El trastorno psiquiátrico se inicia claramente antes que el consumo regular de la droga. El uso de la sustancia puede haber sido previo al comienzo del trastorno psiquiátrico, pero no cumple criterios para abuso o dependencia.
- Trastorno primario por consumo de sustancias.- El trastorno por uso de sustancia existe claramente antes que el comienzo del trastorno psiquiátrico. Los síntomas psiquiátricos están presentes solo durante las fases activas del abuso de sustancias o dentro de las cuatro primeras semanas de abstinencia.
- Trastornos duales primarios.- Para los cuales pueden darse las siguientes variedades:
 - Ambos trastornos están presentes, pero nunca coinciden en comienzo y en curso.
 - Ambos trastornos son crónicos y severos con comienzos distintos y cursos sobrepuestos.

- El trastorno psiquiátrico se inicia claramente antes que el trastorno por uso de sustancias, pero ambos tienen cursos independientes, tales que ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro.
- El trastorno por consumo de sustancias se inicia claramente antes que el trastorno psiquiátrico, pero ambos tienen cursos independientes, por lo que ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro. (Montenegro, 2011).

Sobre la comorbilidad conviene considerar que en esta clasificación o propuesta de organización, se dejan de lado las condiciones sociales, familiares o económicas de las personas que bien podrían ser un factor detonante o de riesgo importante para el desarrollo de cualquiera de los dos trastornos. Más importante aún, resulta el modelo al considerar los trastornos del eje II, vinculados directamente con el estilo de apego y relaciones familiares mantenidas como “patrones” durante años, que finalizan por concretarse en rasgos de personalidad específicos, o en un trastorno propiamente dicho.

Los diferentes grupos de usuarios/as de los servicios pueden ser agrupados siguiendo criterios como los previos (Junta de Extremadura, *sf*), sin embargo, a continuación se revisa una propuesta de agrupación, en función de la atención necesaria para esta población:

- Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve: la persona presenta un abuso o dependencia de drogas de difícil abordaje en las que se producen cuadros de enfermedad mental comórbidos; el eje de la atención es el consumo de sustancias.
- Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada: en este caso se ubican las personas con trastornos mentales con síntomas graves como ideación suicida, rituales obsesivos graves, síntomas psicóticos, que también consumen sustancias, pero este consumo no puede llegar a ser catalogado como de difícil manejo.

- Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo: es el caso más específico para una atención integral y coordinada, porque requiere sinergia y coordinación entre los dos campos de atención para el tratamiento efectivo.
- Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve: Pacientes en régimen ambulatorio que presentan un perfil clínico mixto leve, donde predominan síntomas ansiosos depresivos junto a abuso de sustancias no complicado. (Junta de Extremadura, sf).

Nuevamente, el referente previo es importante para organizar servicios y planes de tratamiento, pero obvia las condiciones sociales, económicas, migratorias y familiares de la personas, por ello, durante los procesos de atención directa de los usuarios/as conviene incluir dichas valoraciones, para integralmente abordar la comorbilidad y aplicar los esquemas previos a los trastornos más llamativos en los diferentes casos, o de atención prioritaria.

Antes de proceder al análisis de la comorbilidad como tal, es preciso revisar que hay importantes niveles de cifras negras, y en población general, el riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico en los pacientes con trastorno por abuso de sustancias es 4,5 veces superior.

Como parte de las dificultades mencionadas, se registra el sesgo de Berson, según el cual frente a la existencia de dos trastornos incrementa la búsqueda de tratamiento, con una alta probabilidad de influenciar los datos. Sin embargo, los resultados de investigación indican que las personas reportan altos niveles de ansiedad, depresión y conducta disocial. En general, se plantea que la psicopatología, es un factor de riesgo para padecer dependencia a una sustancia y tener una peor evolución, (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Muchos de los problemas de la refractariedad de diversos pacientes con adicciones se deben a la no identificación adecuada de la problemática subyacente, por lo tanto, la claridad diagnóstica ha tomado una importancia inusitada en los diversos centros de tratamiento tanto en el ámbito nacional como internacional. (Saavedra, 2001).

La mayor asociación entre morbilidad y mortalidad, es otro asunto que debe ser tomado en cuenta, es un hecho que a mayor comorbilidad mayor riesgo de patología médica, en especial, los policonsumidores que usualmente padecen problemas de desnutrición y un mayor riesgo de infecciones o problemas médicos asociados. Por otro lado, el alcoholismo generalmente se asocia con tabaquismo y esté con trastornos depresivos, en especial la depresión mayor.

Propiamente respecto a las alternativas de tratamiento, y no necesariamente de diagnóstico, se considera conveniente una revisión de la propuesta de la Junta de Extremadura, (sf). Lo cual, se plantea de la siguiente forma:

El tratamiento *secuencial* es el modelo históricamente utilizado con más frecuencia, la persona se aborda primero en un sistema o red de tratamiento específica y posteriormente en el otro. El criterio con que se definen los pasos a seguir no está claramente establecido y muchas veces dependen de criterio clínico. Aunque en esta propuesta se recibe atención en las dos áreas, no llega a ser un tratamiento ni simultáneo ni integrado, (Junta de Extremadura, sf, Junta de Andalucía, sf, Montenegro, 2011).

Los tratamientos en *paralelo* responden a incluir a la persona al mismo tiempo en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias, la persona recibe atención en ambas áreas, pero el nivel de coordinación es variable y podría no ser suficiente, en tanto no está claramente estructurado, (Junta de Extremadura, sf, Junta de Andalucía, sf, Montenegro, 2011).

El tratamiento *integrado* supone el diseño y la aplicación de un único tratamiento para la doble patología, combinando elementos y recursos terapéuticos, tanto en el campo de salud mental como de drogodependencias, en un sólo programa de tratamiento unificado. Lo ideal sería que la atención derive de un único equipo terapéutico especializado en ambas patologías. Para los autores citados, las posibilidades de integración de estos programas derivan de características compartidas, como serían el utilizar variados encuadres terapéuticos y modalidades de intervención, pueden ser públicos o privados, funcionan en diferentes niveles de atención, ofrecen modelos de aproximación biopsicosocial y se apoyan en grupos de autoayuda. Valga señalar que esta es la modalidad más recomendada en este momento, con el fin de coordinar las

intervenciones bajo un solo programa de tratamiento, facilitar el acceso al tratamiento en los sistemas de atención en salud mental o problemas de drogas, (Junta de Extremadura, sf, Junta de Andalucía, sf, Montenegro, 2011).

Según la Junta de Extremadura, la Junta de Andalucía, (sf), y Montenegro, (2011), pese a que el tratamiento recomendado deriva de un abordaje integrado, la realidad española al igual que la costarricense dista mucho de tener posibilidades reales de llevar a cabo este tipo de práctica clínica, por importantes limitaciones. Lo anterior es especialmente relevante para el caso costarricense si se considera que la atención de personas con diagnóstico de dependencia a sustancias recae únicamente en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y Organizaciones no Gubernamentales bajo su rectoría, mientras la atención de la psicopatología en cuadros agudos se concentra en el Hospital Nacional Psiquiátrico, la Unidad de Intervención en crisis del Hospital Chacón Paut y el servicio de Psicología y Psiquiatría de diferentes hospitales, por ejemplo el Hospital Calderón Guardia. Es evidente la importancia de conformar dentro de los dos ámbitos, equipos de trabajo especializados en personas con comorbilidad, pero no necesariamente es la norma o lo más viable en el contexto costarricense.

Debido a lo anterior, se plantea como paliativo, el tratamiento en paralelo coordinado, desde un enfoque pragmático y de optimización de los recursos, al ser deseable un modelo de intervención que contemple una óptima coordinación y una eficaz conexión entre las dos redes asistenciales ya existentes a través de programas o protocolos integrados, (Junta de Extremadura, sf).

En la actualidad se considera a la adicción como una conducta que puede estar relacionada, o no, con sustancias. Cuando hay una sustancia por medio se puede considerar la adicción como la preocupación por adquirirla, su uso compulsivo a pesar de las consecuencias adversas, y las recaídas tras un tiempo de abstinencia. En resumen, una pérdida de control sobre el consumo, independiente del estado volitivo de la persona, (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001).

Finalmente, algunos elementos que deben ser considerados para el abordaje y correspondiente seguimiento de los casos, según el Ministerio de Seguridad Social, (2004) de Colombia, son:

- El consumo de sustancias psicoactivas se hace cada vez más frecuente entre poblaciones más jóvenes con reducción en el promedio de edad de inicio en el consumo.
- El mayor conocimiento acerca de la naturaleza de la enfermedad adictiva con suficiente evidencia científica disponible acerca de los mecanismos neurofisiológicos de la dependencia de sustancias psicoactivas.
- La aceptación del uso de fármacos para el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas con un mayor desarrollo de las alternativas farmacoterapéuticas y la reducción del prejuicio existente al respecto en muchos programas de tratamiento.
- El incremento en la comprensión de la dimensión psicosocial de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas así como en cuanto a los usos y efectos de las estrategias psicosociales y cognitivo-conductuales para el tratamiento de estos problemas, con un consecuente aumento en cuanto al conocimiento de un amplio rango de modalidades para enfrentar las necesidades individuales.
- La sensibilización de los sistemas de salud mental, seguridad social y justicia criminal hacia el impacto de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas con un incremento en el compromiso para la intervención temprana en estos problemas como alternativa al encarcelamiento. (Ministerio de Seguridad Social, 2004).

El reto de elaborar una propuesta de abordaje general para esta población, en sus diferentes niveles de disposición para el cambio, condición económica y legal, fue concretada siguiendo una serie de procesos descritos en los siguientes apartados, correspondientes al problema de investigación, objetivos de investigación y metodología implementada.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACION

Los datos reseñados en el presente documento ponen de manifiesto la tarea nacional de brindar atención integral a las personas portadoras de trastornos por consumo de sustancias, lo cual como país continua siendo un reto; aunque en este momento se han llevado a cabo avances, por ejemplo el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia se encuentra trabajando en el Plan de Acción del Plan Nacional de Tratamiento, recientemente aprobado por la Asamblea Legislativa de Costa Rica.

Pese a estos adelantos, las estadísticas nacionales continúan sin descender y los problemas asociadas al consumo de drogas se mantienen constantes.

Propiamente a nivel clínico, el abordaje no es menos complejo y demanda del o la terapeuta un nivel de especialización mayor, intervenir un trastorno severo, una amplia destreza para el manejo de recaídas, dinámicas familiares complejas, de curso crónico y generalmente un mal pronóstico.

El cuadro anterior se torna aun más ininteligible al remitirnos a la integralidad del ser humano y considerar que la mayor parte de las personas con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, específicamente dependencia a sustancias lícitas o ilícitas muy posiblemente también presentarán algún otro trastorno en los restantes ejes de evaluación psicológica.

La comorbilidad señalada anteriormente complejiza el abordaje de las personas, sin embargo, el diseño de los sistemas de salud indirectamente propician la escisión; y los retos en el país al respecto son numerosos, pues el tema continua sin plantearse abiertamente en documentos de carácter público, la coordinación interinstitucional es incipiente y se carece de mecanismos para congregar a las diferentes institucionales rectoras y actores en el tema.

El escenario nacional descrito previamente llevó a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los elementos clave para una atención integral y adecuada de personas con cuadros de comorbilidad: dependencia de sustancias y otros trastornos del eje I y eje II?

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Fundamentar teóricamente una propuesta general de atención clínica para personas con comorbilidad psicopatológica: dependencia de sustancias y otros trastornos del eje I y II.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enlistar las prácticas de atención recomendadas para personas drogodependientes según la literatura.
- Enumerar las recomendaciones específicas para la atención de personas con comorbilidad psicopatológica: drogodependencias y otros trastornos del eje I y II.
- Realizar una propuesta de pautas de atención para personas drogodependientes con comorbilidad psicopatológica, usuarios de servicios públicos y de Organizaciones no Gubernamentales.

5. METODOLOGIA

El presente estudio corresponde a un diseño de revisión bibliográfica, cuyo objetivo consistió en aportar una revisión teórica sobre comorbilidad en personas que presentan como eje de su estructura psicopatológica un trastorno por consumo de sustancias junto con otros trastornos tanto del eje I como el eje II, para en un segundo momento aportar recomendaciones puntuales del proceso de atención de personas identificadas con cuadros co-mórbidos. La investigación se limita a proporcionar pautas de atención.

Para facilitar la comprensión del ejercicio de investigación realizado, se describen las etapas o fases empleadas para la recolección de los datos necesarios y el cumplimiento de los objetivos propuestos:

1. La primera etapa concluyó con la revisión y elaboración de los antecedentes y el marco teórico del presente trabajo, al conglomerar información referente al fenómeno en estudio y proporcionar un punto de partida específico para manejar un lenguaje común respecto a los trastornos estudiados.

Como parte de las actividades de esta fase, la autora indagó en diferentes fuentes de información disponibles en el medio costarricense, se revisaron bases de datos nacionales e internaciones (por ejemplo: las bases de datos del Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Costa Rica y la Biblioteca Nacional de Salud) que contienen material actualizado al respecto, además consultó vía correo electrónico autoridades administrativas y técnicas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (el Director de la Unidad de Investigación del IAFA). Se examinó la información disponible en bibliotecas como la del Hospital Nacional Psiquiátrico, la de la Universidad Católica de Costa Rica y las del Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Costa Rica. En ese mismo sentido, se localizó material bibliográfico disponible en bases de datos electrónicas.

Se integraron en la revisión únicamente documentos que resultaron validos y confiables, en referencia a la fuente de los mismos, los otros textos fueron descartados. La mayor parte de la información proviene de revistas españolas, al ser un país

sumamente preocupado por el tema de las drogodependientes y con importantes iniciativas al respecto, a diferencia de otros países, en los cuales, no existe en programa nacional de tratamiento y los servicios más bien son privados y mediados por aseguradoras.

2. Seguidamente, se revisaron las propuestas de atención recomendadas para personas drogodependientes, además, se analizaron las propuestas de abordaje explícitas para personas con patología dual o comorbilidad. Posteriormente, se registraron puntos en común y divergencias en las diferentes propuestas terapéuticas, señalando coincidencia, vacíos, u otros aspectos de interés.

3. El resultado final de este documento corresponde a una serie de pautas para la atención de personas con patología dual o comorbilidad, teniendo claro las limitaciones y fortalezas del Sistema Nacional de Tratamiento (propuesta logística y técnica del IAFA para cubrir integralmente las necesidades de la población con problemas de drogodependencias, en sus diferentes manifestaciones y grados) para personas drogodependientes. Finalmente, la autora se dedicó a integrar las recomendaciones teóricas, junto con aportes profesionales de su autoría en relación con la atención residencial.

Cabe aclarar que en este estudio, el eje fue recopilar recomendaciones específicas para la atención de personas con cuadros de drogodependencias y comorbilidad, por ello, se seleccionó la información de interés y se organizó de forma que pueda ser útil para los procesos de atención clínica, a diferencia de otras investigaciones, no se realizó un recuento de las publicaciones, en consonancia con el objetivo de investigación planteado.

6. RESULTADOS DE INVESTIGACION

El presente apartado responde a los objetivos planteados inicialmente en esta investigación, ello implica por un lado hacer un recuento de las recomendaciones para la atención de personas con trastornos adictivos y por el otro de personas con comorbilidad, para finalizar con una propuesta de pautas para la atención de personas diagnosticadas con patología dual o comorbilidad psicopatológica.

6.1. ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

Como punto de partida para este apartado del documento, cabe señalar que la autora conceptualiza a las personas con problemas de uso de sustancias, como drogodependientes, de acuerdo con la propuesta española, en contraposición a la nomenclatura “farmacodependientes, o adictos”, por considerarse términos despectivos o poco inclusivos, ya que las personas no solamente desarrollan dependencias a fármacos, sino también a otras sustancias.

Las últimas líneas de trabajo en el campo de estudio, proponen que se plantee “problemas causados por el consumo de drogas”, para de esa forma cubrir desde síntomas físicos molestos relacionados con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, hasta el fallecimiento por una sobredosis u otras complicaciones de salud. (Berruecos, 2001).

Cabe señalar que las personas pueden desarrollar dependencias a elementos diferentes a sustancias, por ejemplo: las compras, el internet, los videos juegos, u otras, (Pascual, 2010); esta revisión bibliográfica se restringe a los planteamientos sobre la dependencia de sustancias o los problemas causados por el consumo de sustancias adictivas únicamente.

La intervención sobre las prácticas de abuso se puede realizar desde dos tipos de programas: los libres de drogas y los de reducción del daño. Los primeros se articulan en torno al fenómeno de la dependencia, y su objetivo es el abandono y fin de la misma. El desarrollo de estos programas en centros no específicos en el tratamiento de adicciones requiere de dos condiciones:

- Tecnología específica para el tratamiento de las drogodependencias, mediante programas integrados, programas de tratamiento en paralelo que realicen el trabajo desde los dos sistemas de atención: el de drogas y el de salud mental.
- Alta motivación para la abstinencia, en un entorno social intransigente con el consumo, apoyos que ofrezcan una alternativa al estilo de vida de las drogas (recuperar hábitos del pasado, amigos, esposa, hijos, etc.), compromiso firme con el tratamiento, circunstancias aversivas, actuaciones co-activas asociadas a la adicción, (Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006).

Como punto de partida, conviene señalar que independientemente del abordaje, el mismo debe responder a una serie de criterios mínimos de atención, necesarios para que el proceso terapéutico sea suficiente y efectivo. Por ello, se transcribe la propuesta de Graña, (1999), quien enumera las siguientes fases y tareas del proceso de tratamiento para personas con drogodependencias e insertos en procesos de recuperación.

De acuerdo con Graña, (1999), como mínimo, los diferentes programas de tratamiento para superar la dependencia de sustancias, deben incluir las siguientes fases o etapas:

La primera fase comprende las tres primeras semanas de tratamiento, cuyos objetivos giran en torno a:

- Superar el síndrome de abstinencia
- Dejar de consumir drogas
- Normalizar el funcionamiento cotidiano
- Romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo de las drogas
- Entrenar a la familia para prevenir el consumo de drogas.

El primero, segundo y tercer mes de tratamiento, conformaría la segunda fase del proceso en curso, con las metas de:

- Mantener la abstinencia inicial
- Plantear y fortalecer el proceso de cambio
- Iniciar la deshabitación psicológica

- Modificar el estilo de vida
- Iniciar la terapia grupal conductual

Desde el tercer mes hasta el noveno, se ubica la tercera fase del proceso de recuperación, con el fin de:

- Fortalecer los aspectos terapéuticos enumerados previamente, continuar con la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida, la terapia de grupo y la familiar.

Las actividades de la etapa de seguimiento, se organizan temporalmente desde el noveno mes hasta los 12 meses, y consiste en:

- Realizar un seguimiento, como mínimo de 3 meses, lo ideal sería hacerlo durante un año.
- Continuar la atención individual de forma intermitente para que la persona aprenda a consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados, (Graña, 1999).

El planteamiento anterior cobra mayor sentido, si se consideran las recomendaciones y aclaraciones del National Institute of Drug Abuse (NIDA), sobre el proceso de atención de dicha patología, al plantearse como principios del tratamiento los siguientes aspectos:

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.

5. Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia conductual, son las formas de tratamiento más común para el abuso de drogas.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia conductual.
8. El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición.
9. Muchas personas con problemas de drogas tienen otros trastornos mentales.
10. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.
12. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento.
13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

El abordaje desde la Psicología y los diversos programas de tratamiento, responde a una visión de las drogodependencias desde un modelo integrador y no moralista, biologista o similar, por ello, se aborda la condición de salud de la persona, desde su

estado de sujeto/a enfermo, lejos de prejuicios o atenciones para-profesionales al margen de datos científicos para respaldar las intervenciones llevadas a cabo, (PRODER, 2002).

Para Becoña y Cortes, (2010), el proceso de la adicción puede explicarse por distintos motivos, entre ellos:

- Refuerzos positivos: como obtener placer, aumentar la euforia, favorecer la desinhibición, aumentar la seguridad, mayores niveles de tranquilidad, y aumentar la productividad, entre otros factores asociados y dependientes del sujeto.
- Refuerzos Negativos: tratar de olvidar conflictos, conseguir alivio de la ansiedad, evitar el cansancio, eliminar el aburrimiento, olvidar los desengaños, mejorar la tolerancia del estrés como sistema de evitación, etc.
- Evolución de relaciones, interacciones, valores subordinados al estilo de vida de consumo, perdiendo progresivamente el control adaptativo de la vida.
- Marcada impulsividad, como rasgo de personalidad y factor de riesgo para el consumo y la dificultad de abstenerse de consumir.
- Hipersusceptibilidad con fuertes actitudes manipuladoras, en el marco de las características de personalidad.

Una propuesta de interés gira en torno a los aportes de Becoña y Cortes, (2007), para quienes el objetivo general de la mayor parte de las intervenciones con personas drogodependientes se orienta a: producir cambios a través de nuevos mecanismos de pensamiento que posibiliten superar la dependencia y modificar el estilo de vida. Mientras los objetivos específicos, comúnmente consisten en:

- Identificar, reestructurar y modificar creencias e ideas irracionales que puedan aumentar el craving o deseo irrefrenable de consumir, por ejemplo:

culpa: “soy un desastre, no sirvo para nada, impotencia; “es imposible resistir, son muchas recaídas, indefensión: “me rindo, no voy a poder, me tientan”.

- Mejorar los estados de afecto negativo (ira, ansiedad, desesperanza) con técnicas racionales y emotivas.
- Modificar las creencias erróneas, refutar las creencias subyacentes y fuerzas situacionales que inciden o preceden al consumo, como asociaciones fallidas del beber alcohol, mitos tales como virilidad, fuerza, sociabilidad, actitudes indulgentes y permisivas.
- Identificar los estímulos y las situaciones que inciten al consumo, por lo tanto situaciones de riesgo.
- Incrementar el repertorio de conductas incompatibles reforzando conductas contingentes a situaciones de riesgo, y conductas de evitación.
- Aprender técnicas de manejo de la ansiedad, de tolerancia a la frustración, y de resistencia a la presión grupal.
- Aprender técnicas de control de impulsos y construir un sistema de controles susceptible de aplicarse para enfrentar los impulsos y consumos fuertes. (Becoña y Cortes, 2007).

Como propuesta teórica de intervención, previa a cualquier abordaje para modificar el estilo de vida de la persona, se recomienda implementar la entrevista motivacional; este es un tipo de entrevista diseñado por Miller y Rollnick en 1991, centrada en la persona, técnica para ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos. Se propone aumentar la conciencia de los/as usuarios/as acerca de sus riesgos y su capacidad para hacer algo al respecto, (Miller, 1999, Di Clemente y Marden, 2002, Hettema, Steele y Miller, 2008).

La motivación se entiende como la fuerza de voluntad para cambiar un hábito o conducta insanos, su mayor motor está en la incomodidad que la persona tiene entre sus acciones y sus deseos o metas (ambivalencia). Se intenta ayudar al paciente a ser más consciente de su situación y sus deseos, de esta forma se le estaría tratando de facilitar el cambio. (Miller, 1999, Di Clemente y Marden, 2002, Hettema, Steele, y Miller, 2008).

El objetivo final es provocar un cambio de comportamiento, para lo cual se trata de superar la ambivalencia emocional, este sentimiento es básicamente la presencia de emociones contrapuestas con respecto al abandono del consumo de sustancias, por ejemplo: “quiero dejar de tener problemas por consumir cocaína, pero sin dejar de consumir cocaína”. (Miller, 1999).

La entrevista motivacional cuenta con una serie de aspectos fundamentales, que son independientes de las técnicas a utilizar, específicamente:

- La motivación hacia el cambio parte del paciente y no se le impone.
- La articulación de la ambivalencia es tarea del paciente y no del terapeuta.
- La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.
- El estilo del/la terapeuta suele ser tranquilo y evocador.
- El/la terapeuta es la directriz que ayuda al paciente a examinar y resolver la ambivalencia.
- La disponibilidad al cambio no es un rasgo del paciente sino que fluctúa en función de la interacción interpersonal.
- La relación terapéutica se asemeja más a la de socios/as o compañeros/as que a la de experto/paciente.

Durante la entrevista motivacional (Miller, 1999), se debe propiciar el rapport y las alianzas terapéuticas, por medio de las siguientes estrategias:

- Expresar empatía. Se debe aceptar incondicionalmente a la persona, sin rechazos ni estigmatizaciones, para lo cual se le debe "escuchar reflexivamente", asegurándole que su ambivalencia (en torno a dejar o no de consumir) es normal y que el tratamiento le ayudará a resolver sus dudas.
- Desarrollar las discrepancias. Es útil propiciar que el/la paciente se de cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual de beber o consumir drogas y las metas importantes.
- Evitar las discusiones-argumentaciones. Son contraproducentes; si se producen, es preferible cambiar de estrategia: ejemplo: "parece que en esto no estamos de acuerdo, busquemos otra forma de verlo. ¿Cómo ve su familia o amigos este problema?".
- No etiquetar al paciente de inmediato. Exceptuando los casos en que el paciente ya se considere dependiente al consultar, es innecesario y a veces contraproducente hacer el diagnóstico de alcohólico o "drogadicto" en la entrevista, pues el proceso posterior de evaluación determinará el grado de dependencia y daños asociados que el paciente presenta. Se debe intentar lograr con la persona un "compromiso colaborativo" inicial para explorar los problemas y pasar así a las etapas de evaluación y tratamiento.
- "Rodar con la resistencia". Más que imponer estrictamente una visión al usuario, se le debe apoyar o invitar a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva hasta el momento no considerada. En ocasiones "rodar con la resistencia" puesta por el paciente, es decir reconocer y reflejarle sus propias objeciones al tratamiento, lo moviliza a criticarlas y buscar soluciones.
- Apoyar la auto-eficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el paciente se haga responsable de realizar lo necesario para lograrlo. Se debe transmitir esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no sea posible cumplir. (Miller, 1999).

De igual forma, Prochaska y Di Clemente (1994) desarrollaron un modelo que delimita las etapas del proceso de cambio, estas van del menor al mayor compromiso:

- Pre-contemplación: no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo, no se percibe ningún problema.
- Contemplación: se es consciente del problema pero aún no se está preparado para iniciar un plan de actuación, se comienza a considerar la resolución del problema.
- Preparación: es similar a un proceso de toma de decisión en la que el individuo comienza a realizar pequeños cambios en dirección a la solución del problema (como por ejemplo evitar discotecas que frecuenta el fin de semana en las que consume cocaína).
- Acción: se realizan modificaciones de conducta y/o ambientales que permiten un período de abstinencia de entre 1 día a 6 meses; los cambios son visibles y suelen recibir reconocimiento del entorno familiar y social.
- Mantenimiento: en esta fase las personas trabajan para prevenir la recaída y consolidar los cambios realizados en la fase de acción, por un período superior a 6 meses.

Para Beck, Wright, Newman y Liese, (1999), las dependencias se explican desde:

- La forma en que las interpretaciones de diferentes situaciones influyen en los sentimientos, las motivaciones y las acciones.
- Las interpretaciones asociadas son moldeadas por las creencias que se activan en las diferentes situaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas.
- Algunas creencias específicas activadas en determinadas situaciones constituyen mayor vulnerabilidad para el abuso de sustancias.

- Ciertas creencias activadas aumentan la probabilidad de consumo de sustancias.
- Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el craving. (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Algunos principios de la relación terapéutica, según los autores citados convergen en:

- Los pacientes con abuso de sustancias frecuentemente no acceden a un tratamiento voluntariamente.
- Los pacientes suelen mantener presuposiciones muy desadaptativas acerca de la terapia.
- Los usuarios no suelen ser muy abiertos o sinceros, al menos al principio de la terapia.
- Los pacientes pueden estar involucrados en actividades delictivas, y por lo tanto, presentarán dilemas de confidencialidad.
- Los/as pacientes opinan que su terapeuta es parte del sistema y no un aliado/a.
- Los/as personas por lo general no creen que el terapeuta se preocupa realmente por sus problemas
- Los/as pacientes miran con recelo al terapeuta, si lo perciben con marcadas diferencias respecto a ellos, en términos de actitudes y otras variables demográficas.
- Los terapeutas pueden hacer presunciones negativas acerca de los pacientes con abuso de drogas. (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Dentro del proceso de atención es fundamental realizar diversas actividades para afianzar la alianza y el proceso en curso:

- Establecer el rapport
- Fomentar la confianza
- Proteger la confidencialidad
- Mantener la credibilidad
- Mantener un espíritu de colaboración
- Resistir la confabulación con el paciente
- Apelar a la autoestima positiva de los pacientes
- Manejar las luchas de poder, (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Para el abordaje del caso, se debe plantear ante el equipo de trabajo, una propuesta integradora, que permita anticipar las dificultades de lidiar con el síndrome de supresión, la falta de estructura del usuario y la plataforma adictiva, por ello, se recomienda considerar durante la atención individual:

- Los datos pertinentes sobre la infancia
- Los problemas personales actuales
- Los esquemas y las creencias nucleares
- Las reglas, las creencias o los supuestos condicionales de la persona
- Las estrategias compensatorias

- Las situaciones vulnerables
- Las creencias y pensamientos automáticos
- Las emociones y las conductas de la persona
- Integración de los datos anteriores, (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

La propuesta de estructura de la sesión terapéutica difiere considerablemente de otros abordajes y es clave para fomentar la adherencia al tratamiento, se recomienda lo siguiente:

- Establecer una agenda de trabajo
- Chequear el estado de ánimo del paciente
- Tender un puente con la última sesión
- Comentar los diferentes puntos de la agenda del día
- Practicar un interrogatorio socrático
- Hacer resúmenes parciales
- Trabajar en la asignación de actividades entre sesiones
- Proporcionar feedback en la sesión de terapia, (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

De acuerdo con esta propuesta, las principales técnicas de terapia cognitiva para esta población consisten en:

- El método socrático: se lleva a los pacientes por medio de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados, por

medio de preguntas, reflexiones, resúmenes e hipótesis para elicitación, examen y refutación de las creencias básicas y los pensamientos automáticos propios de los pacientes. (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

- Asignación de actividades entre sesiones: comprende la realización de técnicas cognitivas y conductuales fuera de las sesiones, que luego serían revisadas con el terapeuta.
- Análisis de ventajas y desventajas: se lleva a la persona a un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de consumir drogas.
- Identificar y modificar las creencias asociadas con la droga: algunas de las posibles creencias asociadas con las drogas y comunes en estas personas son:
 - Trabajo duro y merezco diversión
 - Fumar me relaja
 - Las drogas me hacen más creativo/a
 - Tengo una carrera muy exitosa, así que no es posible que tenga un problema con el alcohol
 - De todas formas, mi vida es un asco, así que las drogas no lo pueden empeorar más.
 - Si dejo de consumir drogas, me deprimiré.
- Re-atribución de responsabilidad: la tendencia de ubicar en el afuera la responsabilidad de la conducta adictiva, puede ser guiada de manera que la persona logre ubicar la responsabilidad de sus conductas en sí mismo y logre modificar sus decisiones.
- Registro diario de pensamientos: en un formato de cinco columnas las personas deben registrar sus principales creencias y las conductas asociadas a ellas.
- Imaginación: se utilizan para ayudar a visualizar el autocontrol, y evitar el abuso de drogas en diferentes situaciones, sean individuales o sociales.

- Programación y control de actividades: en un formato de tabla, la persona anota las actividades diarias y el nivel de placer asociado a cada una de ellas, se puede utilizar con tres fines: diario de actividades que se realizan y cómo se relacionan con el consumo de drogas, guía prospectiva para futuras actividades, programando actividades alternativas lejanas al consumo de drogas, evaluar en qué medida la persona cumple con las actividades programadas.
- Experimentos conductuales: se utilizan para probar la validez de las creencias relacionadas con las drogas y las creencias nucleares de los pacientes. (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Para Martínez, (2011), la propuesta de los autores ha demostrado ser efectiva con personas que presentan trastornos en el eje I y también en el eje II, al comprobarse que cuando el paciente es capaz de identificar y modificar las creencias básicas, también consigue mejoras en diferentes áreas del funcionamiento individual.

De acuerdo con González, (2004), un conjunto de técnicas de interés por emplearse para la modificación del patrón de conducta adictiva, son:

- Técnicas de distracción: son técnicas sencillas que tienen como objetivo distraer al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos”.
- Control y programación de actividades: esta técnica tiene como objetivo modificar los hábitos de la persona en función de sus actividades, mismas que por lo general giran respecto al uso de drogas. Se procede elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con el consumo. Se buscará establecer las actividades que fueron o son de disfrute para la persona, de modo que, pueda programar sus actividades el mismo, lo cual establecerá “fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas”, (González, 2004).
- Entrenamiento en relajación: el entrenamiento en relajación son procedimientos que están enfocados a hacer incompatible el estado de relajación con la ansiedad

o la ira, emociones que pueden propiciar los cravings, por medio del entrenamiento del paciente de modo que el mismo propicie un estado de relajación al enfrentar situaciones de ansiedad o ira, por medio de estrategias como: a) reenfoque con imaginación, b) sustitución por imagen negativa, c) sustitución por imagen positiva, d) repaso mediante imagen, y e) adquirir dominio mediante imaginación. (González, 2004).

- Técnica de detención del pensamiento: cuando el paciente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al consumo y dice "¡Alto!", puede imaginar una señal de alto (como las que uno encontraría en la calle), un semáforo en rojo o cualquier imagen que para él represente la acción de "¡Alto!", de modo que acentúa la detención. Después puede optar por emplear una de las técnicas de distracción (como por ejemplo, centrar la atención en el ambiente o recitar un poema) de modo que pase el craving. (González, 2004).
- Sustitución por imagen negativa: se refiere a la imaginación de una escena negativa acerca de las consecuencias negativas de consumir drogas cuando aparecen los pensamientos que conllevan al craving, así las imágenes "positivas" acerca de la droga serán sustituidas por una imagen acerca de las consecuencias negativas que tiene el último para evitar la conducta de uso.
- Reemplazo por imágenes positivas: se refiere a la sustitución de imágenes negativas referentes al consumo de drogas y a las creencias irracionales como las predicciones negativas, misma que se puede sustituir por una "tarjeta flash", que describa una situación positiva.
- Repaso mediante la imagen: las imágenes se utilizan como medio de "práctica" o repaso de ciertas habilidades adquiridas (por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas) o de la desensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores de craving (por ejemplo, una fiesta en donde le ofrezcan una bebida).

- Dominio mediante la imaginación: implica la repetición y la gestación de una autoimagen poderosa y fuerte, para poder superar los cravings en su imaginación para poderla proyectarla hacia la realidad posteriormente.
- Desensibilización sistemática: es una técnica que emplea la exposición real o imaginaria o los estímulos que producen el craving, por medio de acercamientos sistemáticos a estos, los cuales son reforzados puntualmente, de modo de que la respuesta pierda poder ante dicha situación dado que “la repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad.”
- Auto-instrucciones y autoafirmaciones: se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir realizadas por el mismo sujeto, guiando su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.”
- Discusión de ideas irracionales: técnica basada en la terapia racional emotiva, se tratan de discutir activa y directamente las creencias irracionales que llevan a los pacientes a perturbarse a sí mismos por su adicción, se debaten las distorsiones cognoscitivas del paciente, mismas que se pueden resumir en: extrapolar, “adivinar” el pensamiento de otros, minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo sentimiento de estafa y perfeccionismo.

Para Becoña y Cortes, (2007), algunas técnicas que pueden ser útiles serían:

- Técnica de la Discusión/Analítica (Dialéctica de las ideas, a modo Socrático): se examinan áreas de pensamiento y acción que el paciente ha dejado en segundo plano (pérdidas reales, calidad y efectos en las relaciones interpersonales, en los afectos y emociones). Se trata de que el paciente genere opciones y soluciones (inducción a que sea el paciente quien aprenda y ejecute el modo de cuestionar los sucesos relevantes).
- Asignarse auto refuerzos por los logros: se trata de un descubrimiento guiado a través del “darse cuenta” del paciente de sus patrones de pensamiento y acción

distorsionados. Aprendizaje de nuevas creencias y conductas: con preguntas para probar, experimentar en imaginación, reflexiones, resúmenes e hipótesis que poder elicitar, examinar y refutar, consiguiendo “insight” y toma de decisiones racionales.

- Técnica de programación y control de la actividad: se efectúan actividades con objetivos prosociales (servicios comunitarios, hobbies, etc.), el proceso de control se realiza mediante inventario de actividades.
- Técnica de aprendizaje de habilidades asertivas: se aprenden utilizando entrene en roles, modelado, escucha activa y asertiva, auto verbalizaciones, etc.
- Técnicas de Afrontamiento: se aprenden frases y pensamientos para afrontar situaciones negativas utilizándose auto refuerzos y relajación como respuestas positivas de afrontamiento.
- Técnicas de Resolución de problemas y toma de decisiones: capacita a los pacientes a resolver numerosas situaciones difíciles mediante el aprendizaje del proceso de Resolución de problemas y Toma de Decisiones.
- Técnicas de Prevención de Recaídas: son programas de aprendizaje de autocontrol, para evitar las recaídas. (Becoña y Cortes, 2007).

La principal línea de trabajo en el tema de las drogodependencias y su superación, responde a los resultados positivos obtenidos con este tipo de técnicas, tal y como lo plantean y confirman los datos difundidos por Robert y Ogborne, (1999), quienes realizaron un recuento de diferentes estudios que exponían la eficacia de diversas técnicas psicoterapéuticas.

Graña (1999), brinda una propuesta de atención individual sumamente completa y detallada, en la que propone además de una evaluación conductual de la persona y una visión del sujeto desde las etapas del cambio propuestas por Miller (1999) y revisadas previamente, avanzar en apoyar al usuario con los diversos factores.

Haciendo uso de las técnicas cognitivo conductuales detalladas previamente, apoyar a la persona para que avance en los procesos de deshabitación psicológica y modificación del estilo de vida. Es importante considerar que la atención integral implica propiciar la terapia grupal y familiar de las personas, junto con técnicas diversas como puede ser el arte-terapia, la logoterapia y otras estrategias recomendadas y evaluadas como efectivas.

Como instrumentos susceptibles de ser aplicados durante el proceso de evaluación y previo al ingreso de la personas en las diferentes modalidades de atención (Becoña y Cortes, 2010), para recopilar datos sobre los siguientes aspectos (gravedad de la adicción, problemas agudos durante la intoxicación o la abstinencia, trastornos psicopatológicos distintos a dependencia, estado psicológico de la persona, evaluación neuropsicológica, evaluación de los estadios de cambio), proponen aplicar:

- Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV, (Structured Clinical Interview)
- Composite International Diagnostic Interview
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
- Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders
- Cuestionario de 90 Síntomas Revisado
- Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire)
- Evaluación General del Alcoholismo Crónico
- Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol
- Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina
- Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina

- Índice de Severidad de la Adicción
- EuropASI
- Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos
- Perfil de Adicción del Maudsley
- Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (Drug Abuse Screening Test)
- Cuestionario de Severidad de la Dependencia a Opiáceos (Severity of Opiate Dependence Questionnaire)
- Alcohol Dependence Questionnaire
- Severity of Dependence Scale adaptada al cannabis
- Cannabis Abuse Screening Test
- Abuse of Marijuana Scale
- Cuestionario de Craving de Cocaína (Cocaine Craving Questionnaire)
- Cuestionario de Craving
- Cuestionario de Evaluación del Craving
- El Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas (Drug-Taking Confidence Questionnaire)
- El Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas

Las intervenciones individuales en el campo de las drogodependencias, responden a un diagnóstico certero de las mismas, e intervenciones que de momento se corresponden

con modelos cognitivo conductuales aplicados en casos de consumo activo y reciente abstinencia facilitando así un aumento del autocontrol y prevención de recaídas.

En el siguiente apartado se enumeran las principales reflexiones, recomendaciones y pautas para la atención de cuadros comórbidos, en función de las mejores prácticas clínicas reportadas.

6.2. ABORDAJE DE LA COMORBILIDAD PSICOPATOLOGICA: DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS DEL EJE I Y II.

Tal y como fue señalado previamente, en este documento el “diagnóstico dual” es un término amplio, que indica la presencia simultánea de dos trastornos independientes y que ha sido recientemente utilizado para describir la coexistencia de un trastorno por uso de drogas y un trastorno mental. Al mismo tiempo, se conceptualiza como la coexistencia de dos trastornos independientes que interactúan. Para Montenegro, (2011), la Junta de Andalucía, (sf) y Torrens, (2008), se trata de la coexistencia de problemas de abuso/dependencia de sustancias y otros diagnósticos psiquiátricos, sin consideraciones o revisiones sobre los aspectos de causalidad.

La popularización de este término aumenta los registros y estudios al respecto, siendo posible afirmar que en población con otro trastorno psiquiátrico, el trastorno por uso de sustancias es de alrededor de un 50%, (Saavedra, 2001, Torres, 2011). Por supuesto, estos datos varían de país en país, y en algunos casos permanecen sin clarificar, tal es el caso de Costa Rica, en donde los estudios epidemiológicos aun no facilitan el registro de esta información y los datos de los programas de internamiento a cargo de las ONG´s aún no circulan entre la comunidad científica.

El cuadro clínico en estudio es complejo, el curso y el pronóstico se tornan reservados y la inadecuada atención de las necesidades de la persona, puede derivar en policonsulta en los diferentes servicios de salud, pues las personas con diagnóstico dual o comorbilidad, generalmente difieren en varias características del resto de los consultantes, por ello, llas principales consecuencias de la patología dual o comorbilidad, (Robert, y Ogborne, 1999, Junta de Andalucía, sf), implican en las personas, los prestadores de servicios de salud y los grupos familiares, una serie de condiciones diversas, a saber:

- Enormes dificultades diagnósticas para los equipos de salud.
- Un incremento de los ingresos hospitalarios en las diferentes modalidades de atención y en las dos áreas, con aumento en la incidencia de recaídas y de rehospitalización; por el mismo cuadro sintomático. Indudablemente esto se asocia a un aumento en la

frecuentación de servicios, pues la persona no ve resuelto su problema y aumenta la posibilidad de volverse un/a policonsultante, con el aumento de costos asociado.

- Disminución de las respuestas al tratamiento, pues las estrategias al no ser las adecuadas cada vez se tornan menos y menos efectivas, empeorando la accesibilidad a los recursos de salud, con mayor incumplimiento de los regímenes farmacológicos y otros tratamientos; al generarse dificultades para la adherencia al tratamiento en función de la atención insuficiente. Mayor marginación social, asociada con el estigma, la atención inadecuada y la iatrogenia inherente.
- Gran inestabilidad familiar, derivada de la sintomatología, junto con inestabilidad en su vivienda y la falta de ésta; como resultado del deterioro producto de la drogodependencia, implicando una mayor carga para la familia, en función de las dificultades para el manejo de la enfermedad.
- Un aumento en la incidencia de casos de depresión, suicidio y violencia; en función de los posibles trastornos no abordados y el curso esperado de los mismos, pueden aumentar la ideación suicida, como parte de un cuadro psicopatológico mal atendido, en ocasiones con un aumento de la agresividad y violencia, por parte de la persona en función los síntomas y el deterioro.

Para los prestadores de servicios de salud, es clave comprender esta situación de los usuarios, es posible afirmar que la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es azarosa e independientemente de la hipótesis diagnóstica de preferencia una serie de condiciones de vida de la persona no le han permitido hacer frente a la oferta de sustancias y ello ha derivado en una dependencia, o por el otro lado, los factores de riesgo, genético, familiares u otros, han sido potenciados ambientalmente y la persona desarrolló sintomatología psicopatológica diversa.

Corresponde incorporar y comprender que gran parte de quienes acuden a los servicios de tratamiento presentan en su mayoría patología dual, estos síntomas se acompañan generalmente de alguna otra patología, por lo tanto, es de esperarse y debe valorarse esta posibilidad, antes de asumir y tratar la sintomatología más evidente o únicamente el motivo de consulta del usuario.

Cuando se estudian las condiciones diagnosticas y clínicas de las personas, se ha encontrado una correlación entre ambas situaciones, ya que, un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción y al mismo tiempo, la drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental.

Los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de ello un peor pronóstico en ambos trastornos, en lo anterior coinciden Becoña y Cortés, (2010), Robert, y Ogborne, (1999) y la Junta de Andalucía, (sf), esto implicaría servicios especialmente diseñados para contener la sintomatología, acompañar a la familia y dar esperanza al usuario.

Las condiciones de salud de las personas, pueden verse deterioradas, en tanto, los factores de riesgo aumentan considerablemente, ello implica mayores posibilidades de deterioro en cuanto a la salud y las restantes áreas vitales de la persona. El punto anterior es clave, pues estaría indicando que el tratamiento de la comorbilidad es un atenuante de futuros intentos de autoeliminación en la población meta, lo cual tiene significativas implicaciones no solo clínicas, sino también sociales, y familiares.

Si bien, el consumo de drogas por sí mismo es un trastorno psicopatológico cuando cumple criterios específicos, la relación entre otras enfermedades mentales y los problemas derivados del uso de drogas, es estrecha y comparten aspectos claves.

Parte de la experiencia necesaria para los diagnósticos diferenciales o la discriminación entre la patología, se asocia con que el uso de drogas puede causar síntomas psiquiátricos o imitar síndromes psiquiátricos, pero al mismo tiempo, un trastorno psiquiátrico puede ser iniciado o agravado por el uso de drogas, el consumo de drogas puede enmascarar síntomas y cuadros psiquiátricos, por ejemplo: cuando el

consumo de drogas funciona como automedicación y atenúa malestar emocional específico. Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia de drogas pueden incluir o imitar síntomas psiquiátricos específicos, incluidos: cuadros de angustia, alucinaciones visuales y auditivas. Los trastornos por uso de drogas y otros trastornos psiquiátricos pueden coexistir de manera independiente y los trastornos psiquiátricos pueden imitar las manifestaciones de los trastornos por uso de drogas.

Como aspecto de interés, es necesario resaltar la necesidad de profundizar en el diagnóstico, una persona con una adicción posiblemente acudirá a algún servicio especializado a hablar del tema y se limitará a responder las interrogantes clínicas realizadas, sin indicar la importancia de otra patología, (Becoña y Cortés, 2010). La comprensión y el abordaje de la patología dual, es fundamental es una clínica frecuente en la población de drogodependientes, tiene un impacto significativo en el pronóstico del tratamiento, debido a lo descrito previamente y al solapamiento de la sintomatología y manifestaciones específicas, realizar un buen diagnóstico dual es un paso imprescindible para implementar intervenciones eficaces. (Becoña y Cortés, 2010).

Las manifestaciones clínicas de un trastorno psiquiátrico coexistente pueden ser malinterpretadas como una pobre o incompleta recuperación de un problema por uso de drogas, interfiriendo con la capacidad y motivación del paciente para ingresar a recuperación y para cumplir con las recomendaciones del tratamiento, (Montenegro, 2011).

Parte de las dificultades asociadas con el diagnóstico y atención de estos usuarios, son las similitudes o puntos de convergencia entre las enfermedades mentales y problemas derivados del uso de drogas, tales como: ambos trastornos tienen una base biológica subyacente con posible influencia hereditaria, son trastornos crónicos con posibles recaídas, donde los síntomas deben ser controlados con un manejo y un seguimiento a largo plazo, los síntomas habitualmente incluyen descontrol conductual e inestabilidad emocional, la negación de la enfermedad es común; su reconocimiento y aceptación pueden causar sentimientos de desesperanza, fracaso y vergüenza y por sí sola no necesariamente aseguraría la adherencia al tratamiento. Sin embargo, este último, puede ser iniciado involuntariamente e incluir hasta instancias legales.

Las personas con estas patologías son a menudo marginados familiar y socialmente, el estigma asociado a la dependencia de sustancias como tal, coexistiría con el rechazo social hacia “el loco”, ambos con importantes preocupaciones a nivel individual y familiar; generalmente, en la práctica clínica se demuestra que las familias de las personas aquejadas de estos trastornos están profundamente afectadas, sin embargo, su participación en el tratamiento es crucial, (PIDCAL, 2011).

Para Szerman, Haro, Martínez-Raga, y Casas, (2010), históricamente se han debido superar las siguientes situaciones para avanzar en el tema del diagnóstico y patología dual: la conceptualización de la adicción como enfermedad mental, pues han prevalecido otros modelos y consideraciones, y hasta hace poco se le considera una enfermedad cerebral propiamente dicha, en la cual el circuito cerebral de recompensa está siendo estudiado desde la neuropsicología, como centro del placer y estructura clave en la neuroadaptación, además de los neurotransmisores implicados en el consumo, tolerancia y dependencia de las diferentes drogas.

La existencia de sistemas clínicos separados, por un lado, los de salud mental y por el otro, los de drogodependencias, incrementan el riesgo del “síndrome de la puerta equivocada”, al deambular de una a otra de las opciones de atención sin encontrar y recibir un abordaje integral que diagnostique su patología dual. El desconocimiento de que el efecto de las sustancias no es el mismo en personas sanas que en sujetos que sufren diferentes trastornos psiquiátricos, se asocia con este síndrome.

Confundir o no precisar y diferenciar el diagnóstico de abuso de sustancias con el de dependencia o adicción, representa en los servicios una importante limitación, el proceso siguiente que corresponde al tratamiento estaría destinado a no ser efectivo y aumentar así la desesperanza del usuario y la de la familia.

Algunos puntos de partida para servicios en los que transitan posibles portadores de situaciones de salud potencialmente catalogadas como comorbilidad o patología dual, imprimirán a los diferentes servicios (Junta de Extremadura, sf, Junta de Andalucía, sf), condiciones tales como los propuestos por diferentes instituciones.

En primer lugar, la comorbilidad debe ser esperada y no es una excepción sino un elemento habitual en la clínica de ambos trastornos. Los programas deben estar preparados para detectarla, abordarla precoz y adecuadamente. La valoración para ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible, sin la incorporación de innecesarios periodos de espera o abstinencia, y sin exigir la estabilización psiquiátrica.

Ambos trastornos deben ser considerados primarios cuando coexisten. Cada uno de ellos requiere valoración, diagnóstico y tratamientos específicos y apropiadamente intensivos. La consideración de que uno de los dos trastornos es secundario, aún cuando ello sea evidente, no deberá llevar a minimizarlo o ignorarlo en ningún caso, y se establecerá una respuesta adecuada a su severidad del mismo modo que si fuera primario.

Los criterios de admisión no deben estar diseñados para impedir a los consumidores recibir servicios, sino más bien para promover la aceptación de consumidores en todos los niveles de motivación y preparación y con cualquier combinación de trastornos comórbidos presentes.

Las adicciones y los trastornos mentales severos son crónicos y recidivantes, y deben ser abordados desde una perspectiva longitudinal en la que se da el máximo valor a las relaciones continuadas con el equipo, independientemente de la participación en programas específicos. El tratamiento de trastornos comórbidos complejos debe ser aplicado por profesionales con experiencia en ambos tipos de trastornos. Los casos graves que no puedan tener un tratamiento integrado deberán ser tratados en paralelo por ambas redes.

Los casos que reciban tratamiento en ambas redes deberán ser objeto de un plan terapéutico conjunto elaborado en sesiones clínicas o mediante interconsultas escritas o telefónicas entre los profesionales a cargo, en este sentido, se recomienda asignar un terapeuta de referencia de alguna de las redes, que deberá coordinar las distintas intervenciones terapéuticas. La comunicación entre profesionales de las dos redes que comparten el seguimiento de pacientes (los de drogas y los de salud mental) debe ser fluida y permanente con independencia de los espacios y mecanismos formales de

coordinación. Es necesario evitar que la tarea de integrar los mensajes de ambas redes recaiga sobre el paciente, (Junta de Extremadura, sf, Junta de Andalucía, sf).

Los familiares de los usuarios generalmente padecen cuadros ansioso-depresivos, trastornos adaptativos, conflictos relacionales, codependencia u otras formas de psicopatología. Es fundamental evaluar e intervenir a la familia, para potenciar la principal red de apoyo del usuario/a.

Los procesos de ubicación generalmente siguen los siguientes pasos: los pacientes con trastornos médicos o psiquiátricos graves que requieren medidas para estabilizarse, deben ser atendidos en esos servicios antes de iniciar el tratamiento para la dependencia de sustancias psicoactivas, una vez estabilizados, “el problema de severidad más alto determinará la ubicación inicial”, aunque es posible derivar a otros niveles de acuerdo con evolución.

El tratamiento para estos trastornos incluye: estabilización inicial, participación individual y familiar, psicoeducación y actividades progresivas de rehabilitación a largo plazo, reinserción y seguimiento. (Montenegro, 2011).

Como parte del referente teórico para explicar la patología dual, se plantea diferentes hipótesis de trabajo, algunas señaladas en el marco teórico, no obstante, se revisan nuevamente a modo de reflexión y estructuración de la revisión en curso:

Según el planteamiento de la vulnerabilidad genética, la patología dual es la expresión de factores y sustratos cerebrales comunes, basados en una probable predisposición (diátesis) genética, que actúa como precipitante de ambos cuadros psicopatológicos.

Al proponer que se trata más bien de una vulnerabilidad adquirida (neuroadaptación) se entiende como el resultado de la adaptación de las vías cerebrales del estrés y de la recompensa, sometidas a los efectos del estrés crónico, que se traduce en una mayor vulnerabilidad para ambos trastornos.

Otra hipótesis es la automedicación, una de las teorías conocidas es que las sustancias y sus efectos psicotrópicos se utilizan para hacer frente al sufrimiento

emocional, denominada automedicación. Un ejemplo posible sería la tendencia de las personas con baja actividad dopaminérgica en el córtex prefrontal, y por tanto, con tendencia a la anhedonia, apatía, disforia y comorbilidad psiquiátrica diversa, a buscar drogas que produzcan una corrección a la euforia.

Una explicación paralela es la neurotoxicidad, propuesta como una posible explicación, esta sería el efecto neurotóxico de las drogas sobre el sistema nervioso central, que producen cambios neurobiológicos incrementando la vulnerabilidad para desencadenar trastornos mentales.

Desde la multifactorialidad se explica la patología dual como resultado de una relación compleja entre influencias genéticas y factores del medio ambiente, en las que intervienen fenotipos influenciados genéticamente, como el bajo nivel de respuesta a la sustancia, impulsividad y síndromes ansioso-depresivos, (Montenegro, 2011).

Respecto al diagnóstico y proceso de atención, Szerman, Haro, Martínez-Raga y Casas, (2010), coinciden en que la elevada prevalencia de esta comorbilidad psicopatológica no significa que una cause la otra, incluso si una manifestación, se presenta en primer lugar, pues, establecer causalidad o direccionalidad, es difícil por varias razones, las cuales se resumen en tres escenarios, que no necesariamente son excluyentes:

El abuso de sustancias puede causar en las personas vulnerables uno o más síntomas de otra enfermedad mental, como sucede con el mayor riesgo de psicosis en los que abusan de cannabis. Las distintas manifestaciones de la enfermedad mental, incluso sub-clínicas, conduce al abuso/dependencia de sustancias como una forma de automedicación, como sucede por ejemplo con el uso de tabaco por los sujetos con esquizofrenia que se cree mejora los síntomas de la enfermedad, como la cognición. Ambas manifestaciones de la patología dual pueden originarse en factores y sustratos cerebrales comunes, como vulnerabilidad genética, traumas infantiles precoces y déficit en circuitos y sistemas cerebrales implicados en ambas alteraciones.

Al momento del diagnóstico, se recomienda hacer una cuidadosa revisión de los diferentes aspectos señalados y de las siguientes condiciones:

El fenotipo, o sea la presentación de la enfermedad en la naturaleza, la patología dual es prevalente y se relaciona con el neuro-desarrollo. Igualmente relacionada con interacciones genéticas-medioambientales que actúan como factores de riesgo. La validez del diagnóstico, siguiendo las actuales categorías diagnósticas, ya que solo es posible un diagnóstico de patología dual sindrómico. Respecto a la utilidad del diagnóstico de patología dual, que consiste en identificar necesidades clínicas susceptibles de acción terapéutica, el cual podría orientar una particular aproximación de trabajo, predecir el curso evolutivo y establecer un pronóstico.

El diagnóstico de la patología dual debe ser bidireccional, considerando el tratamiento de “dos enfermedades”, pero un único sujeto. En los servicios de salud mental debe pensarse y explorarse la presencia de abuso o dependencia de sustancias en todas las patologías, incluyendo las drogas integradas culturalmente, como lo son el tabaco, el alcohol y el cannabis sativa. (Szerman, Haro, Martínez-Raga, y Casas, 2010).

Según la Sociedad Americana de Medicina Adictiva (ASAM) citada por Robert, y Ogborne, (1999), los programas para la atención de la comorbilidad pueden dividirse en dos:

Los programas capacitados para diagnóstico dual, cuyo objetivo primario es el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, pero por sus recursos, están en capacidad de atender aquellos pacientes con diagnóstico de otro trastorno mental concurrente, el cual se encuentra en una condición relativamente estable, aunque asociado con problemas de tipo emocional, conductual o cognitivo.

Seguidamente, se ubican los programas ampliados para diagnóstico dual, este tipo de programas, en cambio, están primariamente diseñados para tratar pacientes duales, cuyo trastorno mental concurrente, tiene un curso inestable o discapacitante, añadido a su trastorno por uso de drogas. (Montenegro, 2011).

A nivel nacional, la reflexión sobre los puntos anteriores, lleva a considerar que la mayor parte de los servicios tanto públicos como por parte de las ONG´ s estarían necesariamente ubicadas dentro de los programas capacitados para diagnóstico dual, pues, a nivel de país el tema de la patología dual, aun no se aborda de forma decidida y

concisa, más bien se realizan esfuerzos por afianzar el Sistema Nacional de Tratamiento (IAFA, 2012), y el abordaje de personas con cuadros de comorbilidad se lleva a cabo al margen de protocolos, guías o recomendaciones sistemáticas sobre su atención específica.

Independientemente del perfil poblacional con que se trabaje, existen abordajes específicos recomendados para la atención de las personas con problemas de adicción, es fundamental profundizar aún más en la conceptualización de lo conocido como patología dual, pues algunas consecuencias de esta desatención a nivel de tratamiento individual se manifestarían de la siguiente manera: en los diversos servicios el paciente no sigue las indicaciones terapéuticas, algunos profesionales podrían prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían, en ciertos casos, resultar necesarias, es posible la presencia de errores en la elección de estrategias terapéuticas, se presentan aun bajo vigilancia y en modalidades de tratamiento residencial consumos de drogas aparentemente inexplicables, junto con consumos abusivos de otras drogas diferentes a la que constituye la adicción principal. (Becoña y Cortés, 2010).

Las situaciones anteriores generalmente convergen en el deterioro progresivo de la relación entre paciente y terapeuta; y finalmente, abandono del tratamiento. (Becoña y Cortés, 2010).

La situación anterior, puede ser esclarecida considerando algunos datos considerados certeros respecto a la comorbilidad entre adicciones y otras patologías, puntualmente:

Como ya fue señalado, la concurrencia de trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias es frecuente, en función de las estadísticas revisadas en los antecedentes de la presente investigación, la patología dual se asocia a un peor pronóstico, mayores recaídas, hospitalización, más violencia, más probabilidades de encarcelación, posible mendicidad, mayores complicaciones médicas, y una alta tasa de mortalidad.

La presencia de comorbilidad incrementa tanto la utilización de servicios como los costos, sea cual sea el diagnóstico primario, de ahí la importancia del abordaje temprano de los casos.

Los servicios paralelos se muestran poco efectivos e ineficientes en el abordaje de la patología dual. Son frecuentes las dificultades de accesibilidad, poca adherencia, mensajes contrarios, o criterios restrictivos de inclusión. La atención a través de servicios o programas integrados parece superior a la provisión realizada por redes paralelas. Existen elementos identificables comunes en los modelos de intervención que favorecen el pronóstico y aumentan su eficacia. (Junta de Extremadura, sf).

La comorbilidad en drogodependencias debe esperarse, no siendo una situación clínica excepcional sino habitual, por lo que debe detectarse y abordarse precozmente. Por eso, cada trastorno debe ser valorado y diagnosticado, para desarrollar un tratamiento específico en cada caso. Ningún trastorno debe minimizarse aún tratándose de un trastorno inducido o un efecto esperable por el consumo de la droga. Se deben tratar eficazmente ambos trastornos.

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. Los recursos deben prepararse para abordar a pacientes con diferentes niveles de motivación y diferentes tipologías de patología dual. La naturaleza de la drogadicción y especialmente cuando coexiste con otra psicopatología, necesita abordarse a largo plazo, priorizando el vínculo terapéutico entre paciente y profesionales, porque la adherencia cobra especial relevancia.

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.

La relación terapéutica debe ser la mejor posible, mientras se integra preferiblemente el contacto con familiares y la transparencia con el usuario respecto a su abordaje y proceso de recuperación. (Becoña y Cortés, 2010).

Ahora bien, según la Junta de Extremadura, (sf), algunos indicadores clínicos de la necesidad de un abordaje complejo, diverso y multidisciplinar (especialmente cuando las personas presentan en el eje I una drogodependencia y en el eje II un trastorno de

personalidad) se harán evidentes cuando: el paciente o un conocido informa que siempre se ha comportado de esa manera, y no acepta el régimen terapéutico.

La terapia parece llegar a una interrupción súbita, sin razón aparente. Sobre todo al reducirse los problemas de ansiedad o angustia por los que usualmente consultan, no parecen tener conciencia del efecto de su conducta sobre los demás, expresan voluntad de cambio, pero no siguen las prescripciones, ven los problemas como aspectos fundamentales de su 'yo', les parecen aceptables y naturales.

El tratamiento debe estar guiado por la dualidad patológica de la persona, lo cual se orientaría de la siguiente forma: el diagnóstico dual determinará la posibilidad de intervenir certeramente, lo que influye en la evolución y pronóstico, si bien es cierto que el tratamiento en estos casos es más complejo. Los tratamientos psicosociales son un componente esencial del tratamiento integral, los tratamientos cognitivo-conductuales muestran su utilidad, es eficaz a corto plazo con independencia de la psicopatología concomitante asociada. Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas, como las intervenciones motivacionales, facilitan la reducción del consumo y la mejora de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas. (Becoña y Cortés, 2010).

La Fundación para la investigación sobre la toxicomanía (1997) citada por Robert, y Ogborne, (1999), recomienda los siguientes aspectos para la atención de personas con patología dual.

Se deben mejorar las referencias a otros servicios y la coordinación entre los servicios especializados, verificar la eficacia y la rentabilidad de los dos procesos. Estos deben incluir modelos de gestión de casos entre los actuales organismos de tratamiento de las drogodependencias y los problemas de salud mental.

Es clave limitar o prohibir de manera general los criterios de exclusión de los centros de tratamiento (p. ej., la exclusión de sujetos con problemas de salud mental del tratamiento destinado drogodependencias y a la inversa), salvo los que se justifiquen por hechos o razones prácticas.

Asegurarse que los profesionales de los servicios especializados tanto en alcoholismo y toxicomanía como en salud mental, reciban la formación pertinente respecto a los métodos probados de evaluación, referencia a otros servicios y tratamiento de casos que presenten trastornos concomitantes.

Corroborar que los proveedores de servicios de salud primarios así como el personal de los servicios para personas con discapacidad, servicios sociales y servicios de justicia, reciban la formación pertinente en materia de evaluación, referencias a otros servicios y de tratamiento tanto de las drogodependencias como de la salud mental.

Se sabe que las variables intervinientes en el éxito de la intervención dependen en gran medida de la capacidad del terapeuta para identificar el vínculo entre los diferentes trastornos y la drogodependencia. Sin embargo, esta concomitancia no siempre ha recibido la oportuna atención de los profesionales de los centros de tratamiento, lo que ha generado intervenciones inadecuadas (Lorenzo, Arnaiz y Varela, 1998 citados por Martínez, 2011).

En este mismo sentido, Fernández-Fernández y Touriño-González, (2006) plantean una serie de recomendaciones para mejorar los niveles político y técnico, el abordaje individual, y la gestión de estos servicios, incentivado, apoyado y también supervisado, desde los mecanismos existentes y viables a nivel nacional:

Es urgente contar con un protocolo de evaluación multimodal, con instrumentos para detectar o descartar el problema (cribado), para realizar una evaluación detallada del uso de drogas, así como, una evaluación prospectiva que dibuje la tendencia a lo largo del tiempo, pues se trata de trastornos crónicos.

El abuso de sustancias es un trastorno crónico que cursa con recaídas. Los usuarios frecuentemente reinciden y ciclan entre diversas etapas, especialmente en las más tempranas del tratamiento, como parte natural del proceso de recuperación. Antes de conseguir que la motivación esté presente, las intervenciones motivacionales son más apropiadas que las dirigidas al cambio directamente.

Es necesario revisar los procesos del cumplimiento, identificar los modos en que se manifiesta la baja adherencia, analizar sus efectos en el paciente, la familia, profesionales y prestar gran atención a las acciones que los terapeutas pueden realizar para motivar a sus pacientes, desde una llamada telefónica inicial hasta el seguimiento posterior al egreso.

Generar entornos libres de drogas: dentro de los propios dispositivos de rehabilitación estableciendo una normativa clara de mutuo respeto, comprometiendo a los usuarios con esta normativa, y realizando análisis toxicológicos periódicos como parte del plan individual de tratamiento.

La intervención familiar es uno de los pilares del tratamiento. Puede ser unifamiliar (si la situación familiar es más compleja) o bien en grupos multifamiliares utilizando programas psicoeducativos, con el objetivo de preparar y motivar a los pacientes mediante la información de conceptos de prevención de recaídas en el uso de drogas. Las opciones de tratamiento basadas en la comunidad deben fomentar la participación de la familia en el proceso terapéutico, informando y orientando a los padres/madres de familia, amigos si los hay y otros actores significativos, puesto que tienen un rol fundamental en el logro y mantenimiento del éxito del tratamiento y la reintegración social.

Ofertar servicios que cubran necesidades básicas de los usuarios, como por ejemplo integración laboral o una alternativa residencial, muy indicada para personas sin hogar y consumidores muy deteriorados. Las residencias pueden lograr claras y óptimas condiciones bajo las cuales la ganancia puede ser segura y provee las necesarias condiciones para la recuperación: un alojamiento estable y un espacio físico actual en el que las redes sociales de personas que no usan drogas puedan crecer.

Los servicios de tratamiento de la dependencia de drogas deben integrarse, hasta donde sea posible, en las clínicas y establecimientos del sistema de salud, para evitar que los dependientes de drogas sean segregados de los demás pacientes. Los gobiernos deberían procurar un adecuado financiamiento de los programas de tratamiento de la dependencia de drogas, buscando que éstos tengan la mejor calidad, accesibilidad y cobertura posibles. (Montenegro, 2011).

Deben desarrollarse unidades de atención para complicaciones agudas del consumo, especialmente para el manejo de la intoxicación y el síndrome de abstinencia; dichas unidades son insuficientes de manera aislada, pero constituyen un apoyo valioso en diversos momentos dentro de cualquier estrategia de tratamiento.

El equipo a cargo de estas personas, no puede ser profesional de cualquier tipo, sin embargo, en la práctica, desde las diversas modalidades de atención en nuestro país, los usuarios entran en contacto con diversos profesionales, quienes a su vez cuentan con niveles formativos desiguales y más o menos cercanos al tema que nos ocupa, por ello es fundamental lo siguiente:

Las competencias del personal a cargo del tratamiento deben estar garantizadas por procedimientos sistemáticos de selección, y verse fortalecidas a través de programas de formación específica y cursos de actualización para personal profesional y no-profesional. Los servicios de tratamiento deben, contar preferiblemente un equipo multidisciplinario capaz de atender las diversas necesidades de la población citada.

Deben elaborarse e implementarse estrategias de supervisión, monitoreo y evaluación constante de los programas de tratamiento, tanto de su estructura y funcionamiento, como de su eficacia, cobertura y costo-beneficio, para mejorar continuamente la calidad y adecuación de los servicios.

La organización de los servicios de tratamiento debe basarse en un sistema de información confiable, actualizado y ágil, que incluya el registro de los diagnósticos y necesidades clínicas de los pacientes, así como el monitoreo y seguimiento de los cambios que se produzcan en los síntomas y su evolución, para evaluar los resultados obtenidos con las intervenciones terapéuticas. (Montenegro, 2011).

La oferta de servicios en este campo, conlleva un proceso de planificación importante, que implica anticipar desde lo general hasta lo más específico, las necesidades de las personas, y de forma clara, el perfil del personal de salud con condiciones y capacidades para atender a las personas aquejadas por la comorbilidad.

Los intentos de clasificación de la patología dual, se han orientado de la siguiente forma:

La primera, hace referencia al momento temporal en que aparecen ambos trastornos y está caracterizada por utilizar los términos “primario – secundario” para explicar la relación de causa efecto entre ambos trastornos, entendiendo que el primer trastorno es independiente del segundo, (Becoña y Cortés, 2010).

Se indica que un trastorno primario, es aquel utilizado para denominar los trastornos que no son inducidos por sustancias ni derivados de una enfermedad médica (por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o un trastorno de la personalidad). La distinción de esta psicopatología vendría dada porque:

- Los síntomas del trastorno psicopatológico aparecen antes del inicio del consumo de drogas, es recomendable identificar la relación temporal entre la psicopatología y el uso de drogas para determinar si el inicio de la psicopatología está claramente vinculado al consumo de una droga o no.
- La psicopatología persiste después de cuatro semanas de que se produjera la intoxicación o abstinencia, establecer una cronología de los trastornos para saber en qué momento aparece contribuye con este aspecto.
- La psicopatología es excesiva con respecto a la esperable según la cantidad y tipo de sustancia consumida
- Existen episodios previos no vinculados con el consumo de sustancias. Diferenciar si los síntomas aparecen habitualmente durante la intoxicación o abstinencia del consumo o se trata de síntomas inducidos sería revelador en este sentido.

Para Montenegro, (2011), corresponde sospechar de un trastorno mental primario cuando:

- El trastorno mental precede al consumo de drogas.

- Las manifestaciones psiquiátricas no se acompañan de síntomas físicos característicos de intoxicación o abstinencia.
- El trastorno mental persiste después de varias semanas de abstinencia. Por consenso se recomienda esperar un mínimo de cuatro semanas de abstinencia absoluta en el consumo de sustancias, para valorar si la persistencia de los síntomas no son debidos a la droga.
- Los síntomas psiquiátricos que presenta el paciente son claramente excesivos, en relación con lo que cabría esperar por el tipo, la cantidad de sustancia utilizada o la duración de su uso.
- Existen antecedentes familiares de tipo psiquiátrico.
- El paciente necesita usar dosis altas de fármacos para obtener un alivio de los síntomas. (Montenegro, 2011).

Se plantean los efectos esperados, para hacer referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia de sustancias. En ocasiones, los síntomas de cada intoxicación o abstinencia por drogas son idénticos a los que presenta la psicopatología primaria, lo que puede llevar a un error clínico, (Becoña y Cortés, 2010).

Se considera un trastorno *inducido por sustancias*, si los síntomas considerados excesivos en relación ha como se presentan por intoxicación o abstinencia de la sustancia; se trata de aquellos casos en que:

- Se cumplen los criterios para el trastorno según el DSM-IV-TR la psicopatología aparece en un periodo de consumo de sustancia o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo, como por ejemplo algunos cuadros psicóticos, pues las drogas pueden provocar síntomas idénticos a los del trastorno evaluado.
- Los síntomas descritos son claramente excesivos de acuerdo con lo esperado por la intoxicación o abstinencia del consumo de esa droga.

- Cuando los síntomas duran más de cuatro semanas después de terminar el consumo, deben considerarse síntomas de un trastorno mental independiente no inducido por el consumo o de un trastorno persistente inducido por sustancias. (Becoña y Cortés, 2010).

En el marco de los procesos de evaluación psicológica con fines diagnósticos, algunos indicadores reconocidos de que la psicopatología es independiente del consumo de drogas, son:

- La psicopatología ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias
- Los síntomas y problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan las personas que muestran abuso o dependencia de drogas.
- Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido.
- La existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- El fracaso terapéutico, tanto en reducir la conducta adictiva como con otros trastornos psiquiátricos.
- Pueden observarse también efectos secundarios excesivos del uso de fármacos tras un período de abstinencia, respuesta inexistente cuando se trata de un trastorno no inducido. (Becoña y Cortés, 2010).

Además, para Montenegro, (2011), es posible proponer un trastorno mental secundario al consumo de drogas, si se observa:

- Una rápida respuesta de las manifestaciones psiquiátricas al tratamiento farmacológico.
- Excesiva sensibilidad a los psicofármacos.

- La aparición de efectos secundarios con dosis bajas de psicofármacos.
- Fracaso terapéutico en reducir la adicción, cuando el enfermo es atendido en dispositivos de salud mental. Montenegro, (2011).

Algunos de los instrumentos de evaluación recomendados por Becoña y Cortes, (2010), con estos fines serían:

- Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression,
- Inventario para la Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory I)
- Escala de depresión de Montgomery-Asberg
- Escala Auto-aplicada para la Medida de la Depresión de Zung
- Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale)
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Stait-Trait Anxiety Inventory,
- Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale)
- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale)
- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation)
- Escala de Desesperanza (Beck Hopelessness Scale)
- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV
- Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (International Personality

- Disorder Examination, IPDE;
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado
- Cuestionario Exploratorio de la Personalidad
- Inventario NEO de Personalidad - Revisado (NEO-PIR, Costa y McCrae, 1992)
- El Cuestionario Big Five
- Inventario del Temperamento y Carácter Revisado
- La Escala de Comportamiento del Sistema Frontal (Frontal System Behavior Scale)
- El Cuestionario Disejecutivo (Dysexecutive Questionnaire)
- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island
- SOCRATES (Stages of Change and Treatment Eagerness Scales; Miller y Tonigan, 1996).
- Cuestionario de Preparación para el Cambio (Readiness to Change Questionnaire)
- Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV
- Structured Clinical Interview for DSM-IV
- IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad)

Otra de las posibilidades de trabajo para iniciar los procesos de tratamiento, fue revisada en el marco teórico, pero por la importancia que reviste para establecer lo que

llamaríamos “cuadrantes de atención” considerando la severidad de los problemas de la población, al relacionarlos con el trastorno adictivo, y el trastorno mental concomitante; se precede nuevamente a profundizar en estos datos.

El primero de ellos se asociaría con una leve psicopatología y una dependencia grave, es decir, trastornos psiquiátricos poco severos y no persistentes. Se incluyen los trastornos psiquiátricos inducidos y exacerbados por consumo de sustancias e incluye, los trastornos por ansiedad, ataques de pánico, depresión o hipomanía, psicosis o confusión, trastorno por estrés postraumático, tentativa de suicidio, síntomas ligados a la desaparición o prescripción de medicamentos y trastornos de personalidad.

En un segundo grupo, se ubican las personas con grave psicopatología, y una dependencia leve, se incluyen aquí las personas con esquizofrenia, trastorno afectivo mayor con psicosis y trastorno por estrés postraumático severo.

En el tercer cuadrante se agrupan las personas con una grave psicopatología, y una grave dependencia de sustancias; se incluyen enfermos con trastornos psicopatológicos similares a los del segundo grupo y drogodependientes graves, este grupo requiere tratamiento específico para ambos trastornos y debe incluir la abstinencia, la cual mejoraría el trastorno psiquiátrico.

En el cuarto grupo se encuentran las personas con una psicopatología leve y una dependencia de sustancias también leve, incluye personas en tratamiento ambulatorio y que presentan una combinación de síntomas de la esfera depresiva y/o conflictos familiares, junto con trastornos por abuso o dependencia no severos. (Junta de Andalucía, *sf* y Saavedra, 2001).

Los objetivos terapéuticos específicos en patología dual, según los diferentes tipos de comorbilidad están necesariamente supeditados a variaciones y ajustes en función de la persona específica que recibirá el tratamiento, sin embargo, en términos generales, se pueden plantear los siguientes:

- Hacer un diagnóstico integral de la condición dual y del grado de compromiso biopsicosocial del paciente y su familia.

- Estabilizar y/o resolver los cuadros clínicos agudos y/o urgentes tanto de la patología psiquiátrica como los derivados del consumo de drogas o de la abstinencia de la misma.
- Estructurar un plan individualizado de tratamiento, que contemple intervenciones sobre los factores personales, familiares y ambientales que puedan influir en la descompensación del paciente.
- Resolver problemas de salud general, facilitar el inicio y la mantención del proceso de rehabilitación, estimulando la adherencia al tratamiento a largo plazo.
- Disminuir los efectos colaterales de los medicamentos y la exposición a conductas de riesgo y de recaídas de la patología dual a lo largo del tiempo.
- Ayudar y orientar al paciente y su familia en relación a los aspectos legales, laborales y sociales de la dualidad. (Montenegro, 2011).

Para la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, (2003), en este sentido, es preciso mejorar los servicios y los resultados obtenidos con esta población. Pese a ello, se cuenta con pocas investigaciones y pruebas clínicas respecto del tratamiento eficaz y el cuidado de las personas con patologías asociadas al abuso de sustancias psicoactivas.

Montenegro, (2010), integrando diferentes propuestas, recomienda estructurar la atención en fases o etapas, la primera fase I correspondería al inicio del proceso, la necesidad de establecer un compromiso terapéutico y evaluar a la persona en cuestión. Es fundamental entonces trabajar en los siguientes aspectos:

- Detectar los signos clínicos de trastornos mentales en las personas que buscan tratamiento por problemas de drogas. Apoyándose en instrumentos validos y fiables para la evaluación, que puedan ser administrados por personal de salud con diferentes rangos de formación.

- Evaluar clara y detalladamente el consumo de sustancias (tipo de sustancia, patrón de uso, historia de consumo) y su relación con el trastorno psiquiátrico comórbido, así como de su influencia en la intensidad de los síntomas y en la adherencia al tratamiento.
- Valorar las consecuencias del consumo en las distintas áreas del funcionamiento cotidiano de la persona, explorar las relaciones sociales, el ámbito laboral, el ocio, etc.
- Detectar los riesgos asociados al consumo, como la auto/heteroagresividad o la posible infección y transmisión de infecciones.
- Analizar la motivación para el cambio y los objetivos de la persona relacionados con el abandono o disminución del consumo de drogas.

Lo anterior con el fin de hacer un inventario de áreas problemáticas, limitaciones y recursos, evaluar el grado de disposición al cambio y aspectos relativos a la evolución de los trastornos, redes de apoyo familiar y comunitarios, que permiten orientar decisiones acerca de la ubicación del paciente en un nivel de atención determinado.

Durante el proceso de evaluación señalado, interesa entonces considerar, diferentes elementos que podrían agruparse en áreas o dimensiones -(Montenegro, 2010)- por ejemplo:

- Antecedentes personales y familiares: se deben recopilar datos de familiares, relativos a la cultura, el lenguaje materno, la orientación sexual y el género; la historia de eventos traumáticos, el estado civil, los aspectos legales y financieros de la persona; la salud, el nivel de educación, la vivienda y las condiciones de la misma, fortalezas y recursos individuales, condición laboral, entre otras.
- Uso de drogas: es clave explorar la edad de inicio del consumo, el tipo o tipos de droga/s consumidas actualmente y en el pasado, el patrón de consumo (signos de abuso o dependencia) y los antecedentes de tratamiento, identificar eventuales períodos de abstinencia de 30 días ó más, para estudiar dichos periodos.

- Problemas psicopatológicos: debe indagarse la historia personal y familiar (diagnósticos, hospitalización u otros tratamientos), diagnóstico y síntomas actuales, medicación, adherencia al tratamiento, posibles períodos de estabilidad mental y la relación con problemas por uso de drogas durante estos períodos.

Se ha registrado una paradoja en la atención clínica, que funciona de la siguiente manera: al parecer muchos clínicos sobrediagnostican trastornos psiquiátricos en personas que abusan de sustancias, mientras que el abuso de drogas no se identifica habitualmente entre pacientes psiquiátricos. Las probabilidades de que la persona no reciba la atención que necesita aumenta conforme la oferta se segmenta.

Los procesos de evaluación en patología dual, idealmente deben ser guiados sistemáticamente: debe rastrearse detalladamente la historia toxicológica del paciente. Igualmente sucede con algunos síntomas derivados del efecto secundario de la toxicidad de fármacos, que podría inducir a error en el diagnóstico dual en drogodependencias si no se identifican debidamente. (Becoña y Cortés, 2010).

Los principios, que de acuerdo a la opinión de los expertos (Becoña y Cortés, 2010, Montenegro, 2011), pueden aplicarse al tratamiento de los pacientes con patología dual están enmarcados dentro de los ya explicados, sin embargo hay algunos condicionantes que merecen ser resaltados, por la importancia que revisten para el mejor abordaje de las personas. En relación con logros de objetivos a ser fomentados en el paciente dual a través de la intervención terapéutica, destacan:

- Aceptar que padece una enfermedad mental.
- Admitir el impacto que tiene el uso de drogas en la evolución y el control (o descontrol) de su enfermedad mental (conciencia de consumo perjudicial).
- Identificar lo “normal” y su opuesto en cuanto a los pensamientos, las conductas y los sentimientos.
- Diferenciar entre uso de medicación como tratamiento y el uso de drogas.

- Modificar las respuestas negativas del paciente, los familiares y la comunidad, ante los síntomas que acompañan la enfermedad.
- Evitar la colocación y permanencia del paciente en el rol de víctima, la autoeficacia y autocontrol figuran como ejes del tratamiento para potenciar la acción y el mantenimiento respecto al consumo de sustancias.
- Manejar adecuadamente las recaídas, así como la reaparición de los síntomas psiquiátricos.
- Confrontar las ideas suicidas y autodescalificadoras. (Montenegro, 2011).

Como parte de las herramientas recomendadas para llevar a la práctica los objetivos previos, Fernández-Fernández y Touriño-González, (2006), como parte del abordaje individual, consideran clave prestar atención a varios elementos:

Emplear el enfoque motivacional y el tratamiento por etapas: la recuperación del trastorno dual es un proceso longitudinal que puede durar varios años. Comprender esta cualidad del proceso longitudinal puede evitar crear expectativas poco realistas y ofrecer intervenciones para las que el usuario aún no está preparado. La experiencia de los clínicos y de los propios usuarios indica que las personas se recuperan de un trastorno por uso de sustancias con una secuencia habitual:

- Inician el enganche en algún tipo de relación terapéutica.
- Se va desarrollando la motivación para moderar o eliminar el uso de drogas.
- Adoptan estrategias de cambio activas para poder controlar el uso de drogas o conseguir la abstinencia.
- Su esfuerzo se dirige a intentar mantener los cambios realizados y a construir apoyos para prevenir recaídas, (Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006).

Dentro de los problemas para incorporarse a los servicios de atención, el acceso a tratamiento para las personas con patología dual suele estar interferido, tanto por las dificultades inherentes a su condición clínica o como resultado de la intervención de factores externos, especialmente lo referente a la existencia de conflictos, limitaciones y contradicciones entre los distintos enfoques filosóficos sobre el tratamiento, tanto en los sistemas de atención en salud mental, como en el campo del tratamiento para problemas de drogas.

El mal manejo de los síntomas suele ser un problema histórico, pues, cuando un paciente en tratamiento para problemas por uso de drogas presenta síntomas psiquiátricos, dichos síntomas suelen: no ser identificados adecuadamente, o son identificados pero interpretados erróneamente como un efecto tóxico o un comportamiento “acting-out”, identificados adecuadamente y referidos a un programa de salud mental, sin el seguimiento del trastorno por uso de sustancias necesario.

Muchas personas han recibido durante años un tratamiento, pero este es inadecuado, por ello, el diagnóstico erróneo, el rechazo, la falla en el reconocimiento o la derivación automática de los pacientes con patología dual puede resultar en un tratamiento inadecuado, quedando el paciente entre las grietas o fracturas de los sistemas de tratamiento, (Torrens, 2011).

A nivel de atención individual (Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006), es recomendable que el profesional en psicología considere las siguientes premisas y puntos de partida:

- El profesional puede ser un aliado del usuario consumidor; el estilo no tiene que ser la confrontación.
- Preparar un abordaje a largo plazo, saber esperar y preparar a la familia.
- Llegar a acuerdos (por escrito) sobre los plazos, las actividades, los refuerzos y los costos de respuesta con el usuario y la familia.

- En el peor de los casos, buscar objetivos alternativos a la abstinencia: reducción del daño, modalidad terapéutica paralela a la libre de consumo de drogas.
- Informar al usuario de la normativa legal en cuanto al uso de sustancias psicoactivas y hacerla cumplir.
- No expulsar definitivamente a la personas por prácticas de abuso. En casos de reiterados retos al dispositivo, recurrir a suspensiones temporales manteniendo algún contacto (telefónico, visita domiciliaria, etc.), para futura recaptación.
- Mantener un registro longitudinal de las prácticas de consumo de la persona con el mismo instrumento de medición.
- Control del dinero: si se controla el dinero y sus fuentes de ingreso se controla también el consumo. A menudo la falta de financiación está sosteniendo la abstinencia.
- Establecer la asociación del consumo con consecuencias aversivas o utilizar estrategias co-activas (junto con la familia, el sistema judicial, médico, etc.).
- Promoción de grupos de ocio alternativos al consumo socialmente activo. (Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006).

El papel del o la profesional en psicología es clave dentro del equipo, pues los procesos de atención individual recaen principalmente en esta disciplina, como eje del proceso de recuperación y deshabituación psicológica, ampliamente relacionado con el condicionamiento previo y establecimiento de hábitos poco saludables y reforzados previamente por el consumo de las sustancias y efectos reforzadores del patrón habitual.

Sin embargo, pese a los esfuerzos individuales o de varios equipos, las deficiencias de los sistemas de atención pueden hacerse presentes, el sistema de tratamiento en sí mismo puede bloquear los esfuerzos de algunas personas para conseguir tratamiento oportuno, apropiado e integral, al abordar sólo aspectos aislados de su problema global, a menos que el tratamiento sea coordinado entre los distintos servicios, incluyendo los de

tratamiento para problemas de drogas, salud mental, servicios sociales y de salud en general. (SAMHSA, 1994 citado por Montenegro, 2011).

Es conocido y fue señalado que los tratamientos integrados para pacientes duales muestran mayor eficacia que los de tipo secuencial o paralelo, pues los primeros comparten por lo general las siguientes características: son servicios de extensión dinámicos que atraen a las personas a solicitar tratamiento y resolver las inquietudes apremiantes de orden social y clínico; gestionan a lo interno los casos; realizan Intervenciones de grupo (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales); hay énfasis en el reforzamiento de la motivación para someterse a tratamiento; se alienta la adopción de una perspectiva a largo plazo reconociendo la naturaleza crónica de los problemas, se aplican frecuentemente estrategias conductuales, intervenciones familiares y oportunas de acuerdo a la disposición para cambiar del individuo. Pero en los tres casos, es recomendable, considerar e integrar diferentes factores:

- Incorporar el enfoque de género al tratamiento, propuesta acompañada a nivel de país desde la rectoría del Instituto Nacional de las Mujeres, instancia que actualmente lucha por el posicionamiento de los derechos de esta población y ha emitido recientemente la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, (2007 - 2017).
- Aportar seguridad al paciente, considerando la posible presencia del Trastorno de Estrés Post Traumático, en este sentido las últimas líneas de tratamiento señalan que la técnica EMDR es más efectiva para estos casos.
- Pese a la importancia de la alianza terapéutica, el enganche y mantenimiento del tratamiento, es necesario evitar la excesiva dependencia del paciente respecto al/la terapeuta.
- Se recomienda un nivel de confrontación bajo, enfocándose en la motivación para el cambio y la entrevista motivacional.
- Debido al deterioro en el funcionamiento social, es imprescindible incorporar un componente de soporte social al tratamiento.

- Deben incorporarse intervenciones específicas para cada patología en el diseño del plan de tratamiento. En los casos de patología dual con enfermedad mental severa, es necesario:
 - Determinar criterios de inclusión, lo cual implica elevada dedicación y consumo de recursos.
 - Priorizar el concepto/diagnóstico de consumo perjudicial.
 - Insistir en el desarrollo de habilidades sociales, que faciliten la integración del paciente en la red social.
 - Fomentar rol activo de los pares en el tratamiento. (Montenegro, 2011).

El compromiso con el tratamiento, se refiere al proceso de iniciar y mantener la participación en el tratamiento e incluye todas aquellas intervenciones que tienen por objetivo facilitar el contacto y la entrada del paciente al programa de tratamiento, las cuales dependen de las características del cuadro clínico, en este aspecto la entrevista motivacional es una excelente herramienta para estimar el proceso de cambio del paciente y fomentar que transite por las diferentes etapas, favoreciendo la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento.

El servicio ofertado a la población en estudio requiere garantizar la integralidad, por ejemplo: un programa para atender patología dual debe incluir un “continuum” de atención, que incluya no solo los componentes de salud mental y tratamiento de drogas, sino también una serie de intervenciones “colaborativas” integradas, que contribuyan a:

- Comprometer al paciente en el tratamiento
- Atender diferentes grados de severidad y discapacidad
- Atender diferentes grados de motivación y cumplimiento con el tratamiento

- Apoyar las distintas fases del tratamiento. (Montenegro, 2011).

Datos de investigación indican que cuando los equipos de trabajo se encuentran consolidados y bien capacitados en drogodependencias y psicopatología, el éxito del tratamiento aumenta.

Para Torrens, (2008), actualmente desde la perspectiva clínica y terapéutica, se plantean diversos retos sobre la patología dual o comorbilidad:

- Debe hacerse frente a pacientes complejos, con patologías médicas, psiquiátricas, y adictivas, que deambulan entre diferentes sistemas de atención.
- Es un reto también social, pues los usuarios tienden a ser estigmatizados por su “doble” patología, pero pueden añadirse infecciones como el VIH/SIDA o hepatitis que agregan mayor estigma al usuario.
- Es un desafío a los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, que de momento deben dar cuenta de esta comorbilidad.
- La incipiente formación de los profesionales de ambas redes, la escasez de instrumentos clínicos adecuados, la existencia de medicamentos que aun se encuentran en proceso de ensayo terapéutico, son parte del desafío.

Sin lugar a dudas, la comorbilidad y los temas revisados en este apartado son una incógnita para la psicología clínica y demás disciplinas que aportan al conocimiento del fenómeno. La atención ética y decidida de los usuarios en apego a las recomendaciones de última línea y con evidencias científicas, parece ser el mejor camino para dilucidar las necesidades de la población e ir categorizando las mejoras prácticas en este campo.

6.3. PAUTAS DE ATENCION PARA PERSONAS DROGODEPENDIENTES CON COMORBILIDAD PSICOPATOLOGICA.

La presente propuesta parte de las recomendaciones y reflexiones teóricas del apartado previo, para esbozar una serie de consideraciones generales sobre el tratamiento de las personas con comorbilidad psicopatológica, en la que se pueden encontrar el consumo de sustancias psicoactivas junto con algún otro trastorno psíquico. Debido a la complejidad de los diferentes trastornos del eje I y el eje II, así como el incipiente trabajo a nivel nacional en este tema, no se profundiza en algún cuadro clínico en específico (ansiedad, depresión, trastornos de personalidad), por el contrario, se brindan pautas generales, para favorecer la acogida de las personas en los diferentes servicios.

A nivel de políticas, programas, proyectos y servicios, es recomendable considerar las siguientes reflexiones y recomendaciones:

Los diferentes programas de atención para personas con problemas de drogodependencias deben considerar la alta posibilidad de recibir y atender a la una persona con comorbilidad psiquiátrica (la prevalencia se estima en 50% de los usuarios), trátase de trastornos del eje I o II, ello hace necesario revisar la planificación de los programas e incluir en los diferentes componentes las consideraciones necesarias, desde los planteamientos teóricos relevantes, hasta aspectos de atención como la medicación específica para trastornos ansiosos, depresivos o cuadros psicóticos, entre otros.

Los servicios deben incluir preferiblemente un equipo multidisciplinario (Psicología Clínica, Psiquiatría, Medicina general, Trabajo Social, Nutrición, Terapia ocupacional, entre otros profesionales) y de no ser así, la posibilidad real de consultar en el sistema de salud más cercano, en el entendido de que las personas requieren atención específica, de las más frecuentes serían Psiquiatría y Nutrición. Este tipo de alianzas pueden establecerse mediante convenios, cartas de entendimiento, reuniones formales, o reuniones esporádicas. Siempre y cuando se consoliden redes de atención para las personas que lo requieren y cuando lo requieren.

A nivel de alternativas de atención residencial, específicamente las Organizaciones no Gubernamentales u alternativas de tratamiento ambulatorio (Clínicas de desintoxicación) o internamiento de otra naturaleza:

Los servicios deben estar preparados para captar a los usuarios- contando con las condiciones básicas desde el espacio físico hasta el personal de salud- que eventualmente podrían manifestar síntomas psicopatológicos diversos como intentos de autoeliminación, cuadros de disociación, ataques de pánico, alucinaciones visuales y auditivas, así como, poca adherencia al tratamiento y relaciones interpersonales conflictivas, entre otros.

El adecuado registro y seguimiento de los casos, permitirá al personal de las diferentes modalidades de apoyo a esta población, el manejo de datos sobre ingresos y egresos, así como los diagnósticos y la evolución de los mismos en el tiempo.

Un seguimiento después del egreso, con fines de registro o bien evaluación de resultados sería conveniente, realizar contacto telefónico o personal para constatar el estado de salud de la persona y su nivel de funcionalidad o deterioro es una actividad fundamental. Estos datos también deberían ser corroborados por algún familiar considerado un buen/a informante.

A partir de los registros específicos para comorbilidad, conviene generar una base de datos y estadísticas puntuales para dar seguimiento longitudinal a las personas con los diferentes diagnósticos y las manifestaciones del mismo, esto facilitaría un panorama de país, valorar las necesidades reales de tratamiento y estimar los programas y servicios mínimos para impactar positivamente la población meta.

Se debe confirmar que la persona está ubicada en el servicio correcto y se dispone de los recursos mínimos para contenerla en caso de presentar alguna crisis, pues de lo contrario se estaría favoreciendo el deterioro y un mal pronóstico de la enfermedad.

Para cada persona debe promoverse e implementarse un abordaje integral, un diagnóstico detallado, la discusión en equipo de los datos disponibles, un plan de

tratamiento desarrollado junto con el usuario/a, y de ser posible discutirlo con otros profesionales de planta o invitados (expertos) como interlocutores.

Es primordial delimitar si la persona presenta policonsumo, pues, esta condición demandará del equipo de trabajo mayor experticia en el campo, ya que el deterioro en todas las áreas de la persona puede ser mayor y el cuadro clínico más confuso.

Los/as profesionales en Psicología a cargo de los diferentes usuarios que consultan por consumo de drogas, deberán tener presentes e implementar los siguientes aspectos, con el fin de mejorar el tratamiento de las personas, procurar aportes claves al equipo de trabajo y mejorar la calidad de vida de las personas con la patología en estudio:

El criterio de la recaída como aspecto como limitar el reingreso de la persona al servicio específico debe ser cuestionado, pues de acuerdo con los planteamientos del proceso de cambio y la entrevista motivacional, los deslices y las recaídas son parte del proceso de recuperación y deben incorporarse efectivamente al tratamiento. La posibilidad de que un paciente con comorbilidad presente una recaída es alta y debe interpretarse como tal: un síntoma más de la enfermedad.

Cuando el paciente es ingresado a los servicios debe elaborarse un diagnóstico psicológico, para indagar un posible trastorno por uso de sustancias, sea abuso o dependencia y revisar si además presenta algún otro trastorno mental, y la severidad de este, para determinar el tratamiento más conveniente a seguir, integrando como punto de partida un abordaje cognitivo conductual.

La evaluación no debe circunscribirse solamente al individuo, es preciso trascender la atención individual y por medio de una entrevista con familiares, cuidadores u otros informantes, dilucidar el nivel de funcionamiento de la persona y las consecuencias que el consumo ha tenido en la vida de ese sujeto. En el capítulo anterior, se especifican instrumentos para recopilar puntualmente información, ya sea sobre la motivación al cambio, el nivel de dependencia de las sustancias consumidas o bien rasgos y trastornos de personalidad, entre otros.

Para que el diagnóstico permita descartar o confirmar la patología dual, corresponde aplicar pruebas y test psicológicos con ambos fines, por un lado evaluar la patología propiamente dicha y por el otro confirmar o descargar otra sintomatología. Esto quedará a criterio del profesional, pero debe ser un proceso suficientemente amplio como para generar en el equipo y el usuario, la confianza de elaborar un plan individual sobre bases diagnósticas adecuadas.

Una vez claro el perfil de la persona y si presenta o no comorbilidad psiquiátrica, el equipo de trabajo, deberá elaborar junto con el usuario, un plan individual de tratamiento, especificando el nivel de cada patología y el diagnóstico específico. Deben privilegiarse en las primeras semanas y meses de atención, la entrevista motivacional, y las técnicas cognitivo conductuales, en tanto, estrategias con demostrada efectividad y resultados positivos en consumo activo.

Paralelamente, un abordaje integral incluiría necesariamente atención a la familia, el cuidador/a o persona de apoyo involucrada en el proceso; puede ser provechoso implementar sesiones de psicoeducación para aclarar el diagnóstico, la evolución y el pronóstico, ello facilitaría la alianza familiar con el proceso y así se evitaría el potencial sabotaje, salidas exigidas u otras interferencias en el tratamiento.

La atención individual, con objetivos concretos y viables, haciendo uso de técnicas adecuadas, debe acompañarse de un proceso grupal; una vez que la persona esté preparada para compartir con terceros sus vivencias, posterior a la compensación de los diferentes síntomas.

Si en los usuarios se identifican trastornos de personalidad, lo cual es muy probable debido a las prevalencias identificadas en varias investigaciones, y lo revisado en el capítulo anterior, corresponde aún más implementar técnicas cognitivo conductuales, de resolución de problemas y motivacionales, conocidas y seguidas por el resto del equipo para propiciar el autocontrol y manejo de las recaídas con el usuario/a.

El género es una variable sociodemográficas crucial por explorar durante la historia longitudinal, las diferencias entre hombres y mujeres respecto del consumo de sustancias se manifestarán desde los niveles de tolerancia a las diferentes sustancias -

alcanzados por ambos grupos-, hasta las repercusiones y el estigma social. En el caso de las mujeres con igual o mayor sensibilidad debe explorarse la historia de vida con énfasis en la violencia basada en el género, eventuales abusos en la infancia, la relación de pareja, los hijos e hijas y la vulnerabilidad de estos, entre otros elementos propios de atención de la población femenina.

El perfil de la persona debe ser evaluado múltiples veces durante el internamiento en tanto, el proceso de crisis debe ir cediendo sistemáticamente conforme las intervenciones dan resultados; deben registrarse posibles cambios en la motivación para el cambio, disminución de los síntomas, el malestar y deterioro derivados del consumo de sustancias psicoactivas y demás trastornos.

A nivel de otros profesionales, las pautas para el tratamiento son diversas y se asocian con el objetivo de atención en función del equipo interdisciplinario y campo de acción de cada uno de los actores:

El control farmacológico debe ser estricto y en función de la atención integral de la personas, corresponde una atención secuencial, en la que la farmacoterapia, psicoterapia, terapia de grupo, control nutricional y otros servicios son realizados al mismo tiempo.

El personal del centro de atención debe estar capacitado en el tema, incluso el personal no profesional, pues la persona en proceso de recuperación genera síntomas y formas de interacción específicas en relación con su comorbilidad, no solamente con el equipo profesional, sino el personal administrativo, técnico y no profesional, personal de limpieza, alimentación y otros.

Los espacios de capacitación en el tema son claves para aumentar la capacidad de respuesta de los diferentes servicios, las posibilidades para aumentar ello son diversas e incluyen desde formar institucionalmente grupos de estudio de forma autodidáctica, hasta solicitar capacitaciones a diferentes instituciones, como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencias, entre otras.

La revisión bibliográfica presentada en el apartado 6, arrojó propuestas de atención específicas por trastornos, ya sean del eje I o II, como las propuestas por la

Sociedad Española de Patología Dual, respecto a la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno de hiperactividad con déficit atencional, sin embargo, a nivel psicológico, la diversidad de las técnicas, y las múltiples posibilidades de abordaje, en lugar de limitar las alternativas de atención, constituyen un llamado a generar procesos de diagnóstico acertados, siempre indagando y tratando de confirmar o descartar la presencia de otros trastornos.

Para posteriormente, generar planes individuales de tratamiento, con objetivos específicos definidos junto con el usuario/a, evaluándolos periódicamente, e incluyendo a familiares en el proceso desde la psicoeducación y la atención terapéutica.

Esto permitirá a los diferentes equipos y profesionales en Psicología aumentar el nivel de conocimientos respecto a un tema del que recién se inician las investigaciones, la exploración práctica y las propuestas de abordaje específicas.

7. CONCLUSIONES

Después de una revisión de diferentes textos que abordan la comorbilidad en las personas que presentan problemas derivados del consumo de sustancias y la literatura disponible respecto a la asociación de estos trastornos con otras patologías del eje I y eje II, así como, una serie de reflexiones en torno a los procesos de atención de estos usuarios, se llega a las siguientes conclusiones y recomendaciones del proceso:

- Más allá de las diferencias en torno a la nomenclatura más adecuada e inclusiva, las personas que presentan problemas de consumo de drogas tienden a presentar otros síntomas que en algunos casos se corresponden con trastornos del eje I y el eje II. Esto es un llamado respecto a la importancia de incluir este tema en los planes de estudio de los diferentes profesionales de la salud.
- Es clave, posicionar el tema desde la planificación y gestión de la salud, sea a nivel público o a nivel más reducido en el sistema, esto implica generar instrumentos de recolección de información específica, protocolos de atención, evaluación de estas condiciones y resultados esperados, así como acciones de mejora. Es un proceso de construcción paulatino, en el que la teoría debe irse robusteciendo con la práctica, y la investigación clínica es el instrumento mediador por excelencia para aumentar el cumulo de conocimientos en este campo.
- Las familias que tienen a un miembro con esta sintomatología, sin duda, se encuentran en una situación confusa, la prestación de servicios dirigida a este grupo poblacional es clave, para evitar las repercusiones de un proceso mal atendido. Es fundamental planificar también desde la familia, procesos de terapia familiar, donde la crisis del usuario/a se aborden a este nivel, se establezcan objetivos de trabajo individual, también conocidos por la familia, para propiciar el cambio a nivel sistémico; fomentando la integralidad del caso y reconocimiento a la familia como parte de la historia del sujeto y sus posibles recursos de apoyo.
- A nivel técnico, los/as profesionales, deben prestar atención a esta situación de salud y generar mayores recursos prácticos, así mismo, aportar a los diferentes equipos multidisciplinarios desde el área conductual, cognitiva y afectiva de los

usuarios. Como país, prevalece el desconocimiento del tema, tanto a nivel estadístico como práctico en los procesos de atención directa, ello implica la posibilidad de tomar insumos de otras realidades, pero también el reto de clarificar las condiciones locales del fenómeno y generar las herramientas necesarias para respetar el derecho a la salud de las personas con este complejo escenario vital.

- Aumentar el número de proyectos, programas y servicios dirigidos a esta población durante el transcurso de la enfermedad, como la remisión del mismo, para contar con datos locales sobre este fenómeno y mejorar la atención a nivel nacional, es una necesidad o bien fortalecer los existentes y crear mecanismos para certificar la atención de la patología de acuerdo con estándares internacionales mínimos.
- La atención de la población femenina con cuadros comórbidos, se impone como todo un reto terapéutico, en tanto, la mayor parte de los estudios e investigaciones, directa o indirectamente están basados en la experiencia acumulada con la población masculina, ya que la demanda por parte de este grupo es mayor, más visible y constante que la femenina. Si bien, la atención desde un enfoque de género y respeto de los derechos humanos, es el punto de partida por excelencia, mayores estudios comparativos permitirán afinar las estrategias de atención y generar servicios cada vez más sensibles a las diferencias de género.
- La sensibilidad del personal a cargo, así como su formación profesional y recursos técnicos es decisiva en el pronóstico de los pacientes, y sus familias, es decir, el recurso humano debe ser seleccionado cuidadosamente, en tanto, es un factor decisivo para el éxito de las estrategias emprendidas en función de los individuos por apoyar y sus características. En este sentido, la capacitación constante, la supervisión y trabajo en equipo se imponen como condiciones imprescindibles para la oferta de servicios de calidad.
- Los estigmas y el rechazo históricamente depositado a las personas con drogodependencias, debe comprenderse desde un enfoque de derechos humanos, superando los prejuicios clínicos, pues estos usuarios/as tiene derecho

a recibir atención de calidad sin excepción, como los consultantes de cualquier otra patología física o mental.

- Los procesos de seguimiento y rehabilitación e inserción social, son claves para las personas, en tanto, parte del mayor reto confluye en la etapa de mantenimiento de la abstinencia y depende claramente de los recursos con que cuente la persona para resistir los estímulos condicionados tanto internos como externos y estrategias de resistencia al consumo, manejo del craving, y prevención de recaídas, entre otros.
- Los aportes derivados de la neuropsicología como rama son claves para estimar los efectos de las drogas a este nivel y complementar la información disponible a nivel diagnóstico sindrómico, sobre las personas en proceso de recuperación.

Los datos revisados en este documento son claros y suficientes respecto a la importancia de fortalecer la formación en este campo, en tanto, el uso de drogas y las consecuencias psicológicas de su consumo son cada vez más evidentes a nivel social, con importantes repercusiones además de individuales, familiares y comunitarias. Mientras la salud mental, se considera cada vez más un área que requiere ser potenciada y atendida para favorecer la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, las motivaciones para reflexionar sobre el tema y modificar paulatinamente las pautas de atención implementadas históricamente desde paradigmas específicos, propuestas teóricas puntuales u otros esquemas de abordaje, *son dobles*.

Los posibles beneficios para las personas afectadas por esta condición de salud y sus familiares y comunidades también son dobles. Desde el derecho a la salud de los consultantes la actualización del personal de salud es un derecho y una obligación ética, académica y profesional para con las personas que requieren atención por una dependencia de sustancias psicoactivas.

8. RECOMENDACIONES

Tomando como referencia los resultados e insumos de los apartados previos, así como las condiciones de país en cuanto a la salud pública y datos epidemiológicos disponibles, tanto nacionales, como los aportados por autores españoles, se recomienda:

- A las instituciones nacionales rectoras en el tema de los derechos y la atención en salud de las personas con diagnósticos de abuso/dependencias de sustancias y trastornos psicopatológicos, posicionar dichas patologías en la agenda nacional, para visibilizar el fenómeno en estudio y aumentar el interés de la comunidad científica al respecto.
- Realizar un diagnóstico nacional, trátase de un estudio transaccional, ya sea con una muestra o el universo de profesionales, que laboran en la atención directa de la población de interés, para determinar aciertos y desaciertos en el tema, así como, puntos fuertes y débiles a “nivel técnico”. Los datos de una investigación de esta naturaleza, serían el punto de partida para un proceso de capacitación riguroso y centrado en resultados.
- Generar procesos de capacitación específicos en el tema de abuso/dependencias de sustancias y trastornos mentales, para paulatinamente buscar puntos de encuentro e introducir la comorbilidad como un escenario más de atención de las personas afectadas por dicha condición de salud. Estos procesos de capacitación pueden ser formales o gremiales, por ejemplo: en los planes de estudios de las diferentes carreras de las Ciencias de las Salud, o por medio de los colegios profesionales, entre otras alternativas.
- Generar mecanismos para certificar que la atención de las personas que consultan por problemas de abuso/dependencia de drogas, en las diferentes alternativas de tratamiento, sean servicios de calidad, que respondan a lineamientos internacionales y apliquen técnicas científicamente recomendadas para el tratamiento de las drogodependencias.

- Realizar procesos de gestión del talento humano, orientados a captar personal capacitado en el tema de comorbilidad (idealmente certificado), por un lado y aumentar los mecanismos de capacitación del personal que ya se encuentra facilitando servicios a usuarios con comorbilidad psicopatológica, por el otro.
- A la comunidad científica en general, se le recomienda prestar atención al tema estudiado, y seguir procesos de investigación científica, con el fin de realizar estudios locales para mapear el fenómeno y proponer alternativas nacionales que respeten las características del complejo escenario de las personas consultantes.
- Considerar la familia como parte de los usuarios/as de los servicios, para evaluarles, para tratarlos y darles seguimiento, puesto que, la inclusión de este grupo en el tratamiento, es un requisito y criterio de un proceso integral y estructurado.
- Los equipos interdisciplinarios que laboren con esta población, deben considerar la actualización científica constante en el tema, como requisito mínimo para la atención directa de las personas, con el fin de propiciar abordajes adecuados y evitar la deserción de los servicios.
- La atención directa al usuario/a, es el único espacio posible para falsear las propuestas de los autores citados, realizar estos procesos sistemáticamente y registrar resultados, para ir mejorando la atención progresivamente, es una recomendación. Lo anterior de acuerdo con los criterios de ética respectivos para la investigación aplicada con seres humanos.
- Incorporar en los procesos de planificación de las organizaciones no gubernamentales, el tema o población en estudio, planificando desde lo administrativo hasta lo técnico en función de la población con comorbilidad, y por lo tanto, con necesidades diferentes al resto de los usuarios.
- Conforme avancen los procesos de atención individual, familiar y grupal, se recomienda elaborar material de educación popular, sean panfletos, despegables, u otros formatos, para favorecer la comprensión del tema, entre los mismos usuarios y sus familias.

- Generar alianzas estratégicas, entre las diferentes institucionales u organizaciones, con miras a formar sinergias en pro de la atención expedita de las personas. Considerar según la lecciones aprendidas entre institucionales el establecimiento de la una red de comorbilidad, o un comité intersectorial en el tema, conglomerando instituciones gubernamentales, ONG´ s y otros.
- Mientras, los profesionales generan redes de trabajo, también se recomienda incentivar a los familiares de personas recuperadas, a formar asociaciones o fundaciones en torno al tema, para impulsar metodologías de agentes multiplicadores, en las diferentes comunidades.

El tema estudiado en este caso, constituye en punto de partida de numerosas oportunidades para el desarrollo de investigaciones científicas, generación de instrumentos de recopilación de información, guías y protocolos de tratamiento específicas, así como, la contrastación de técnicas y recomendaciones puntuales. En el nivel profesional y técnico, las recomendaciones y acciones por emprender son múltiples, en función de las especificidades de la población a quien se brinde un servicio especializado. Situación sumamente retadora, para el profesional en Psicología cuyo objetivo de trabajo sea mejorar la calidad de vida del usuario/a con problemas de drogodependencias y otros trastornos mentales.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albiach, C, Beltrán, M. A., Blasco, V., Lopez, F., Palau, C., Santos, P. (sf). *Tratamiento de las adicciones*. España.
- Becoña, E y Cortes, M., (2007). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol-Delegación del Gobierno Español para el Plan Nacional sobre Drogas. España.
- Becoña, E y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Delegación del Plan Nacional antidrogas del Gobierno Español- Socidrogalcohol: Barcelona.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones, *Xochimilco*, número 49.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., De Vicente, P. y Valderrama, J. C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3 (3):164-171.
- Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD). (2010). *Reducción de la demanda*. Preguntas frecuentes. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/ESP/FAQ.
- Díaz, J., Barbado, J. A., Alonso, P. J. Cañones Garzón, A. Fernández, F. Gonçalves, (2002). Trastornos por sustancias de abuso: otras Drogodependencias. *Medicina General*; 48: 814-823.
- Escohotado, A. (1994). *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Neurociencias y Adicciones.
- Fernández-Fernández, J.A y Touriño-González, R. (2006). Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación psicosocial*. 2006; 3(1):9-16
- Gálvez, J.Francisco y Rincón D. A. (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. 37, Núm. 3, 397-417.
- González, I. (2004). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*. Nº 41, 27-32.
- Graña, J. L. (1999). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Editorial Debate. Madrid, España.

- Hettema, J, Steele, J y Miller, R. (2008). Entrevista motivacional, *Revista de Toxicomanías*. N°. 52
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2007). *Neurobioquímica de la dependencia a drogas*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Ministerio de Salud. San Jose, Costa Rica.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). 2012. "*Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica*". Asamblea Legislativa de Costa Rica.
- Instituto Costarricense sobre Drogas, (2007). *Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012*. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de las Mujeres, (2007). *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género. 2007 – 2017*. INAMU-. Fondo de población de las Naciones Unidas.
- Junta de Andalucía, (sf). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de adicción a opiáceos*. Consejería para la igualdad y bienestar social.
- Junta de Extremadura. (Sf). *Protocolo de Coordinación y Atención a la patología dual*. Consejería de Sanidad y Dependencia. Imprime: Artes Gráficas Rejas.
- Martínez, J.M. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 12(4):140-143.
- Martínez. J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, vol. 32, núm. 2, pp. 166-174.
- Ministerio de la Protección Social. (2004). *Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia*. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Bogotá, Fundación psicoactiva. República de Colombia.
- Miquel, L; Roncero, C, López-Ortiz; C, y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual, *Adicciones*, 23, (2), 165-172
- Miller WR, & Rollnick S. (1991) *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guildford Press.
- Miller, W. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Montenegro, M. (2011). *Inventario de Recomendaciones sobre Tratamiento. GERD 1: "Patología Dual". Modulo I: Aspectos Generales del Abordaje de la Patología Dual*.

- Seminario internacional de Patología dual. Conceptos, prácticas y evidencia para el tratamiento, Santiago, Chile.
- NIDA. (2011). *Recomendaciones generales del tratamiento*. Instituto de Salud de los Estados Unidos. Disponible en: www.nida.org
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003). *Manual sobre tratamiento del abuso de drogas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. New York,
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C: OPS.
- Pascual, J. (2010). *Módulo III: tipos de sustancias de abuso y de dependencia. Trastornos adictivos no farmacológicos*. Grupo de Expertos en Conductas Adictivas (GECA), Madrid.
- Plan Integral de Drogodependencias y otras conductas adictivas (PIDCAL, 2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas y otras conductas adictivas*. Servicio Extremeño de Salud, Consejería de sanidad y dependencias, Junta de Extremadura. Artes Graficas Rejas. España.
- Prochaska JO, DiClemente CC, & Norcross JC. (1994) *Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos*. Revista de Toxicomanías, 1, 3-14.
- Programa de promoción integral de los Derechos del Niño- PRODER. (2002). *Uso indebido de drogas, Derechos del Niño y Políticas Públicas para la Prevención*. Montevideo, Uruguay.
- Robert, G y Ogborne, A. (1999). *Mejores Prácticas Alcoholismo y toxicomanía Tratamiento y rehabilitación*. Ministerio de Salud de Canadá.
- Saavedra, A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. Psicoactiva 19: 63-103.
- Sociedad Española de Patología Dual, (2009). *Introducción a los protocolos de atención en patología dual*. Sociedad Española de Patología dual.
- Szerman, N., Torrens, M; Basuarte, I; Ramírez, J y Martínez-Raga, J. (2012). *Patología Dual y psicosis*. Sociedad Española de Patología Dual. Editorial EdikaMed. Barcelona, España.
- Szerman, N; Álvarez, C y Casas, M. (2007). *Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas*. Asociación española de Patología Dual. Editorial Glosa. Barcelona, España.

- Szerman, N, Torrens, M y Martínez- Sanvinens, D. (2009). *Patología dual. Protocolos de Intervención. Depresión*. Sociedad española de Patología dual. Editorial EdikaMed. Barcelona, España.
- Szerman, N; Saiz, P.A; Díaz, E; García-Portilla, M^a. P; Marina, P; Bobes, J. (2011). *Patología dual. Protocolos de Intervención. Ansiedad*. Sociedad Española de Patología Dual, Editorial EdikaMed. Barcelona, España.
- Szerman, N; Peris; L; Balaguer, A. (2010). *Patología dual. Protocolos de intervención. Trastornos de personalidad*. Sociedad española de Patología Dual. Editorial EdikaMe. Barcelona, España.
- Szerman, N, Haro, G. Martínez-Raga, J. Casas, M. (2010). Patología Dual (Patología Psiquiátrica). En: *Manual de trastornos adictivos* (Eds: Bobes, J, Casas, M Gutiérrez, M).
- Szerman, N; Roncero, C; Barral, C; Grau-López, L; Esteve, O; y Casas, M. (2010). *Patología Dual Protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Sociedad Española de Patología Dual. Editorial EdikaMed. Barcelona, España.
- Szerman, N; Martínez-Raga, J y Knecht, C. (2012). *Patología dual. Protocolos de intervención. TDAH*. Editorial EdikaMed. Barcelona, España.
- Torres, J.L (2011). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. Disponible en www.infoadicciones.net.
- Torrens, M. (2008) *Patología dual: situación actual y retos de futuro*. Adicciones, 2008 Vol.20 Núm. 4 • Págs.315—320.
- Touriño, R y Fernández, J, (sf). *Patología dual: la comorbilidad psiquiátrica como problema emergente. Módulo v: drogodependencias en poblaciones especiales, patología dual y situaciones de urgencia médica*.
- William R. Miller & Stephen Rollnick *Motivational Interviewing (2002). Preparing People for Change*. Second Edition New York: The Guilford Press.