



# Universidad de La República

## Facultad de Psicología

### Maestría en Psicología Clínica

#### Tesis de Maestría para optar al título en Magister en Psicología Clínica.

“Diagnóstico, tratamiento y derivación de patología psiquiátrica asociada al consumo de drogas”.

Lic. Aldo Tomassini Urti

Tutora: Mag. Gabriela Prieto (UDELAR)

Co-tutora: Dra. Lydia Barragán (UNAM)

Director Académico: Mag. Nelson de León (UDELAR)

Asesoría técnica: Lic. Angélica Sangronis (UNLP)

Montevideo, 2017.

## Agradecimientos

A Ivana, la mujer que supo brindarme contención, apoyo y consejo,  
Pero, sobre todo, por el amor que sabe y sabemos darnos.

A mi madre y mi padre,  
por brindarme todo lo que me rodea, sobre todo por el aire que respiro.

A mi mana,  
por ser mi dos pasos por delante, mi constante faro en el camino.

A los hermanos de la vida, por soportarme como soy y brindarme el lujo de su amistad:  
Federico, Martín y Maxi (cualquier orden de estos factores nunca alterará el producto).

A mi padrino de la historia, Jorge Cuello,  
por enseñarme que la vida, así como la injusticia, se encuentra en donde uno esté  
dispuesto a buscar.

A Lydia y Silvia, por permitir que me reinvente a su lado,  
por su estimulación constante para llegar a más en las revoluciones que se vienen.

A mi tutora de tesis, Gabriela Prieto,  
por soportar mis cambios de ritmo y por sus consejos constantes.

A toda la gente de la Universidad Autónoma de México, en especial a Violeta, Monse,  
Isma y David,

por hacerme sentir nativo en tierras lejanas.

A mis colegas de Facultad, Marcelo y Christian.

A los articuladores Mayte y Eduardo.

A cada uno de los técnicos que desinteresadamente participó en esta investigación:  
un gran reconocimiento por su compromiso.

Por último, y sobre todo, a ti, estimado lector,  
porque alguna circunstancia te lleva a leer este pedazo de mi vida.

Te invito a redoblar mi esfuerzo, a mejorarlo y a que se traduzca en felicidad,  
porque sin eso, nada vale la pena.

## Resumen

A pesar de constatarse una alta prevalencia a nivel mundial de personas que presentan problemas psiquiátricos asociados al consumo de sustancias adictivas (lo cual constituye un tipo de comorbilidad), aún no existe un acumulado de investigaciones sistemáticas sobre las características de la atención y sus efectos en la mejoría de los pacientes. Las complejidades para la detección diagnóstica y la atención terapéutica en este tipo de patología, dificulta la recuperación del usuario y aumenta el uso de los servicios sanitarios.

Por ello, el objetivo de esta investigación ha sido realizar aportes en materia de trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. El modo de hacerlo es describiendo las características de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de derivación empleados en cuatro centros de atención pública en Uruguay. Se optó por una metodología con resultados cualitativos a partir de aplicar 19 entrevistas semiestructuradas a psicólogos y psiquiatras en dichos centros.

Entre los principales resultados pudo observarse que la mayoría de los profesionales no utilizan protocolos para establecer diagnósticos ni tratamientos ni derivaciones. Además, pudo especificarse algunas razones por las que ellos están a favor o en contra de su implementación. Algunas de esas razones se fundamentan en la línea teórica a la que se adscriben. Las principales razones por las cuales utilizan procedimientos protocolares es la escasez de capacitación en materia de comorbidez, situación que con frecuencia los lleva a tomar decisiones colectivas para cada caso. Las principales razones por las que los técnicos justifican el no uso de protocolos tienen que ver con no creer que dicho instrumento colabore con el tratamiento.

En las conclusiones se avanza hacia recomendaciones para elaborar protocolos que guíen los mecanismos de diagnóstico, tratamiento y derivación en el abordaje de la patología psiquiátrica asociada al consumo de sustancias adictivas.

Palabras claves: comorbilidad, psicopatología, adicción, diagnóstico, tratamiento, derivación.

## Abstract

Despite the fact that, in the whole world, there is a large amount of people who have psychiatric problems due to the consumption of addictive substances- which it is a kind of co-morbidity- still, no systematic investigation has been done regarding the characteristics of the attention and its effects in the patients' improvement.

The complexities, not only at the time of making a diagnosis but also when it comes to therapeutical approaches, make the patient's recovery become harder and, thus, it increases the use of health services.

Therefore, the objective of this investigation has been based on providing some knowledge in terms of psychiatric disorders associated with drug use. The way of approaching this, is to describe the characteristics of the diagnostic and therapeutic procedures and also patient referral which are carried out in four Uruguayan public attention centers. The methodology used includes qualitative results from 19 semi-structured interviews done to psychologists and psychiatrists at the centers mentioned above.

Among the results, it has been noticed that the majority of the professionals do not follow any protocol when it comes to establish diagnoses, treatments or patients' referral. Moreover, it could be specified some of the reasons why the professionals are in favour of, or against these protocols. Some of those reasons are related to the theoretical basis the professionals believe in.

The main cause of using procedures based on protocols is the lack of training in co-morbidity matters, fact that, frequently, take the professionals to make collective decisions in each particular case. The technicians state that, they do not believe the protocols are a helpful tool when it comes to treatments. Because of this, they prefer not to use them.

In the conclusions, some recommendations are established in order to elaborate new protocols that could guide the diagnosis mechanisms, treatments and also patients' referral when approaching the psychiatric pathology associated with the consumption of addictive substances.

**KEY WORDS:** co-morbidity – psychopathology – addiction – diagnosis – treatment – patients' referral

# Índice

1. Introducción .....	7
2. Fundamentación .....	9
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo general de la investigación .....	15
3.2 Objetivos específicos.....	16
4. Antecedentes .....	16
5. Marco Teórico.....	21
5.1 Comorbilidad, ¿en qué consiste? .....	21
5.2 Psicopatología, ¿en qué consiste? .....	24
5.3 Consumo de drogas .....	27
5.4 Modelos que explican las adicciones.....	31
5.5 Factores de riesgo.....	33
6. Diagnóstico de comorbilidad por trastornos psiquiátricos y consumo de drogas. Problemas y recomendaciones.....	35
6.1 Recomendaciones para las prácticas diagnósticas.....	36
6.2 Técnicas diagnósticas para medir trastornos psiquiátricos, características y severidad del consumo de sustancias. ....	37
7. Tratamientos de adicciones .....	40
7.1 Tratamientos por comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias.....	43
7.2 Tratamientos integrados y estrategias cognitivo-conductuales .....	46
8. Derivaciones .....	47
9. Estrategia metodológica .....	48
9.1 Participantes.....	48
9.2 Procedimiento .....	49
9.3 Instrumento .....	49
9.4 Categorías de análisis .....	50
9.4.1 Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de drogas. ....	50
9.4.2 Tratamiento y derivación de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de drogas.....	50
9.5 Consideraciones éticas.....	52
10. Resultados.....	52
10.1 Concepto de comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias por parte de los técnicos.....	52
10.1 Uso de protocolos de intervención. ....	54
10.2 Conocer los instrumentos y los procedimientos diagnósticos. ....	55

10.2.1 Valoración inicial diagnóstica. ....	55
10.2.2 Manual o protocolo. ....	55
10.2.3 Uso de sistemas estadísticos para establecer diagnósticos. ....	56
10.2.4 Reuniones interdisciplinarias. ....	57
10.2.5 Pruebas Complementarias. ....	57
10.2.6 Principales dificultades diagnósticas. ....	57
10.3 Caracterizar los modos terapéuticos. ....	60
10.3.1 Manual para realizar el tratamiento ....	60
10.3.2 Plan terapéutico ....	61
10.3.3 Entrevista Motivacional ....	61
10.3.4 Sesiones estipuladas formalmente. ....	62
10.3.5 Revisión psicólogo/psiquiatra farmacología. ....	62
10.4 Conocer los procedimientos de derivación. ....	63
10.4.1 Criterios claros para derivar y directorio de referencia. ....	63
10.4.2 Identificación de las principales dificultades para la derivación. ....	63
10.5 Porcentajes globales sobre categorías de diagnóstico, tratamiento y derivación de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de sustancias. ....	64
11. Discusión de resultados. ....	68
11.1 Mecanismos diagnósticos para comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias. ....	68
11.2 Tratamiento de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de sustancias. ....	70
12. Limitaciones. ....	72
13. Conclusiones y sugerencias. ....	73
14. Referencias bibliográficas. ....	79
15. Anexos. ....	88
15.1 Guiones de entrevistas psicólogos y psiquiatras. ....	88
15.2 Consentimiento Informado. ....	93
15.3 Entrevistas. ....	95
15.3.1 Entrevista N°1. ....	95
15.3.2 Entrevista N°2. ....	103
15.3.3 Entrevista N°3. ....	115
15.3.4 Entrevista N°4. ....	133
15.3.5 Entrevista N°5. ....	149
15.3.6 Entrevista N°6. ....	165
15.3.7 Entrevista N°7. ....	177

15.3.8 Entrevista N°8 .....	203
15.3.9 Entrevista N°9 .....	229
15.3.10 Entrevista N “10” .....	246
15.3.11 Entrevista N “11” .....	262
15.3.12 Entrevista N “12” .....	275
15.3.13 Entrevista N “13” .....	287
15.3.14 Entrevista N “14” .....	301
15.3.15 Entrevista N “15” .....	320
15.3.16 Entrevista N “16” .....	330
15.3.17 Entrevista N “17” .....	344
15.3.18 Entrevista N “18” .....	352
15.3.19 Entrevista N “19” .....	362

## 1. Introducción

Esta investigación toma por campo temático la *comorbilidad*. En el campo médico la comorbilidad es un concepto que remite a dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en el mismo individuo. Las problemáticas asociadas pueden ocurrir al mismo tiempo o una después de la otra, y además, puede haber interacción entre ambas enfermedades, lo cual empeora la evolución de las mismas.

La noción de comorbilidad que se estudia en esta tesis consiste en la coexistencia entre el consumo problemático de drogas y patologías de orden psiquiátrico en una misma persona (patología dual). Para ello se exponen modelos teóricos que explican el orden de aparición, las causas y los tratamientos de los trastornos: modelo cronológico, modelo etiológico, modelo epidemiológico y modelo terapéutico.

Los objetivos pasan por caracterizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de derivación puestos en práctica por psiquiatras y psicólogos en la atención de personas con patologías psiquiátricas asociadas al consumo de drogas en cuatro centros de Uruguay<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> No se especifican los nombres de los centros por cuestiones éticas, con la intención de preservar la identidad de los entrevistados.

- Centro de intervención para patologías psiquiátricas agudas;
- Centro de asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y derivación de usuarios con consumo problemático de drogas (con énfasis en diagnóstico inicial y orientación);
- Centro especializado en la atención de usuarios con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias;
- Centro para el tratamiento de las toxicomanías.

Las estrategias metodológicas apelan a la experiencia de los técnicos profesionales de la salud por medio de entrevistas semi-estructuradas que identifican la aplicación de criterios diagnósticos, terapéuticos y de derivación. Fueron entrevistados once licenciados en Psicología y ocho doctores especialistas en Psiquiatra. Se realizó un muestreo no probabilístico seleccionado por conveniencia en cada uno de los Centros.

Para abordar el cumplimiento de los objetivos la estructura de la tesis aborda aspectos introductorios en este, el primer capítulo. En el siguiente se procede a fundamentar diversos puntos de la investigación. El capítulo tres formula los objetivos generales y específicos que se considera haber cumplido. El capítulo cuatro expone los antecedentes internacionales y nacionales que se han alcanzado a hallar en el camino de lo investigado. El capítulo cinco se destina al enfoque teórico para comprender conceptos importantes, por lo cual se subdivide en comorbilidad, psicopatología, consumo de drogas, modelos que explican las adicciones y, por último, factores de riesgo. El capítulo seis se destina a desarrollar los mecanismos diagnósticos de esta comorbidez, para ello se subdivide en dos partes: Recomendaciones para las prácticas diagnósticas y Técnicas diagnósticas para medir trastornos psiquiátricos, características y severidad del consumo de sustancias. Por su parte el capítulo siete hace referencia a los tratamientos de las adicciones y se descompone en subcapítulos sobre tratamientos por comorbilidad y estrategias cognitivo-conductuales. En el capítulo ocho se repasan las características de las derivaciones.

La parte metodológica se emprende en el capítulo nueve, donde el eje son las voces de los participantes expresándose sobre diagnósticos, tratamientos y procedimientos de derivación, el procedimiento, el instrumento, las categorías de análisis y las consideraciones éticas.

Los resultados se desarrollan en el capítulo diez, con un desglose conforme al planteo de los objetivos específicos. En el capítulo once se discuten los resultados. En el

capítulo doce se desarrollan las limitaciones de esta investigación y en el capítulo trece se exponen las conclusiones y sugerencias. Por último, se presenta el listado de las referencias bibliográficas y a continuación los anexos.

Se espera que el análisis de este fenómeno contribuya a generar conocimientos para incentivar un mejor uso de los servicios sanitarios, así como para mejorar la atención integral de los usuarios, evitar el desgaste de los técnicos y agilizar los mecanismos de derivación y que posteriormente se realicen más investigaciones al respecto.

## **2. Fundamentación**

No todas las personas que consumen drogas desarrollan una adicción, incluso son mayores los casos de personas que consumen sustancias de forma recreativa frente a los casos que terminan desarrollando conductas de extrema repetición de consumo. No obstante, el consumo experimental u ocasional también puede ser problemático, el consumo de sustancias es un fenómeno que se ha convertido en un problema de salud pública en función de las consecuencias negativas que produce y del deterioro bio-psico-social que causa. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, según la sigla en inglés en la versión 5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos se clasifican según la clase de droga que principalmente se consuma: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, tabaco, y otras.

La importancia de este estudio radica en cuatro aspectos. Inicialmente, es importante dar a conocer la comorbilidad en materia de trastornos psiquiátricos asociados a comportamientos drogodependientes. En segundo lugar, dar a conocer la complejidad de establecer procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de derivación. En tercer lugar, advertir sobre la escasa producción de conocimientos en Uruguay en lo que constituye un campo que conjuga esencialmente prácticas de tratamiento psiquiátricas y psicológicas. Por último, el estudio también cobra importancia debido al énfasis que hace en la necesaria formación de técnicos intervinientes en los sitios de atención integral a individuos con patología dual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece un informe del año 2014 sobre el uso de bebidas alcohólicas donde indica que las personas mayores de 15 años beben un promedio de hasta 6,2 litros de alcohol por año a nivel mundial, y el 5,9% de la

mortandad se debe a condiciones asociadas a la ingesta de alcohol (accidentes y daños en la salud física y mental) (OMS, 2014). La cifra de ingesta puede parecer diminuta, sin embargo, existen variaciones según las regiones. En Europa y América, por ejemplo, el consumo es mayor; un nivel de consumo intermedio se da en la Región del Pacífico Occidental y África; y los niveles de consumo más bajos se encuentran en el Sur de Asia.

Por su parte, la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Crimen (UNODC, por su sigla en inglés United Nations Office on Drugs and Crime) informa que el consumo de drogas ilícitas en el año 2013 lo llevaron a cabo 246 millones de personas, 27 millones se consideran consumidores problemáticos y presentan trastornos ocasionados por tal consumo (UNODC, 2013).

La última *Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares* publicada en el año 2016 tomo como muestra representativa a 1.703.339 personas del Uruguay en un rango etario de 15 a 65 años.

Sus resultados arrojan que el alcohol es la droga de mayor consumo, ya que de acuerdo con la encuesta el consumo habitual es declarado por más de la mitad de las personas encuestadas (52,1%) y uno de cada cinco consumidores presenta consumo problemático de sustancias (261.000 personas), tanto por ingesta, consumo de riesgo o consumo perjudicial como dependencia. Le sigue el consumo de psicofármacos con una ingesta de 27,2% siendo la segunda sustancia más consumida de la población estudiada, dos de cada diez lo hicieron sin prescripción médica y cuando la hubo, solo en el 37% de los casos un psiquiatra fue quien hizo la prescripción.

La tercera sustancia más consumida es la marihuana, con una prevalencia de 23,3% de personas que la probaron alguna vez en su vida. De estos consumidores el 16,7% (27.042 personas) presentaron un uso problemático de la sustancia en el último año. El consumo de cocaína representa el 6,8% de la población estudiada, de personas que han consumido cocaína alguna vez en su vida. El consumo de drogas de diseño se ubica en el quinto lugar de preferencia de consumo, siendo el 2% de la población que ha experimentado con estimulantes como el éxtasis, las anfetaminas, las metanfetaminas y otros estimulantes sin prescripción médica alguna vez en su vida. Por último el consumo de pasta base de cocaína representa el 0,7% de la población que declara que consumió pasta base alguna vez en su vida (Junta Nacional de Drogas, 2015).

La investigación realizada en 2015 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y por la Junta Nacional de Drogas (JND) en la que participaron 3.060 estudiantes universitarios encontró que la droga de mayor consumo es el alcohol, con una prevalencia en el último año de 89,7%. De acuerdo con la misma fuente, el porcentaje de consumidores que presenta síntomas de uso problemático alcanza al 13,1%, con una proporción superior de los hombres respecto de las mujeres. El 14,2% de la población consumió fármacos sin prescripción médica. Con respecto al consumo de marihuana el 50,5% lo hizo alguna vez, entre ellos el 43,7% presenta un patrón de consumo ocasional (algunas veces en el año), un 19,5% solamente en una o dos oportunidades y una proporción similar hace un uso mensual. El 7,8% de los consumidores de marihuana presentan signos de dependencia según la misma fuente. La cocaína es la cuarta sustancia de mayor consumo, el 8,2% declara haberla consumido alguna vez en la vida. El consumo de esa sustancia en el último año fue del 3,3% del total de la población y 3 de cada 10 personas que la consumieron en los últimos 12 meses presenta signos de dependencia. Por otra parte la Comisión muestra que el consumo de ácido lisérgico (LSD) es popular entre estudiantes universitarios con un consumo del 7,5% y en el último año del 3,8% de la población total. Dejando de lado el consumo de alcohol, 6 de cada 10 estudiantes (el 58.6%) ha probado alguna sustancia al menos una vez en la vida (CICAD y JND, 2015) .

En Uruguay, conforme datos de la JND del año 2012, el 20.9% de usuarios que probó alguna droga ilegal es monoconsumidor, y el 35,8% es poliexperimentador: un 15,1% ha experimentado con dos sustancias, un 6,8% con tres y un 13,9% con cuatro o más.

Mundialmente el consumo abusivo de drogas es un fenómeno que se asocia a factores económicos, sociales, sanitarios, psicológicos y políticos. En América el problema ha sido reconocido por los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), prueba de ello es la aprobación en su Consejo Directivo de la Estrategia sobre Uso de Sustancias, la Salud Pública y su Plan de Acción como instrumentos para apoyar diseños e implementación de respuestas a los problemas de salud relacionados con dicho consumo. A estas alturas el fenómeno se lo reconoce como un problema de salud, pero también se lo relaciona a los Derechos Humanos.

Los trabajos uruguayos sobre consumo de sustancias han sido regulados por la Junta Nacional de Drogas. En el año 2005 se adoptó una visión integral en las políticas de drogas con enfoque de Derechos Humanos, posteriormente en el período 2011-2015 se profundizó esa perspectiva debido al debate denominado “Guerra contra las Drogas” referente a los enfoques prohibicionistas, cuestionando sus fundamentos y acciones en

virtud de la evaluación de los resultados. El hecho trajo aparejado el desarrollo de un modelo alternativo de regulación y control de mercados con foco en una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

La nueva estrategia del período 2016-2020 para el abordaje del problema de la drogodependencia en Uruguay desarrolla las acciones futuras basadas en los siguientes criterios: 1) Derechos Humanos, entendidos como la integración de principios e instrumentos de estos con la política de drogas y el respeto de los derechos y garantías en todas las dimensiones posibles; 2) equidad, el compromiso con el logro de la dignidad y equidad humana, incorporando la equidad socioeconómica, de género, generacional y territorial; 3) democracia como la necesidad de abrir un gran debate integrando todas las miradas como forma democrática de fortalecer la estrategia en drogas; 4) cooperación, responsabilidad común y equitativamente compartida entendiendo a la defensa del multilateralismo como patrimonio del hemisferio y unidad en la diversidad; 5) integralidad, equilibrio y transversalidad logrando un abordaje complejo en interinstitucionalidad y cooperación con la sociedad civil; 6) participación, construyendo las políticas con la comunidad y con responsabilidad social compartida; 7) evidencia científica y buenas prácticas elaborando políticas basadas en información y conocimiento de base científica y de buenas prácticas evaluadas debidamente (JND,2016).

En el año 2013 Uruguay comenzó el desafío de regularizar uno de los mercados ilegales con mayor movimiento: el de la marihuana. A partir de la reformulación de la ley sobre “control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución de la marihuana”, uno de los primeros pasos en el país fue la creación en el año 2013 del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), cuyo objetivo es regular la plantación, cultivo, cosecha, producción, elaboración, acopio, distribución y dispensación de la planta. El propósito del IRCCA es promover y proponer acciones tendientes a reducir los riesgos y daños asociados al uso problemático de Cannabis, además de fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley y la presente reglamentación sin perjuicio de las competencias constitucionales y legales atribuidas a otros organismos y entes públicos. El Instituto asesora a la JND de la Presidencia de la República para elaborar políticas nacionales de intervención en los temas que remiten al Cannabis.

Actualmente se encuentra a estudio de los legisladores un borrador del proyecto de una nueva ley de salud mental en Uruguay. El punto fuerte de la ley es el pasaje de problemas de salud mental a la atención comunitaria. Además plantea la eliminación de

hospitales psiquiátricos asilares monovalentes. De aprobarse dicho proyecto, no podrán crearse nuevos dispositivos de atención psiquiátricos de internamiento. Por lo tanto las prestaciones de servicios de salud mental empezarán a trabajarse con enfoques integrales. La intención es que los pacientes se atiendan en cualquier hospital o sanatorio con uno de los objetivos de disminuir el estigma del trastorno mental.

De este modo Uruguay presenta antecedentes inéditos a nivel global, lo que lleva al país a ser foco de miradas internacionales expectantes en vistas de futuros debates y diseño de políticas de regulación de la marihuana y la salud mental. El desafío implica también el replanteo de los sistemas asistenciales relacionados a adicciones, pues será necesario el compromiso con planes de acceso a tratamientos terapéuticos, entre los que, por supuesto, se hallan los orientados a consumidores adictos comórbidos. Los individuos en dichas condiciones son aquellos que padecen más de una patología clínica, cuya conjunción aumenta la sintomatología y los riesgos de muerte.

El campo temático de esta tesis reúne dos fundamentales disciplinas: la Psicología y la Psiquiatría. La singularidad que encierran las prácticas y los procedimientos para afrontar e intervenir en las tareas de diagnóstico, terapia y derivación, por supuesto exige técnicos formados y capacitados multidisciplinariamente.

La Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas y la OPS advierte que ofrecer servicios de buena calidad exige recursos humanos debidamente capacitados, vale decir, redes de organizaciones de ayuda para proporcionar apoyo comunitario después de las intervenciones terapéuticas. Para mejorar la prestación de los servicios es fundamental reforzar la competencia de los trabajadores de atención primaria de salud en cuanto a la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias. Además es necesario ampliar los planes de estudios de grado y de posgrado, los programas de educación continua y otras oportunidades de capacitación para quienes trabajan fuera del sistema de salud, por ejemplo las organizaciones no gubernamentales y los organismos de servicios sociales.

La JND indica que en 2014 solicitaron tratamiento por consumo de drogas 67.305 personas, lo cual equivale aproximadamente al 2% de la población total. El tipo de drogas, ordenadas de mayor a menor frecuencia de consumo, por las que se solicita tratamiento son alcohol, marihuana, cocaína y pasta base.

La producción bibliográfica consultada, que corre entre los años 2002 y 2013, y cuyos autores referentes son Álvarez y otros (2007); Burns y Teesson (2002); Roncero y otros

(2011); Roncero, Gómez, Szerman y Casas (2013); Weaver y otros (2003), coincide en que los sistemas de salud a los cuales los pacientes asisten para solicitar tratamiento necesitan disponer de servicios de calidad para trabajar en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento dirigido a la recuperación de trastornos relacionados con el consumo de drogas y la atención de los efectos en la salud mental. La falta de identificación diagnóstica, tanto como su detección tardía, así como la ausencia de atención terapéutica y/o psiquiátrica oportuna y de calidad obstaculiza la recuperación del adicto y propicia la reincidencia en tratamientos, la mayor frecuencia de recaídas, los períodos de abstinencia de menor duración, el abandono del tratamiento, la mayor gravedad de patología comórbida, la discapacidad funcional, el uso con más frecuencia de servicios sanitarios y el peor curso evolutivo. En definitiva, la mala calidad del diagnóstico y el tratamiento agravan la comorbilidad, lo cual exige planes de formación para que los técnicos puedan aprender a desarrollar habilidades apropiadas.

Arias y otros (2013); Drake, Mueser, Brunette y McHugo (2004) y otros investigadores; así como Sacks, (2007); San, Arranz y Dual, (2016) confirman que los pacientes con trastornos mentales suelen ser atendidos en centros de atención psiquiátrica y los que presentan problemas por consumo de sustancias se atienden en centros de drogodependencias. La dificultad de tratamiento se da ante la coexistencia simultánea de ambos trastornos, pues implica mayor complejidad diagnóstica y terapéutica. Por lo general la atención clínica es parcial, sin considerar la interacción recíproca entre ambos trastornos, lo que reduce las posibilidades de mejoría integral del usuario, incluso puede favorecer la deserción del tratamiento. La sintomatología se expresa –según los mismos investigadores– en dificultades para la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico y el alto índice de recaídas.

Estos usuarios ponen sobre el tapete profundos desafíos terapéuticos, ya que los dispositivos de intervención rara vez se adaptan para atender simultáneamente la co-ocurrencia de padecimientos. Redes, Brescia, Wschebor y Gutiérrez (2013) aseguran que en Uruguay algunas instituciones especializadas en trastornos por abuso de sustancias no permiten el ingreso en sus programas de tratamiento ambulatorio y residencial a usuarios que presentan comorbilidad y que requieren apoyo farmacológico.

Estudios en el campo de la Psicología que evalúen los mecanismos podrían desencadenar en tratamientos psicológicos más eficaces, con impacto en la salud pública. Esto se vuelve necesario y supone identificar las barreras que deben ser derribadas y proponer soluciones para hacerlo. Barlow, Bullis, Comer y Ametaj (2013)

proponen, para incidir en los aspectos de salud pública, aumentar la eficacia de los tratamientos, ampliar el impacto de tratamientos diagnósticos, precisar los mecanismos de acción de los tratamientos y obtener el mejor método para difundir e implementar las intervenciones psicológicas. Según estos autores esto se logra mediante el desarrollo de una técnica de estudio que permita evaluar la eficacia de los tratamientos y estimular la aplicación de tratamientos que sean validados científicamente.

En ese sentido las Prácticas Basadas en Evidencias (EBP, según la sigla en inglés) son enfoques que permiten tomar decisiones que inciden en la calidad de los servicios. Dichas prácticas modifican su accionar de acuerdo a las evidencias y direccionan las decisiones de los profesionales en torno a los resultados esperados, buscando eliminar las prácticas disfuncionales o sin resultados. El enfoque de EBP implica, según Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson (1996), "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" (p.71-72).

Los profesionales por lo general usan alguna forma de evidencia en la toma de decisiones, aunque sólo sea su experiencia pasada. Según Denise Rousseau y Brian Gunia (2016) mejorar la calidad de evidencia utilizada, condicionar las decisiones de los técnicos y justificar las prácticas dándoles confianza a los técnicos que están utilizando prácticas avaladas y justificadas es el mejor camino, puesto que desemboca en un compromiso con la mejora continua de la práctica, con la evaluación constante y el aprendizaje permanente.

En efecto, indagar en el trabajo, en las herramientas y en las prácticas llevadas a cabo en los cuatro centros de atención seleccionados, permitirá aportar conocimientos sobre el universo de problemas clínicos implicados en la salud mental y la drogadicción, a efectos de, si no solucionar, al menos tender a reducir riesgos y daños en individuos en condiciones comórbidas.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general de la investigación**

Caracterizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de derivación puestos en práctica para atender la comorbilidad en personas con patologías psiquiátricas asociadas al consumo de drogas en cuatro centros de Uruguay.

### **3.2 Objetivos específicos**

Registrar las prácticas de los técnicos en el trabajo con pacientes que presentan trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias adictivas.

Conocer los instrumentos y los procedimientos diagnósticos.

Caracterizar los modos terapéuticos.

Conocer los procedimientos de derivación.

### **4. Antecedentes**

La bibliografía hallada que da cuenta de investigaciones sobre trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancias psicoactivas gira en torno a la variedad de criterios diagnósticos, el tamaño y las características de las muestras poblacionales, los diseños, los instrumentos utilizados en los estudios y los contextos geográficos, sociales y culturales. Pero, hasta el momento, la búsqueda no dio con hallazgos en materia de tratamientos y derivaciones, tan solo algunos protocolos, que serán presentados en capítulos subsiguientes.

Tim Weaver (2003) muestra en una publicación que en el Reino Unido se investigó la prevalencia de comorbilidad en cuatro centros diferentes a 400 usuarios con tratamiento de salud mental y a 353 atendidos por abuso de sustancias. Se les aplicó una encuesta y se realizaron análisis anti-doping en muestras de orina y cabello en una sub-muestra aleatoria. Las tres cuartas partes de usuarios que estaban en tratamiento por consumo de drogas calificaban positivo para al menos un trastorno psiquiátrico comorbido. La distribución del tipo de alteraciones psiquiátricas, según los datos presentados por Weaver, fue la siguiente: trastorno de personalidad (37%), depresión severa (27%) y trastorno psicótico (8%). El 44% de quienes recibían tratamiento por alteraciones de salud mental reportaron consumo problemático de drogas, mientras que en los servicios de atención a las drogodependencias el 85% tuvo trastorno psiquiátrico. Un 75% de los que tuvo problemas de abuso de sustancias, y que fue atendido por salud mental no recibió tratamiento para el consumo de drogas, y un tercio de los usuarios con abuso de sustancias y problemas de salud mental no recibió atención a su problema de salud mental. La investigación demostró que los diagnósticos condicionan los tratamientos y

que la red de drogodependencia y la de salud mental son compartidas por muchos usuarios.

Ronald Kessler y otros (2005) dan cuenta de un estudio realizado en Estados Unidos con 9.282 participantes a quienes se les aplicó una entrevista diagnóstica. En ella se observó que más del 75% de la población durante 12 meses presentó trastornos psiquiátricos leves o moderados, el 14% presentó trastornos graves, y en más del 40% de los casos se detectó un trastorno comórbido. La gravedad de los trastornos quedó asociada significativamente a la comorbilidad.

En España Cesar Pereiro y su equipo de investigación evaluaron en el año 2013 la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en usuarios bajo tratamiento de adicciones. La muestra se acotó a 2.300 usuarios a quienes se les aplicaron entrevistas clínicas según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM versión IV). Como resultado se observó que más de la mitad de los usuarios en tratamiento también fue diagnosticado con algún otro trastorno mental. El 42,2% se diagnosticó con al menos una condición del eje I y el 20,2% a partir de alguna condición del eje II. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastornos de personalidad límite y antisocial se presentaron como los más frecuentes.

Néstor Szerman y otros (2011) ofrecen datos de otra investigación realizada en España en que se estudió a 837 usuarios que asistían a instituciones de la red de servicios en salud mental y adicciones. Los resultados muestran que las características de los usuarios cambian según el entorno clínico, y que existen más diagnósticos de comorbilidad en la red de atención a drogodependencias que en la de salud mental. Los sujetos con comorbilidad tuvieron mayor prevalencia de trastornos de personalidad: paranoide 24,0%, límite 25,5%, antisocial 19,3% y esquizoide 9,3%. En los centros de drogodependencias la mayoría de los usuarios presentaron un trastorno mental comórbido con una adicción. Los investigadores consideraron que ello pudo deberse a que los profesionales de los centros de drogodependencias tenían mejor preparación para diagnosticar, por ende para garantizar tratamientos adecuados.

Roncero, Gómez, Szerman, y Casas (2013) confirman que en España la adherencia terapéutica de los pacientes se produce por tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Realizaron una encuesta online a distintos centros españoles que atienden estos pacientes (ambulatorios de drogodependencias, centros de salud mental, hospitalización psiquiátrica, unidades de desintoxicación y centros privados), y los resultados establecieron mala adherencia en el proceso terapéutico. Luego

concluyen recomendando realizar una sistematización de los tratamientos farmacológicos (con posologías sencillas), intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a mantener la abstinencia (con psicoeducación, estrategias motivacionales y atención individual) y formar a los técnicos en este tipo específico de patología dual. Una limitación que los autores señalan es el hecho de no incluir el tipo de psicoterapia en cada centro.

La última actualización de esta investigación, realizada por parte de este mismo equipo con el liderazgo de Roncero y otros (2016) señala que volvieron a aplicar una encuesta en línea a 250 profesionales que trabajan en diferentes centros de atención en España. Entre sus resultados volvieron a encontrar que el 99% de los profesionales relaciona el incumplimiento del tratamiento con una peor progresión de los trastornos (mentales y de consumo). La encuesta resalta la planificación y la alianza terapéutica como los principales aspectos a tener en cuenta para mejorar el pronóstico en esa población. Además, recomiendan realizar un tratamiento en fases donde primero se mejoren los síntomas psicóticos, el control de los trastornos de comportamiento, se reduzcan las ansias, se trabaje sobre los aspectos sociales y personales y finalmente se trabaje sobre los aspectos negativos de las fases psicóticas.

En México Rodrigo Navarrete y su grupo (2013) estimaron la prevalencia de comorbilidad de trastornos psiquiátricos por consumo de sustancias psicoactivas a partir de una revisión empírica en usuarios atendidos en una institución de problemas por consumo de drogas. La población provenía de franjas sociales diversas. A 535 participantes se les aplicó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI). De la muestra de usuarios por consumo de drogas el 75.72% cumplió con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido. Los trastornos más frecuentes fueron déficit de atención, ansiedad, afectivos, control de impulsos y con menor frecuencia los de conducta alimentaria. En el 83.59% de los casos de comorbilidad se presentó primero la sintomatología de trastornos adictivos.

Otra investigación realizada por el equipo de Navarrete (et al., 2015) en México, indagó sobre las características clínicas e historias de tratamiento en mujeres que presentan patología dual. Realizaron un estudio transversal, descriptivo analítico, evaluando los tratamientos de mujeres que se atendían en dos centros residenciales. El método de investigación fue realizado sobre un protocolo de interconsulta psiquiátrica que se realizó por un mínimo de dos sesiones de evaluación con una duración promedio de 90 minutos. Cada protocolo incluyó una sesión con un familiar, el equipo que realizaba las entrevistas estaba compuesto por una psiquiatra y una psicóloga. La psicóloga se

encargaba de recabar datos psicopatológicos y la psiquiatra realizaba la evaluación clínica, la corroboración de información clínica mediante una entrevista con los familiares y la elección del tratamiento farmacológico. En las entrevistas se trabajaba sobre los datos de identificación, los antecedentes personales patológicos y no patológicos, la historia de consumo de sustancias de abuso, el padecimiento actual, el motivo de ingreso, el examen mental y los tratamientos previos. Luego de las entrevistas los equipos fueron supervisados. Entrevistaron a 100 mujeres con una edad promedio de 31 años. Entre sus resultados, el 30% declaró nunca haber recibido tratamiento para consumo de sustancias, que las sustancias de abuso más consumidas por las mujeres evaluadas fueron el alcohol, el tabaco y el cannabis. Los trastornos psiquiátricos más prevalentes fueron los trastornos del afecto y los trastornos de la personalidad. Acerca de las prescripciones de medicamentos previas y posteriores al protocolo se encontraron diferencias significativas. Después de la evaluación psiquiátrica especializada el incremento de antipsicóticos y antidepresivos fue significativo. De estas usuarias un 73% no recibía tratamientos farmacológicos y posterior a la aplicación del protocolo se determinó que todas ellas requerían este tipo de tratamiento.

Una investigación llevada a cabo en siete países de América Latina y uno del Caribe realizó un estudio multicéntrico en usuarios que se encontraban en tratamiento por consumo de drogas. Edgar Merchán-Hamann y otros (2012) indican que la población pertenecía a Brasil, Chile, Guatemala, Uruguay, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Jamaica. El objetivo de la investigación era encontrar la frecuencia de distrés psicológico<sup>9</sup> y la presencia de diagnósticos de comorbilidades en usuarios bajo tratamiento de la red de salud mental. Se indagó un total de 1.073 usuarios mediante escalas Kessler K-10. En la mayoría de los países el diagnóstico de ansiedad varió entre el 30% y el 40%, y el de depresión entre el 20% y el 35%. Niveles altos o muy altos de distrés psicológico fueron reportados por más del 70% en Uruguay, Nicaragua, Guatemala y Brasil. La prevalencia de distrés psicológico sugiere niveles altos de comorbilidad.

En Uruguay es escasa la investigación que relaciona consumo de sustancias adictivas y trastornos psiquiátricos. Existe un estudio realizado en el hospital Vilardebó donde se

---

<sup>9</sup> El distrés se relaciona al desencadenamiento de un estrés excesivo que hace que la persona considere que se trata de un estímulo demasiado grande. Puede llegar a conducir a síntomas de angustia y depresión, e impide responder de manera adecuada a diversas situaciones de la vida cotidiana.

aplicó una entrevista a 156 usuarios ingresantes para revisar las historias clínicas, además se les hizo un análisis de muestra de orina. La publicación de Pablo Fielitz y otros (2010) señala que la edad promedio de dicha población fue de 36 años, el 42.4% se ubica en un rango de edad entre 15 y 35 años. El 72,6% de usuarios presenta diagnóstico de Esquizofrenia, el 18,2% presenta Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los motivos de ingresos más frecuentes son los síntomas psicóticos (46,6%) y las conductas agresivas (28,4%). Las muestras de orina indican consumo de marihuana y/o cocaína en un 17,9%. Los usuarios con resultados positivos por consumo de marihuana tuvieron mayores reingresos a los tratamientos, comparándolos con los que no consumen marihuana. Los motivos de ingresos más reiterados en usuarios con resultados positivos por consumo de marihuana y cocaína fueron los síntomas psicóticos en un 42,9% y las conductas agresivas en un 25%. El porcentaje de la frecuencia con la que los usuarios presentaron conductas agresivas no mostró diferencias significativas entre usuarios consumidores y no consumidores. Otro dato significativo del estudio en el Vilardebó es una tasa total de re-ingresos mayor en los consumidores que en los no consumidores.

Cabe señalar dos limitaciones en la investigación del equipo de Fielitz: se incluyeron usuarios con trastornos agudos (lo que implica mayor complejidad y dificultad para la generalización), y no se incluyeron usuarios en tratamiento (lo que implica que algunos puedan ser reincidentes). Tampoco se especifica la manera en que los técnicos desarrollan los diagnósticos en las revisiones de las historias clínicas.

En el año 2003 García, Lamadrid, Peralta, Ponticorbo y Tabelli realizaron entrevistas para identificar la cantidad de usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia que consumían drogas en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó. Los resultados indicaron que el 66% de los entrevistados con este diagnóstico presentaron consumo de sustancias, la mayoría era de sexo masculino, con edades entre 16 y 33 años y pertenecían a sectores socioeconómicos bajos.

La investigación más reciente elaborada en Uruguay sobre este problema fue un estudio descriptivo observacional transversal en población atendida en una sala de Salud Mental Hospital Maciel. Se trataba de una sala atendida multidisciplinariamente y de amplio espectro nosológico. Allí se analizaron las historias clínicas de 152 internaciones voluntarias, 12 internaciones compulsivas y 3 judiciales. El 40.82% cumplía con diagnósticos de comorbilidad o patología dual: en un mismo individuo coexistía por lo menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico en eje 1 o

eje 2 del DSM IV. Los trastornos co-mórbidos que predominaban fueron de personalidad, de la esfera del humor y en un menor número otros diagnósticos.

A nivel nacional Redes y su equipo exponen un caso clínico de una persona con trastorno psicótico inducido por consumo de sustancias en el cual se pone en evidencia “la complejidad diagnóstica en la patología dual y cómo la articulación de diferentes miradas e intervenciones (psicológica, psiquiátrica y social) brinda herramientas muy valiosas para la resolución de dificultades diagnósticas y terapéuticas en la atención de personas con psicosis y consumo de sustancias” (2013, p. 69). En esa investigación se diseñó un proyecto terapéutico que permitiera un abordaje integral para el tratamiento de un paciente que presentaba esta patología. Quedó evidente que, aun en ese momento no existiendo un servicio especializado que trabaje con pacientes que presentan patología dual, es posible un abordaje integral que permita optimizar los recursos disponibles, captar precozmente la descompensación y adecuar el abordaje.

Los antecedentes mencionados dan cuenta de la alta presencia simultánea de comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias, pero también demuestran la falta de criterios para diagnosticar y tratar esta sintomatología.

Del material hallado en calidad de antecedentes, lo primero a concluir es la validación de un campo de estudio que se ocupa de drogodependencia y salud mental. Otra confirmación es la diversidad de criterios y de uso de instrumentos para diagnosticar y planificar terapias, como también cierta debilidad en la formación y capacitación de técnicos en Psicología y Psiquiatría, hecho que en Uruguay se enfatiza debido a la idea de que este tipo de problemáticas pertenece al campo psiquiátrico. En materia de derivación no hubo hallazgos de antecedentes que den cuenta del trabajo de los técnicos intervinientes en esta población específica.

## **5. Marco Teórico**

### **5.1 Comorbilidad, ¿en qué consiste?**

Según las fuentes que proporcionan Mueser, Drake y Wallach (1998), el surgimiento del término comorbilidad se le atribuye a Alvan Feinstein en la década de 1970, quien lo introdujo en el campo médico para designar cualquier entidad clínica que ocurre al mismo tiempo que transcurre otra. Feinstein incluía algunas sintomatologías que no son consideradas enfermedades, por ejemplo las náuseas y la pérdida de peso.

Posteriormente el concepto se utilizó en Psiquiatría para designar la presencia simultánea de dos entidades psicopatológicas. José Tenorio Iglesias (2000) y Marcos Sierra (2009) confirman que en la actualidad la comorbilidad remite a la simultaneidad de dos trastornos: en este caso adictológicos y psiquiátricos.

Según *Patología dual*, libro de Miguel Del Nogal publicado del año 2015, la ocurrencia de comorbilidad entre patología psiquiátrica y consumo de drogas se puede explicar a partir de cuatro modelos que, brevemente serán caracterizados a continuación: el modelo *cronológico*, modelo *etiológico*, *epidemiológico* y *terapéutico*.

#### -Modelo cronológico

Establece tres condiciones referentes al orden de presentación de la comorbilidad. Un trastorno puede preceder al otro, ambos pueden surgir simultáneamente, o bien no se puede establecer cuál de los dos fue el primero en aparecer en la secuencia temporal. Los órdenes posibles de aparición que el Modelo presenta son:

*Trastorno Psiquiátrico Primario*: el trastorno mental tiene inicio antes que el consumo de sustancias.

*Trastorno Primario por Consumo de Sustancias*: el trastorno por consumo de drogas se da antes que la aparición de los síntomas de trastorno mental. Los síntomas asociados a la ingesta de sustancias de manera reciente no entran en esta categoría por relacionarse a una intoxicación.

*Trastorno de Patología Dual Simultáneo*: en esta categoría no es clara la aparición de un orden cronológico para alguno de los trastornos, o bien ambos trastornos comenzaron de manera simultánea.

#### -Modelo etiológico

Explica las causas de aparición de trastornos comórbidos. El Modelo presenta variantes: la etiología de base biológica, la de base psicológica, la de causa compartida, la bio-psico-social y la de la independencia.

El *modelo etiológico de base biológica* establece que los efectos de una sustancia provocan un trastorno mental.

El *modelo etiológico de base psicológica* indica que a través de determinados mecanismos, por ejemplo la automedicación, la persona desarrolla un trastorno por uso o abuso de sustancias.

El *modelo etiológico de causa compartida* establece que la simultaneidad de trastornos son resultado de variables que pueden referirse a aspectos ambientales, genéticos u otros.

El *modelo etiológico bio-psico-social* estudia la simultaneidad de trastornos derivados de factores biológicos, sociales y psicológicos.

El *modelo etiológico de la independencia* establece que son distintas las causas que originan los diferentes trastornos, pero que cuando éstas coexisten se establece una interacción mutua.

-Modelo epidemiológico: centra sus estudios en datos aportados por análisis de factores de vulnerabilidad, protección y coincidencia.

-Modelo terapéutico: centra sus teorías en la interferencia de los trastornos psiquiátricos en el tratamiento farmacológico por consumo de drogas. Por ejemplo, ideas paranoides pueden dificultar la ingesta de medicamentos.

Del Nogal encuentra válido para este tipo de comorbilidad el análisis de variables que intervienen en las bases neurobiológicas: las proyecciones de la dopamina<sup>10</sup> sobre el núcleo accumbens<sup>11</sup>, el aumento de cortisona y la mayor sensibilidad a los efectos de las drogas, la impulsividad y los factores familiares, personales e interpersonales.

El autor de *Patología dual* resalta el hecho de que la asociación entre trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias incrementa el deterioro biopsicosocial, provocando mayores conductas de riesgo, conductas suicidas, mayor riesgo de padecer

---

<sup>10</sup> La dopamina es un neurotransmisor relacionado a la regulación de las emociones, las motivaciones y la regulación del placer. Forma parte del denominado sistema de recompensas, pues suele recompensar cierto tipo de comportamientos naturales. La sobrestimulación de dopamina causada por consumo de drogas puede producir efectos que terminen reforzando el consumo de drogas. (NIDA, 2014) Extraído de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>. Recuperado el 25/08/2016

<sup>11</sup> El núcleo accumbens es un grupo de neuronas del encéfalo, su función está relacionada con el placer y la recompensa, por lo que tiene que ver con procesos relacionados al aprendizaje y las emociones. Se vincula con los procesos que pueden llevar a una persona a desarrollar una adicción (Bustos, 2008).

otras enfermedades (como el VIH o hepatitis), mayor posibilidad de involucrarse en problemas ilegales, mayor posibilidad de indigencia y malos resultados terapéuticos.

## 5.2 Psicopatología, ¿en qué consiste?

Realizar un repaso histórico acerca del concepto de psicopatología excedería los cometidos de esta investigación, pero además sería un cometido ingenuo pensar que una revisión histórica podría producir un producto acabado y exacto del término. El concepto de *psicopatología* se muestra permeable a lo largo del tiempo y de las teorías que lo condicionan. En efecto, la Psicopatología forma parte del campo de la salud mental, se relaciona con los trastornos psicóticos y otros trastornos psiquiátricos, y está condicionada a fenómenos históricos, culturales, geográficos y políticos.

Según la psiquiatra argentina Elisa Norma Cortese en el *Manual de psicopatología y psiquiatría*, la Psicopatología es “la rama de la Psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales.” (2004. p:8). La autora rescata algunas distinciones, como el que la Psicopatología tiene que ver con el estudio del sufrimiento, pero no de cualquier sufrimiento, sino específicamente de los signos y causas del sufrimiento y los trastornos psíquicos. Dicha concepción deja de lado los sufrimientos físicos, a menos que el sufrimiento tenga relación con el psiquismo y se convierta en sufrimiento psico-físico. Tampoco abarca los sufrimientos a causa de los problemas de la vida cotidiana, como puede ser el aumento de tarifas y la disminución del poder adquisitivo.

En el *Manual de Psicopatología* (2009), los clínicos españoles (Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos) sostienen que históricamente la Psicopatología ha intentado sumarse a alguna de las grandes concepciones históricas del modelo organicista, pues desde sus comienzos intentaba fisiologizar la “locura” no desde un método clínico con experimentación rigurosa, sino desde supuestos con escasos fundamentos. Los autores ubican como primer representante de la Psicopatología a Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), quien planteó que los distintos tipos de enfermedades mentales no eran especies morbosas, sino complejos sintomáticos que varían con la evolución del tiempo.

Posteriormente el psiquiatra Emil Kraepelin (1855-1926) resumió los diferentes sistemas de clasificación de enfermedades mentales propuestos durante el siglo XIX. Kraepelin es uno de los nombres más citados en las discusiones sobre clasificación

psicopatológica, puesto que promovió la investigación aplicada para comprender las bases neurofisiológicas del comportamiento “anormal” apoyado en estudios sobre trastornos mentales e intentando delimitar y medir las funciones mentales. El *Manual de Psicopatología* indica que Krapelin estudió detenidamente a las personas que presentaban alguna enfermedad mental con la intención de generalizar los distintos trastornos. Los sistemas de clasificación actuales todavía siguen manteniendo la base de sus propuestas fundamentadas en un modelo médico que tiene por base la agrupación de pacientes con trastornos similares. Pese a que en la época no estaban dadas las condiciones, Krapelin intentó construir un sistema clasificatorio, pero presentó incoherencias internas. De todas formas, su trabajo de laboratorio desencadenó un importante criterio para diagnosticar: tener en cuenta el curso evolutivo de la enfermedad en vez de la sintomatología.

En 1957 el psiquiatra suizo Adolf Meyer (1866-1950) publicó *Psicobiología*, libro en el que pretendió sustituir el concepto de enfermedad mental por el de tipos de reacción. Entendiendo los tipos de reacción como un conjunto de signos y síntomas que se agrupan en determinada alteración y la caracterizaban. Según Belloch, Sandín y Ramos los desórdenes mentales no eran sino formaciones de hábitos establecidos de un modo progresivo; en consecuencia, el tratamiento debía consistir en enseñar hábitos nuevos y eliminar los anteriores: una idea semejante a la que subyace en autores del tratamiento moral francés e inglés y en muchas técnicas actuales de modificación de conducta. (2009: 25)

En el *Manual de Psicopatología* los autores mencionan al concepto de “etiqueta diagnóstica”, el cual formula un diagnóstico sin tener en cuenta la compleja integralidad del ser humano y condiciona su evolución.

Por su parte, el filósofo y psiquiatra alemán Karl Jaspers (1883-1969) incluye en la Psiquiatría la idea de que los trastornos psiquiátricos se miden en procesos y describe algunas estrategias para entenderlos. Dichas estrategias provienen de tres formas de obtener información complementaria: la psicopatología general (que estudia la vida psíquica), la psicopatología comprensiva (que estudia el espíritu) y la psicopatología explicativa (que estudia la conciencia) (Belloch, Sandin y Ramos, 2009). Desde una formación psicoanalítica Jaspers combinó la Psiquiatría, la Medicina, la Filosofía y las Humanidades, pues según él la investigación debería complementarse con reflexiones permanentes sobre la experiencia humana. Su principal preocupación, según Fuchs, Breyer y Mundt (2014) y Rodio (2007), era poner orden en el campo de las descripciones minuciosas de los fenómenos subjetivos, establecer definiciones concisas de conceptos

y clasificaciones sistemáticas de los tipos de trastornos, con la intención de conferirle a la Psiquiatría un método válido.

Por María del Carmen Núñez y Gabriela Prieto (2008) y por Da Silva Rodio (2007), puede saberse que el psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967) retomó parte de los trabajos de Krapelin y Jaspers, y elaboró marcos para la Psicopatología clínica, otorgándole un papel preponderante al diagnóstico enfocando más la forma que el contenido del trastorno mental. En efecto, Schneider creía en la importancia de la manera de atender al paciente y en el contenido como el argumento del diagnóstico. Esas ideas dieron lugar posteriormente al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El primero de dichos manuales apareció en 1952, los profesionales aceptaban que su uso era efectivo para utilizar en diagnósticos a los de psicosis con base orgánica, pero tuvo un uso limitado debido a que no se adecuaba a otras categorías, por lo cual, según Victoria del Barrio Gándara (2009), dejó de utilizarse.

El DSM continuó evolucionando hasta que la APA estableció un grupo de trabajo para realizar el DSM-III (APA, 1980). La nueva edición difería notoriamente de las anteriores, pues en principio, las manifestaciones clínicas fueron delimitadas por sus síntomas y con énfasis en las causas (idea que retoma planteos de Krapelin). Además, se otorgó un nuevo nombre y clasificación a los trastornos que se acompañaron por una serie de síntomas específicos diagnósticos. Aunque algunos profesionales criticaron el hecho de que el DSM-III presentaba muchas limitaciones diagnósticas no obstante, Sadock y Sadock (2000) afirman que fue el libro de referencia de muchos profesionales que trabajaron en el ámbito de la salud mental en la época de su aparición hasta la publicación en 1994 del DSM-IV. Actualmente está vigente el uso del sistema DSM 5 (APA, 2013).

La función de los manuales sobre Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es sistematizar, analizar, interpretar y comparar datos sobre mortalidad y morbilidad entre diferentes países, áreas y épocas. Atribuyen una numerología a determinados términos diagnósticos y problemas de salud. En la práctica clínica los manuales CIE son los que se utilizan mayoritariamente en instituciones médicas con propósitos epidemiológicos y de administración en los servicios de salud. Según Mestre (2011) la Organización Mundial de la Salud viene coordinando la revisión periódica de la CIE desde 1948. Al día de la fecha el sistema CIE es el numero 10 (OMS, 1992).

En el libro *Psiquiatría, fundamentos de Medicina* (2010) Ricardo Toro realiza una distinción (funcional a los efectos de esta investigación) de los modelos que estudian la normalidad y la psicopatología. Tales modelos se diferencian básicamente en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales: el modelo médico, los modelos psicológicos y el modelo social.

El *Modelo Médico*, también denominado orgánico o biológico, postula la etiología de los trastornos psiquiátricos con bases orgánicas. En los últimos tiempos, dado el gran desarrollo de las neurociencias, este modelo viene tomando relevancia y se esperan más investigaciones sobre todos los trastornos mentales. Según este modelo es preciso establecer un diagnóstico, en base al resultado realizar un pronóstico y recomendar un tratamiento para corregir la 'anomalía'. La tendencia actual es la de complementar los resultados de los diagnósticos médicos con los de otras disciplinas.

Los *modelos psicológicos* más influyentes que explican en estos tiempos los tipos 'normal' y 'anormal' del funcionamiento psíquico, según los colombianos Ricardo Toro y Luis Yepes (2010) son la teoría psicoanalítica y la teoría del aprendizaje. Con respecto a la teoría psicoanalítica estos autores indican su extrema complejidad, pues "Plantea una serie de etapas en el desarrollo psicosexual del individuo donde algún problema en el desarrollo de esas implica una fijación a la misma con el potencial de generar psicopatología en la niñez o vida adulta." (2010: 2).

Por otro lado, la teoría del aprendizaje, desde un enfoque conductista en relación con la psicopatología, se basa en las teorías del condicionamiento clásico y operante. El condicionamiento clásico relacionado con los aspectos tempo-espaciales de los estímulos y el condicionamiento operante es el reforzamiento de la respuesta, lo que condiciona la repetición de la conducta. Desde este enfoque la conducta normal o la que es considerada anormal aparecen reflejadas por el condicionamiento y es este lo que determina su repetición. Por lo tanto los tratamientos se basan en la deshabitación o el descondicionamiento o extinción de la conducta que se considera patológica.

### **5.3 Consumo de drogas**

La Organización Mundial de la Salud ya desde el año 1994 definía la sustancia psicoactiva (o drogas) así:

Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, por ejemplo, a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. 'Psicoactivo' no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones 'consumo de drogas' o 'abuso de sustancias'. (1994: 59)

La importancia de esta definición radica en la eventualidad de que el consumo de sustancias altera funciones del cerebro o del sistema nervioso central.

Además de la categorización recién nombrada sobre tipos de sustancias (legales o ilegales) el NIDA (2014) propone categorías dependiendo de los efectos que las drogas causan en el organismo: drogas depresoras, estimulantes, analgésicas y alucinógenas.

Las *drogas que deprimen* retrasan la actividad del Sistema Nervioso Central y van disminuyendo su ritmo. Ingresan en esta categoría el alcohol y los solventes.

Las *drogas que estimulan* son las que excitan la actividad nerviosa y, contrariamente a la categoría anterior, incrementan el ritmo de las actividades. Las sustancias que componen esta categoría son la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas y el tabaco.

Las *drogas analgésicas* provocan sensaciones de relajación, analgesia y disminución en los reflejos. Esta categoría se caracteriza porque las sustancias que la componen tienen una fuerte capacidad para provocar dependencia física, dado su alto nivel adictivo. La categoría se compone de morfina, heroína y sus derivados.

Las *drogas alucinógenas* provocan alteraciones del estado de conciencia, distorsionan la capacidad de percepción del tiempo y el espacio, dan cambios bruscos en los estados de ánimo y alteran las cualidades perceptivas. En esta categoría se encuentran la dietilamida de ácido lisérgico (conocida como ácido, o como LSD) y la marihuana.

No se ha hallado un solo parámetro para definir el patrón de consumo de las personas y diferenciar cuándo hay consumo problemático o relación de dependencia con una sustancia. Algunos criterios tienen en cuenta la frecuencia e intensidad del consumo, los contextos de consumo y la presencia de dependencia o de abuso de la sustancia.

La dependencia es la manera más extrema del consumo, por lo general se asocia a un uso diario de sustancias, y es identificada en términos generales por síntomas como la tolerancia, la abstinencia, la recaída y el cambio en las prioridades a favor del consumo de la droga, vale decir que la persona privilegia cualquier actividad relacionada al consumo de sustancias antes que otras actividades que antes tenían importancia. (Heyman, 2010).

Existen varias categorías de clasificación de usuarios consumidores de sustancias, una de ellas es la clasificación de consumo según la interacción con la sustancia: uso, y uso problemático o dependencia (JND, 2016).

Usuarios que tienen un consumo *de uso* son aquellos que por la cantidad que consumen, por su frecuencia o por las pocas consecuencias negativas (físicas, laborales, sociales, etc.) que acarrea el consumo no ven afectada su vida. Se dice que estos usuarios practican un consumo no problemático de las sustancias.

La categoría *uso problemático* remite a personas que consumen sustancias y que ello representa consecuencias negativas (físicas, laborales, sociales, etc.), en la vida. El consumo de sustancias puede presentar un uso problemático incluso cuando es en pocas cantidades, pues de igual modo puede significar un peligro por el hecho de incumplir con deberes legales.

El consumo queda entonces calificado como “dependencia” cuando la vida del sujeto gira en torno a privilegiar la actividad del consumo por sobre otras actividades que antes consideraba importantes. En efecto, la persona dedica una gran cantidad de tiempo a planificar su consumo, a conseguir la sustancia y a recuperarse de los efectos secundarios.

Una publicación reciente de México, que tuvo como coordinador a Ramón de la Fuente (2015) establece que existen diferentes tipos de clasificaciones para usuarios de sustancias. Una clasificación se divide tomando en cuenta la frecuencia e intensidad del consumo, los contextos donde se emplea la sustancia y la presencia de abuso de sustancia o dependencia. Otra clasificación tiene que ver con la cantidad y el contexto del consumo: usuarios de consumo ligero, de consumo regular y consumo intensivo o pesado. Por último la publicación menciona la clasificación según usuarios no problemáticos y usuarios problemáticos. Los usuarios no problemáticos son aquellos que no han tenido repercusiones en ningún ámbito de la vida y los consumidores problemáticos se dividen en ‘usuarios problemáticos no dependientes’ (aquellos que el consumo ya genera algunas consecuencias en algunas esferas de la vida pero no

cumplen con los criterios del DSM para diagnosticar dependencia) y 'usuarios problemáticos dependientes' (cumplen con los criterios DSM para calificar dependencia a sustancias).

Según el DSM 5, el diagnóstico se hace cuando la persona tiene dos o más síntomas de una lista de once que son distintos para cada sustancia. Por ejemplo, para identificar el trastorno por consumo de alcohol, la lista está compuesta por ítems que identifican un consumo de alcohol que provoca un deterioro clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes ítems en un plazo de doce meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo del alcohol provoca el abandono a la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de alcohol

- b. Se consumió alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia. (APA, 2013 p: 259-260)

Además, se establece el nivel de severidad en función de la cantidad de síntomas de dependencia detectados. La definición de trastorno relacionado con sustancias se divide en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias, y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación).

En la versión anterior del DSM (el DSM IV-TR, American Psychiatric Association, 2007) ya se mencionaba al abuso de sustancias como “patrón desadaptativo de consumo de sustancias” que comporta un deterioro o malestar clínicamente significativo. En ese manual el patrón de conducta se consideraba un consumo recurrente que desencadenaba el incumplimiento de obligaciones, consecuencias físicas, problemas legales y problemas de relaciones sociales.

La *tolerancia* a la droga tiene que ver con los cambios que se producen en el organismo debido al consumo de la droga. Se desarrolla un proceso de habituación a la sustancia, por lo que el consumidor deberá aumentar la dosis para conseguir los efectos deseados ya experimentados anteriormente. La sustancia por lo tanto con el uso continuado va produciendo cada vez un menor efecto en la persona.

La *abstinencia* tiene que ver con los síntomas que se dan a nivel físico y psíquico cuando se quita el consumo de la sustancia. El grado de malestar depende mucho de la sustancia administrada, de las dosis consumidas y del tiempo que se administró la última dosis. Por lo general el síndrome de abstinencia se deshabilita cuando la persona desarrolla la deshabituación a la sustancia o cuando vuelve a consumir.

La *recída* tiene que ver con proponerse la abstinencia y no lograrla y, por último, el cambio en las prioridades a favor de la droga se identifica cuando el consumidor prioriza el consumo por sobre otras actividades que antes privilegiaba, incluso sin importarle las consecuencias.

#### **5.4 Modelos que explican las adicciones**

-*Modelo etiológico* propuesto por Edwards, Arif y Hadgson en 1982. Conceptualiza el consumo de drogas como una conducta que se da en la interacción entre las

características de la persona y del ambiente diferenciando factores sociales e individuales. Dentro de los factores sociales se encuentran la integración con el grupo, la interacción familiar, el uso de drogas en la familia, las normas sociales del grupo, disponibilidad de la droga y variables demográficas. Dentro de los factores individuales se encuentran la experiencia precoz con drogas, el desarrollo psíquico, los rasgos de la personalidad y los estados de ánimo susceptibles de ser modificados por el efecto de una droga. Este modelo toma en cuenta la cultura y el momento histórico. En algunas sociedades el consumo puede considerarse como una falta de moral, mientras que en otras sociedades puede permitirse, tolerarse incluso estimularse (Drake y Wallach, 2000; Pons Diez, 2008).

*-Modelo epidemiológico.* Fue adoptado por el campo de la Medicina con la intención de hallar causas y desarrollar intervenciones. Independientemente de que las personas estén predispuestas a experimentar trastornos por uso de sustancias estas conductas dependen de sus experiencias ambientales (Sloboda, Glantz, y Tarter, 2012). El modelo incorpora los “factores de riesgo” que condicionan el consumo y abuso de drogas. Lo opuesto a este concepto es conocido como “factores de protección”, que son las condiciones que reducen el consumo de drogas. No existen factores de riesgo que determinen la conducta de consumo, sin embargo, resulta imprescindible la identificación y atención oportuna de los mismos (Becoña, 2002).

*-Modelo farmacológico.* Explica el consumo de drogas basándose en una relación directa entre la persona y la magnitud del consumo de sustancias. Bajo este enfoque la droga determina la adicción (Newcomb, 1992). Galende (2008) realiza una comparación sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas, y establece que aunque su consumo tenga intenciones diferentes, siguen el mismo camino: suspender el pensamiento, aligerar la carga del existir, quitar la ansiedad, la angustia, etc. Las personas que logran mejorar la sintomatología mediante el consumo o la ingesta de psicofármacos logran “callar” su síntoma, por lo que muchas veces creen que se soluciona el problema, cuando en realidad sigue presente aunque se encuentra “mudo”. La ingesta de sustancias para alterar la conciencia y así aliviar el peso de los conflictos no es novedosa, ni tampoco es parte de la invención de la Psiquiatra. Desde tiempos remotos se consumen sustancias (como el opio, el alcohol, los hongos, etc) para alterar los estados de conciencia y así hacer más llevadera la vida cotidiana (Galende, 2008).

-*Modelo ecológico*. Explica el consumo de sustancias desde diversos sistemas que interactúan continuamente con el individuo e impactan directa e indirectamente en su conducta de consumo. El modelo divide cuatro subgrupos: los *microsistemas*, los *mesosistema*, el *exosistema* y el *macrosistema*. Los *microsistemas* remiten al rol de la persona, las relaciones interpersonales que experimenta con el entorno y el patrón de actividades. El *mesosistema* se refiere a la relación que se da entre grupos de diferentes ámbitos (familia, trabajo, grupos). El *exosistema* describe cómo determinados medios sociales afectan el desarrollo de la persona y el consumo. Por último el *macrosistema* es el más amplio y remite a las formas de organización social, como los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura. (Bronfenbrenner, 1979) Desde este modelo la persona está en permanente intercambio con el contexto social.

-*Modelo multidimensional*. Es una extensión del modelo farmacológico y señala que el consumo asume características multifacéticas. Se da en distintos ambientes por lo que no existe un factor capaz de predecir cuándo se va a dar el inicio del consumo, ni tampoco los factores que contribuyen al mantenimiento. El modelo reconoce la existencia de factores de riesgo tanto individuales como sociales, precedentes y estables del consumo. También reconoce que el tipo de droga, la cantidad, la frecuencia y las expectativas que deposita el consumidor son elementos imprescindibles para explicar el consumo problemático (Babor, 1992).

-Otros modelos: el modelo jurídico represivo, el modelo médico sanitario, el modelo sociocultural, el modelo geopolítico estructural, la etnobotánica y el modelo hologramático (Fernández, 2000).

## **5.5 Factores de riesgo**

Se dice que los factores de riesgo incrementan las oportunidades de que una persona consuma drogas, y que los factores de protección pueden reducir tales riesgos. Cabe acotar que lo que puede ser considerado un factor de riesgo para una persona, puede no funcionar de la misma manera en otra. Por ejemplo, no es válido deducir que del

hecho de que un niño haya sido criado en un contexto familiar violento, ese niño desarrolle una adicción. En la siguiente tabla se pueden apreciar ejemplos claros de factores de riesgo y factores de protección desarrollados por el NIDA.

Tabla 1

Factor de Riesgo	Comportamiento agresivo en la infancia	Falta de supervisión	Habilidades sociales deficientes	Experimentación con las drogas	Disponibilidad de drogas en la escuela	Pobreza en la comunidad
Factor de protección	Buen autocontrol	Supervisión de los padres y apoyo parental	Relaciones positivas	Competencia académica	Políticas escolares contra las drogas	Fuertes lazos en la comunidad

Fuente: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>

Los riesgos pueden clasificarse de acuerdo a dos dominios principales: individuales y externos. Los factores internos son genéticos, biológicos y psicológicos. Los genéticos están enfocados en el estudio de relación entre el consumo de sustancias de los progenitores y la conducta de consumo de los hijos. La vulnerabilidad ha sido estudiada en investigaciones con animales y humanos, los resultados indican que aun existiendo vulnerabilidad genética el ambiente es un elemento primordial de exposición a las sustancias. Por ejemplo, la crianza en una familia consumidora constituye un factor de riesgo, puesto que los hijos pueden llegar a desarrollar abuso o dependencia de sustancias, pero no es una relación directa (Danielsson, Romelsjö y Tengström, 2011; Plomin, 1991; Rende, 1993).

Otro factor de riesgo importante es la personalidad, la búsqueda de sensaciones nuevas y los rasgos de personalidad antisocial pueden contribuir al inicio y mantenimiento de la conducta de consumo (Becoña, 2002; Egan, Horn, Monahan, Arthur, y Hawkins, 2012). Hernández, Fernández, Leza, y Lizasoain (2009) identificaron otros factores de riesgo, entre ellos la curiosidad, la intención de pertenencia a un grupo, la manifestación de

independencia, la rebeldía, la búsqueda de nuevas experiencias, la sensación de tranquilidad y el escape de sensaciones desagradables.

Las enfermedades crónicas también constituyen factores de riesgo. El ejemplo de la automedicación es claro cuando existen enfermedades que provocan malestares, ya que algunas personas se automedican para calmar dolores (Becoña, 2002).

La edad también es un factor de riesgo, más que nada la adolescencia, una edad en que se experimenta el fenómeno denominado ascendencia, que tiene que ver con el inicio del consumo de sustancias legales y el riesgo posterior de continuar consumiendo las ilegales (ir de drogas “leves” a drogas “duras”) (Fernández, Rodríguez , Pelayo y Belmonte, 2005)

## **6. Diagnóstico de comorbilidad por trastornos psiquiátricos y consumo de drogas. Problemas y recomendaciones.**

Para establecer el diagnóstico es una prioridad indagar cuáles son los aspectos claves, con el fin de seleccionar e impartir el tratamiento integral que resulte más efectivo. Sin embargo, existe dificultad en la detección diagnóstica de comorbilidad psiquiátrica por consumo de drogas, en particular debido a la superposición de síntomas provenientes de patologías duales lo que complejiza los procesos de detección diagnóstica, pues, como confirman Marcos Zaleski, Rolando Laranjeira y otros (2006), un trastorno puede agravar o enmascarar al otro.

Por su parte, Marta Torrens Melinch (2008) indica que el proceso diagnóstico de usuarios consumidores de sustancias con trastornos psiquiátricos supone dos problemas fundamentales. El primero es que el consumo agudo de drogas y los efectos crónicos de consumo prolongado simulan síntomas de trastornos mentales y dificultan establecer diferencias entre una ingesta aguda, un consumo prolongado, síntomas psicopatológicos y síndrome de abstinencia. El segundo problema deriva de que los trastornos psiquiátricos son un conjunto de síndromes, y no una fisiopatología conocida con marcadores biológicos claros que puedan favorecer la evidencia y validación de los diagnósticos.

Para subsanar la complejidad diagnóstica Redes et al. (2013) sostienen la pertinencia de articular contribuciones de diferentes especialistas (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales), pues la mirada interdisciplinaria aporta datos relevantes para la elaboración diagnóstica y, por ende, para la planificación terapéutica.

La detección de este tipo de comorbilidad fue facilitada por la aceptación de sistemas nosológicos como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE), los cuales posibilitan establecer la coexistencia de un trastorno mental junto con un cuadro adictivo. Para desarrollar diagnósticos, y que sean acertados a efectos del abordaje terapéutico y la prevención de recaídas, es necesario –según Zaleski (2006)– realizar entrevistas iniciales o mediciones de observación clínica.

Juan Ignacio Mestre (2011) explica que cuando en las instituciones no existen procedimientos directos para establecer diagnósticos psiquiátricos, se puede aplicar la técnica del *Longitudinal Expert with All Data* (LEAD), desarrollada por Eliot Spitzer en 1983. La técnica implica tres momentos básicos: evaluación longitudinal, entrevista realizada por expertos y utilización de todos los datos disponibles.

## **6.1 Recomendaciones para las prácticas diagnósticas**

Una de las organizaciones que trabaja en estos temas es *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA), desde donde se recomienda aplicar los siguientes siete criterios para establecer diagnósticos oportunos y certeros: aplicar técnicas motivacionales, identificar la etapa de cambio, determinar comorbilidad, encuadrar el tipo de tratamiento, reconocer las necesidades específicas, evaluar integralmente, y establecer reuniones interdisciplinarias para realizar el diagnóstico. (SAMSHA, 2005).

En el *Tratado de Patología Dual* Ricardo Nanni (2009) recomienda, antes de realizar un diagnóstico psiquiátrico, observar al usuario en un periodo libre de sustancias de 3 a 6 semanas en un servicio de desintoxicación, a efectos de estabilizar el funcionamiento de la persona sin los efectos del consumo agudo.

Con respecto a las técnicas motivacionales en el diagnóstico se utilizan para propiciar que se proporcione información precisa, suficiente y apegada a los hechos a los

usuarios y fomente la vuelta al tratamiento. Se necesita establecer una relación empática, que propicie el ambiente de confianza, comunicación y seguridad. La expresión permite identificar los objetivos del usuario y le permite reconocer como el patrón de consumo interfiere directamente con sus objetivos (Negrete, 2003). Estas técnicas se enfocan en un trabajo colaborativo y orientado a objetivos que presta especial atención al lenguaje del cambio. Se diseñó con la intención de reforzar la motivación personal, el compromiso con un objetivo específico, y explorando los motivos que tiene la persona para cambiar, en una atmosfera de aceptación y compasión. Los aspectos fundamentales son la colaboración, aceptación, compasión y la evocación (Miller & Rollnick, 2015).

Posterior a realizar una buena empatía con el usuario, la siguiente recomendación tiene que ver con determinar la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario, según el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (1992). Cuando se logra identificar la etapa de cambio el paso posterior es detectar si existe comorbilidad de un trastorno psiquiátrico asociado. Se recomienda examinar rutinariamente la ocurrencia de trastornos mentales concurrentes en personas con abuso de sustancias y valorar si se presentan trastornos por uso de sustancias en personas que presentan un trastorno mental.

## **6.2 Técnicas diagnósticas para medir trastornos psiquiátricos, características y severidad del consumo de sustancias.**

El *Formulario de Evaluación de Salud Mental-III* (Mental Health Screening Form) es un instrumento de tamizaje que permite detectar padecimientos psiquiátricos. Está compuesto por 18 preguntas a las que debe responderse por 'sí' o por 'no' y que permiten obtener una puntuación total. Los trastornos que detecta son: esquizofrenia, trastornos depresivos, estrés postraumático, fobias, trastorno explosivo, delirante, sexuales y de identidad de género, de la alimentación (anorexia, bulimia), episodio maníaco, trastorno de pánico, obsesivo-compulsivo, juego patológico y retraso mental. El MHSF-III ha sido utilizado con distintas poblaciones y ha exhibido buena fiabilidad (test-retest,  $r > ,80$ ) y la validez convergente (Carroll & McGinley, 2001).

La Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (M.I.N.I. PLUS, por su sigla en inglés: Mini international neuropsychiatric interview) es una entrevista estructurada cuyo tiempo de aplicación lleva entre 15 y 20 minutos. Fue desarrollada para utilizarse según los

criterios DSM-IV y CIE-10. Identifica 15 trastornos del Eje I, un trastorno del Eje II y tendencias suicidas, ellos son: episodio depresivo mayor , trastorno distímico , riesgo de suicidio , episodio maníaco, trastorno de angustia , agorafobia , fobia social , trastorno obsesivo- compulsivo , estado por estrés postraumático , dependencia de alcohol , dependencia de sustancias (no alcohol), trastornos psicóticos, anorexia nerviosa , bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno antisocial de la personalidad (Sheehan y otros, 1998). Este test ha demostrado ser una herramienta válida en su adaptación al idioma español, con una consistencia interna de los ítems del cuestionario alta ( $\alpha = ,97$ ). (Brandt et al., 2014)

*El test Breve Inventario de Síntomas* (Brief Symptom Inventory en inglés), creado por Derogatis en el 2001, es un instrumento conformado por 18 preguntas. Mide ansiedad ( $\alpha= ,87$ ), depresión ( $\alpha=,99$ ) y somatización ( $\alpha= ,96$ ) en 9 subescalas, con buena confiabilidad según Aragon, Bragado y Galan (2000). Los usuarios evalúan cada uno de los ítems en una escala Likert de 5 puntos, y se obtiene un índice global de puntuación. Este instrumento se puede utilizar para dar seguimiento a los usuarios de una sesión a otra o durante períodos más largos de tiempo. (SAMSHA, 2005).

El *Índice de Gravedad de la Adicción* (Addiction Severity Index en inglés) elaborado por McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom y Pettinati en 1992, es un instrumento que detecta problemas relacionados a la salud mental, el consumo de drogas y la vía de administración, actividades ilegales adicionales, alteraciones emocionales, físicas y abuso sexual, calidad del entorno de recuperación y la historia de las relaciones personales cercanas. En su versión número 6 en español, presenta un buen comportamiento psicométrico, según una investigación a población española los niveles de consistencia oscilan entre 0,47 y 0,9 y los valores de test-retest oscilan entre 0,36 y 1. (Casares, et al 2010)

La *Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias* es un instrumento desarrollado por Marsden y otros en el año 2000 que evalúa la comorbilidad psiquiátrica en personas que presentan consumo de alcohol u otras sustancias. Consiste en una entrevista semiestructurada que mide los trastornos del eje I y II en las clasificaciones nosológicas del DSM. Adicionalmente mide los síndromes de abstinencia y diferencia los trastornos psiquiátricos.

La *Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones (HCPA)* es una historia clínica especializada que resume la condición bio-psico-social del usuario. Tiene 329 reactivos de opción múltiple en su mayoría y requiere de 90 minutos de aplicación.

Evalúa datos sobre el uso de sustancias, las conductas adictivas, los antecedentes y las consecuencias del consumo, así como alteraciones físicas y mentales. (Souza, 2015)

La *Lista de verificación de síntomas-90* (SCL por su sigla en inglés Symptom Checklist) es un cuestionario de 90 reactivos de escala tipo Likert que puede ser autoaplicable. Indaga la somatización, el trastorno obsesivo-compulsivo, la sensibilidad interpersonal, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide y el psicoticismo. (Derogatis, 1977) En una investigación en población clínica Argentina se obtuvieron buenos niveles de consistencia interna para todas las escalas ( $\alpha = ,72$  a  $,86$ ) y para el índice general ( $\alpha = ,96$ ). (Sanchez y Ledezma, 2009)

La *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST por sus siglas en inglés: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) es un instrumento de tamizaje que detecta el grado de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínicos, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Se trata de un cuestionario de ocho preguntas, requiere un tiempo para su contestación de entre 5 y 10 minutos, su puntuación indica el nivel de riesgo para cada sustancia (bajo, moderado o alto), y en cada caso determina la intervención más adecuada. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

El *Test de Identificación por trastornos por consumo de alcohol* (AUDIT por su sigla en inglés: Alcohol Use Disorders Identification Test) es un test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol. Es un test de tamizaje que cuenta con 10 preguntas y se aplica en poco tiempo. Identifica a personas cuyo patrón de consumo excesivo es perjudicial o de riesgo de alcohol, y proporciona información relevante en las intervenciones breves. (Babor, Biddle, Saunders y Monteiro, 2001)

El *Inventario Situacional Consumo de Alcohol* (ISCA, Annis, 1982) es un instrumento que consta de 100 reactivos que evalúan situaciones de riesgo en el consumo de alcohol y permiten planificar el tratamiento y el proceso de recaída.

La Lista de Indicadores de Etapa de Cambio (LIEC) es un instrumento para evaluar en qué etapa de cambio se encuentran los usuarios de sustancias. Indaga esta información a través de un cuestionario. La recolección de esta información brinda herramientas sobre los factores cognitivos y conductuales e indaga sobre la motivación al cambio por la que atraviesa un consumidor de sustancias. Entre ellas las sub-áreas de: determinación-pensamientos ( $\alpha = ,82$ ), acción-pensamientos ( $\alpha = ,80$ ), acción-conductas ( $\alpha = ,82$ ), mantenimiento-pensamientos ( $\alpha = ,85$ ), mantenimiento-conductas ( $\alpha = ,84$ ),

precontemplación-pensamientos ( $\alpha =,75$ ), precontemplación-conductas ( $\alpha =,71$ ), contemplación-pensamientos ( $\alpha =,74$ ), contemplación-conductas ( $\alpha =,63$ ) y determinación-conductas ( $\alpha =,67$ ). (García y Oropeza, 2009)

La *Escala de satisfacción general* evalúa 10 diferentes áreas de la vida cotidiana y evalúa la escala de satisfacción del usuario en su funcionamiento cotidiano en una escala Likert que va desde 1 hasta 10 puntos. (Barragán, Flores, Hernández, Ramírez, Ramírez y Pérez, 2014)

La *Escala Wechsler de Inteligencia para adultos* permite realizar una evaluación cognitiva de adultos entre los 16 y 90 años. Indaga el índice de comprensión verbal, el razonamiento perceptual, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Además, realiza un puntaje general (15 en total) y permite la sustitución de algunas pruebas por la aplicación de algún subtest específico. (Rosas et al., 2014) En usuarios con problemas de consumo la aplicación de subtests de retención de dígitos y símbolos y dígitos permite detectar características del funcionamiento cognitivo referentes a la atención y memoria inmediata, percepción y velocidad viso-motora.

Realizar estos tipos de test representa una ventaja ya que detectan problemáticas asociadas, sus intensidades y las características del problema a tratar. Además, la validez y confiabilidad de estos test breves colabora en brindar datos que permiten planificar futuras intervenciones. Integrar y precisar los resultados de la evaluación diagnóstica a fin de detectar el tipo de trastornos presentes que necesitan incluirse en el reporte diagnóstico nosológico o descriptivo permite tomar decisiones pertinentes al tipo de tratamiento que favorezca la recuperación del usuario.

## **7. Tratamientos de adicciones**

Carroll y Onken (2005) indican que los estudios de eficacia en los tratamientos eran escasos antes de la década del 80. Cuando comenzó a priorizarse la sistematización y la evaluación de los métodos de tratamiento la situación cambió y se comprobó la eficacia de las intervenciones conductuales para la atención de trastornos psiquiátricos. A principios de la década de los 90 la evolución de esas técnicas incorporó el entrenamiento para los terapeutas, la selección de las poblaciones de estudio y las metodologías.

Entre los tratamientos por adicciones han tenido un amplio desarrollo los enfoques que se desprenden del *Paradigma Cognitivo Conductual*, en especial la *Teoría del Aprendizaje*. Tal teoría supone que la conducta apropiada (saludable) puede sustituir a la conducta insalubre. El tratamiento hace énfasis en el análisis funcional del consumo de drogas, busca comprender el beneficio que se le otorga a su uso teniendo en cuenta antecedentes y consecuencias, además incorpora el estudio de las habilidades del usuario para reconocer las situaciones en que se encuentra más vulnerable a consumir drogas. Esto se hace con la intención de evitar situaciones de riesgo de consumo, y para lograrlo se planifican estrategias cognitivas conductuales (Marlatt & Gordon, 1985).

Un ejemplo de estrategias cognitivo conductuales para tratar las adicciones es el *Programa de Satisfactores Cotidianos*. El Programa funciona como una adaptación del *Programa Community Reinforcement Approach (CRA)*, desarrollado por Hunt y Azrin en 1973 y aplicado en población mexicana por Barragán et al. (2014) dentro del marco conceptual del análisis cognitivo-conductual. El Programa tiene como primer fin mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales de los usuarios, pretende incidir en el estilo de vida de las personas, para cual busca estimular hábitos saludables. Consta de 12 componentes para enseñar habilidades que permitan afrontar los problemas del consumo y desarrollar herramientas que permitan alcanzar metas.

El Programa comienza a partir del análisis funcional de la conducta de consumo con una entrevista estructurada y guiada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Le sigue la muestra de abstinencia, cuyo objetivo consiste en que el usuario experimente los beneficios de mantenerse sin consumo. A través de ésta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia. Posteriormente se aplica el componente de Metas de Vida Cotidiana, para estimular al usuario en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar y el armado de planes de acción para lograrlo.

Los componentes que le siguen tienen que ver con las necesidades puntuales del usuario para mantenerse sin consumo y se enfocan en habilidades específicas: habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones. Por último se aplica el componente de Prevención de Recaídas, para entrenar al usuario sobre las eventuales recaídas y los modos de recuperación.

A la luz de la Teoría del Aprendizaje, Shepard Siegel (1989) identifica dos procesos relevantes para entender el consumo de sustancias: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

El *condicionamiento clásico* es la conexión entre un estímulo nuevo y un reflejo que se encontraba existente. Los mecanismos fundamentales son la *habitación* y la *sensibilización*. La *habitación* es cuando el consumidor desarrolla un consumo agradable a su juicio, filtra algunos de los aspectos negativos de las consecuencias corporales y se queda con las positivas. La *habitación* cambia la respuesta al estímulo, no la sensación. La *sensibilización* se relaciona con el aumento de la estimulación sensorial cuando se consume de manera repetida. La respuesta a la estimulación aumenta con cada nueva experiencia de consumo. Los dos mecanismos seleccionan determinados aspectos y con cada nuevo consumo la persona desarrolla aspectos más placenteros del consumo de sustancias, esto por lo general regula el deseo de consumo ya que se forma una expectativa del efecto de la sustancia.

El *condicionamiento operante* remite a reforzadores, los positivos provocan recompensas agradables después del consumo. Vuchinich y Simpson (1998) desarrollaron el concepto de *reforzadores* negativos en el consumo de sustancias, pues pueden aminorar las sensaciones displacenteras y reducir las tensiones y las sensaciones desagradables. Es probable que si la persona consume alcohol para aliviar una situación desagradable, pueda desarrollar una conducta adaptativa, siempre que experimente dichas sensaciones. Los principales procesos derivados del condicionamiento operante que inciden en los mecanismos de tratamiento son de reforzamiento y castigo.

Algunas teorías de este Paradigma tomaron aspectos del Modelo Transteórico de Cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente en (1982). Los autores explican el cambio de la conducta de un individuo a partir de la motivación que tiene para modificar el estilo de vida y abandonar el consumo. Comprenden por motivación el estado de preparación de una persona para provocar conductas de cambio. Cuando estos autores lo relacionan al consumo de sustancias identifican una serie de etapas por las cuales el individuo atraviesa para provocar un cambio en su estilo de vida. La persona suele atravesar varias veces por los mismos procesos antes de cambiar de manera permanente. Las intervenciones sobre estilos de cambio tienen en cuenta diferentes tácticas dependiendo del momento de motivación (o de la etapa de cambio) en la que se encuentra el consumidor. Por lo general, según Prochaska y Di Clemente, los errores en los tratamientos se dan cuando los profesionales de la salud realizan intervenciones

sin tener en cuenta la motivación del usuario para cambiar, por ello proponen seis etapas de cambio: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída.

*Precontemplación:* momento en que el consumidor manifiesta no tener ningún problema con el consumo y no considera el cambio como una necesidad. El riesgo entre usuarios que inician tratamientos en esta etapa es alto ya que por lo general consultan por recomendación u obligación de un tercero.

*Contemplación:* momento en que el consumidor comienza a percibir efectos negativos a causa del consumo, pero todavía no se considera totalmente seguro para comprometerse a cambiar sus hábitos.

*Determinación:* momento en que el consumidor se encuentra dispuesto a modificar sus hábitos de consumo debido a experiencias negativas. Los usuarios mantienen pequeños cambios en sus costumbres de consumo (reducir cantidades, por ejemplo), aunque difícilmente alcance la abstinencia.

*Acción:* momento en que con tiempo y energía se modifica el comportamiento de consumo con acciones visibles para terceros y con el objetivo de la abstinencia.

*Mantenimiento:* se realizan las acciones que sostienen los cambios logrados para intentar prevenir la recaída en el consumo.

*Recaída:* si el usuario llega a esta etapa comienza el ciclo de etapas de cambio, por lo general se atribuye la reincidencia de consumo a la poca motivación para el cambio o al uso de una estrategia inadecuada para el cambio (Prochaska y Di Clemente, 1982).

## **7.1 Tratamientos por comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias**

La comorbilidad presenta un escenario complejo de intervención debido a que la simultaneidad de posibilidades terapéuticas genera incertidumbres sobre tipos, momentos de tratamiento y opciones de derivación.

Las evaluaciones para planificar tratamientos exigen identificar las necesidades específicas de cada individuo con el propósito de sondear los recursos y los déficits en habilidades cognitivas, emocionales, comunicacionales, en solución de problemas, en la identificación de los riesgos del consumo, como también en identificar características

culturales, lingüísticas y sociales. Obviamente también es importante determinar cómo cada trastorno interactúa con otros y prever contingencias futuras.

Para garantizar un tratamiento adecuado SAMSHA señala la importancia de aplicar técnicas estandarizadas sobre niveles de riesgo o grados de severidad de la problemática, y la importancia de establecer un plan de tratamiento de modo conjunto con el usuario.

Una de las organizaciones pioneras en trabajos con usuarios consumidores de sustancias es el ya mencionado Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, según sus siglas en inglés). Respaldado científicamente, el NIDA comenzó en 1992 con el desarrollo y diseminación de tratamientos para usuarios comórbidos marcados por tres etapas para el surgimiento y aplicación de intervenciones. Carroll & Onken (2005) indican que en la primera etapa se estudia la población y la viabilidad de la intervención, y se evalúa la adherencia y la aceptación del modelo a trabajar. En la segunda etapa se evalúa la eficacia del tratamiento. La tercera disemina las intervenciones a los centros de tratamiento.

Los criterios que propone el NIDA para la impartición del tratamiento incluyen: utilizar técnicas de intervención basadas en principios con evidencias empíricas; proporcionar opciones de tratamientos específicos según el tipo de droga; tener en cuenta las características del usuario (edad, sexo, contexto), la variedad e intensidad de sus problemáticas y necesidades; que el tratamiento sea accesible y su duración sea acorde al plan terapéutico y la evolución del usuario. El NIDA evalúa continuamente el plan de tratamiento, las técnicas empleadas y las características de los servicios, para realizar modificaciones según sea necesario en pos de asegurar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario (NIDA, 2012).

De la lectura de un variado material publicado en torno a tratamientos por comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias ya referenciado pudo saberse de la existencia de una común recomendación: la coordinación de servicios intra e interdisciplinarios, que incluya la participación de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, el uso de manuales de intervención, la capacitación práctica de los técnicos y los recursos infraestructurales de los sistemas de salud.

Iglesias y Sierra clasifican tres tipos de tratamientos para atender esta comorbilidad: el tratamiento secuencial, el tratamiento en paralelo y el tratamiento integral.

En el *tratamiento de tipo secuencial* el usuario es atendido primero por un sistema de tratamiento (salud mental o consumo de drogas) y posteriormente por el otro. Es secuencial pero nunca simultáneo. Las personas permanecen mucho tiempo en el sistema, pasando de un tipo de intervención a otro.

En el *tratamiento en paralelo* el usuario recibe atención al mismo tiempo en programas de salud mental y en programas por consumo de drogas. Aunque la atención se produce al mismo tiempo en las dos redes, no hay garantías de que los equipos técnicos trabajen coordinadamente.

El *tratamiento integrado* es un modelo que combina los dos tipos de tratamientos ejercidos por el mismo equipo técnico (formado en salud mental y adicciones). (2000: 61).

En un tratamiento integrado las intervenciones tienen por objetivo principal que el usuario reciba información consistente y coherente sobre ambos trastornos. En todo el material consultado hasta el momento, los autores toman posición por esta modalidad de terapia. Sus ventajas son de diversa índole: evita desgaste del usuario, pues afronta un tratamiento en vez de dos; es más económico en términos presupuestales; facilita la percepción de las relaciones entre el abuso de sustancias y el trastorno psiquiátrico; promueve la comunicación y la coordinación entre los técnicos tratantes; por lo tanto un tratamiento integrado, potencia los recursos asistenciales destinados a aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes en condiciones comórbidas. Entre los autores que hacen referencia a este tipo de tratamiento se encuentran Casas y Guardia (2002); Douglas (1992); Drake y su equipo (2007); Kelly y Daley (2013); Mèlich (2008); Mueser, Drake y Miles (1997); Negrete (2003) y el NIDA (2012).

Drake (2004) dice que los tratamientos integrales incorporan dispositivos individuales que abordan factores personales para motivar el cambio, y también la participación de personas que aporten al desarrollo de la recuperación.

En general, las guías que SAMSHA (2005) brinda para el tratamiento en pacientes en condiciones de comorbilidad son: desarrollar una alianza terapéutica, utilizar orientación empática, mantener en forma constante la perspectiva de recuperación, mantener una evaluación continua de síntomas psiquiátricos y consumo de drogas, emplear métodos de intervención culturalmente apropiados y aumentar el apoyo auxiliar.

En Uruguay no existían dispositivos de intervención exclusivos para esta patología dual, pero en el año 2013 un equipo multidisciplinario tuvo que diseñar un proyecto

terapéutico integral para un usuario con patología psiquiátrica asociada al consumo de drogas. El equipo trabajó como red de sostén e intervención, pudo articular decisiones y acciones, y al final logró la recuperación del paciente. Redes comenta que la atención de ambas patologías desde un enfoque interdisciplinario permitió al equipo optimizar los recursos disponibles, captar precozmente la descompensación y adecuar la intervención en base a las necesidades (2013: 68-74). En Uruguay recientemente se creó un dispositivo de atención a esta población que representa a uno de los centros de este estudio.

## **7.2 Tratamientos integrados y estrategias cognitivo-conductuales**

Diversos investigadores consignan en sus publicaciones resultados avalados por evidencias empíricas provenientes de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en este tipo de usuarios, entre estas publicaciones se encuentran las de Allen, Litten y Fertig (1995); Blanco, Sobell y Velásquez (2002); Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas (2013); Nguyen y O'Brien (2016); O'Donnell, Hawkins, Catalano, Abbott y Day (1995) y Villa y Hermida (2001).

Algunas de las estrategias didácticas mencionadas para propiciar el aprendizaje de nuevas conductas saludables son: instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación.

Determinadas técnicas que autores mencionan son: la desensibilización para alcanzar la conducta desadaptativa, el entrenamiento asertivo, el modelamiento, el condicionamiento operante y la extinción.

Dichas técnicas emplean algunos de estos procedimientos: análisis funcional de la conducta de consumo para identificar antecedentes y consecuentes, y entender los beneficios; entrenamiento del usuario en aprender a identificar y evitar situaciones de riesgo de consumo para prevenir recaídas. (Carroll y Onken, 2005)

Lizárraga y Ayarra (2009), tanto como Miller y Rollnick (1999 y 2013), mencionan la *entrevista motivacional* como una de las técnicas empleadas en la terapia cognitivo-conductual. Se centra en el usuario, busca explorar y resolver contradicciones sobre hábitos y conductas, busca el compromiso con el tratamiento y el cambio de hábitos de consumo, y en cada sesión de entrevistas el profesional guía con intervenciones

combinando enfoques directivos y no directivos. NIDA (2012) recomienda el uso de la entrevista motivacional sobre todo en etapas iniciales del curso del tratamiento.

## **8. Derivaciones**

Es común que los usuarios condicionados por la comorbidez deambulen entre los servicios de atención expuestos a derivaciones constantes sin fundamentos demasiados convincentes. Szerman (2009) explica que cuando la comorbilidad se trata en diferentes servicios genera serias dificultades, pues los usuarios que se atienden en un lugar específico con frecuencia no logran una mejoría integral, por lo cual son derivados a otro servicio. El movimiento de pasar de un dispositivo de intervención a otro se conoce como el “síndrome de la puerta equivocada” y genera –según Szerman– que los técnicos califiquen a los usuarios de “intratables”, y que los culpen de distorsionar los dispositivos.

En inglés el fenómeno se denomina “the revolving door”, y algunos autores, como Gastal y su equipo (2000), aseguran que no hay un número establecido de usuarios reincidente en el mismo hospital ni interhospitalariamente ya que es un número difícil de establecer.

Staiger y su equipo de investigación (2011) afirman que las personas con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de alcohol u otras drogas son vulnerables a caer en “los huecos” de los servicios que pueden asumir tratamientos, pero eso no significa que sean los más adecuados, sino los que pueden recepcionarlos. Ellos señalan algunas dificultades para que los pacientes sean derivadas al centro adecuado de intervención. Mayormente el problema radica en que los técnicos desconocen el abanico de posibilidades de derivación. También identifican dificultades estructurales de derivación, que tienen que ver con los retrasos en las respuestas brindadas, lo que desemboca en que los usuarios se sientan mal “despachados” o no escuchados. Las recomendaciones de este equipo tienen que ver con formar a los trabajadores sobre los diferentes dispositivos disponibles para derivar a los usuarios y además educar a los pacientes que presenten complejidades en salud mental y abuso de sustancias sobre los distintos dispositivos para abordar la problemática de manera conjunta entre el usuario y el profesional de salud mental.

Algunos criterios a considerar al proporcionar el servicio de referencia de casos son: realizarla de manera oportuna e inmediata, disponer de un directorio actualizado de

instituciones, realizar, documentar y dar seguimiento a la derivación pertinente para asegurar la correcta atención (Secretaría de la Salud de México, 2009).

## **9. Estrategia metodológica**

Con el fin de cumplir con los objetivos propuestos se optó por investigar partiendo de una metodología cualitativa, pero utilizando recursos de estadísticas descriptivas cuantitativas, para obtener algunos datos que se exponen en resultados. A partir de esta metodología se intentó comprender las prácticas vivenciadas por los entrevistados. En este sentido, la información recibida está mediada por la subjetividad del entrevistado. Además, se buscó extraer datos de sus relatos para posteriormente analizar sus modos de trabajo y comparar sus alcances y limitaciones.

Debido a que no se han hallado investigaciones en este campo de comorbidez, se ha explorado el fenómeno para alcanzar resultados de carácter descriptivos y sistematización de datos.

### **9.1 Participantes**

Se evaluó el tipo de diagnóstico, de tratamiento y derivación que brindan los técnicos en 4 centros uruguayos que atienden a usuarios con comorbilidad psiquiátrica y consumo de drogas:

- 1) Centro de intervención para patologías psiquiátricas agudas. (Centro 1)
- 2) Centro de asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y derivación de usuarios con consumo problemático de drogas, que tiene como énfasis el diagnóstico inicial y orientación. (Centro 2)
- 3) Centro especializado en la atención de usuarios con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias. (Centro 3)
- 4) Centro para el tratamiento de las toxicomanías. (Centro 4)

## 9.2 Procedimiento

En primer lugar, se contactó a directivos de las instituciones para exponer el objetivo de la investigación y solicitar apoyo y autorización para la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales de la salud implicados en dichas instituciones. En segundo lugar, se solicitó el aval de la Junta Nacional de Drogas y de los comités de ética pertinentes. Por último, se entrevistó a 11 licenciados/as en Psicología y a 8 doctores/as especialistas en Psiquiatra. Se realizó un muestreo no probabilístico, seleccionado por conveniencia en cada uno de los centros.

## 9.3 Instrumento

Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas, entendidas como una reunión para intercambiar información basada en una guía de asuntos y preguntas, y donde el entrevistador tiene libertades para introducir nuevas preguntas. (Hernández, Fernandez & Baptista, 2006)

La información fue relevada hasta cumplir con los criterios de saturación teórica, siguiendo el concepto de Glaser y Strauss (1967). Ello significa que una nueva entrevista no aportará contenidos distintos, o significativamente distintos para el objetivo de la investigación. Se incluyeron 24 preguntas que identifican la aplicación de criterios diagnósticos, terapéuticos y de derivación; los entrevistados ofrecieron información adicional referente a cada uno de los criterios.

La consigna consistía en contestar preguntas sobre los procedimientos aplicados en cada institución para establecer diagnósticos, proporcionar tratamientos y realizar derivaciones de usuarios con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos.

Las preguntas no fueron las mismas para los psicólogos (anexo 15.1 tabla 4) que para psiquiatras (anexo 15.1 tabla 5). Se realizaron 8 preguntas para obtener información sobre procedimientos diagnósticos, 10 sobre tratamientos y 6 sobre derivaciones.

Los datos fueron analizados posteriormente con la asistencia de una herramienta informática, el programa de análisis cualitativo *Maxqda*, versión 10 portable.

## 9.4 Categorías de análisis

### 9.4.1 Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de drogas.

Las siguientes sub-categorías se agruparon según las recomendaciones y técnicas expuestas en el capítulo “Diagnóstico de comorbilidad por trastornos psiquiátricos y consumo de drogas. Problemas y recomendaciones”. Ello con la intención de recabar información suficiente para identificar las complejidades diagnósticas y los problemas que los técnicos asocian a esta variable. Las categorías son:

- *Valoración inicial diagnóstica.* Busca indagar cómo es el procedimiento cuando la persona llega al centro de atención y si se realiza una valoración inicial.
- *Manual o protocolo.* La intención es relevar información acerca de si los técnicos guían su entrevista inicial diagnóstica o su diagnóstico en algún manual o protocolo que estipule procedimientos.
- *Instrumentos diagnósticos.* Se pretende saber cuáles son los que se emplean y en qué circunstancias los aplican. Además, se obtiene información acerca de la prescripción de análisis complementarios.
- *Sistemas de uso diagnósticos empleados (CIE-10, DSM-IV).* La intención de esta categoría es detectar si se utilizan sistemas diagnósticos internacionales.
- *Reunión interdisciplinaria.* Permite conocer si para el establecimiento diagnóstico se consideran diferentes indicaciones interdisciplinarias (desde la Psicología y de la Psiquiatría) y si existen espacios y actividades de intercambio formales para el trabajo interdisciplinario.
- *Principales dificultades.* Busca describir la experiencia de los profesionales de la salud para especificar dificultades en el diagnóstico y exponer comentarios adicionales referidos a los usuarios.

### 9.4.2 Tratamiento y derivación de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de drogas.

Las siguientes sub-categorías se crearon y agruparon según los modelos y recomendaciones que fueron expuestas en los capítulos “Tratamientos de adicciones”, “Tratamientos por comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias” y “Tratamientos integrados y estrategias cognitivo-conductuales”. Ello con la intención de recabar información sobre las complejidades de los tratamientos, las derivaciones y los problemas que los técnicos asocian a dichas variables. Las categorías son:

- *Manual o protocolo de procedimientos.* Indaga acerca de la disposición de procedimientos estandarizados para realizar el tratamiento y cuáles son las características del proceso.
- *Plan terapéutico.* Se identifica si hay una planificación del proceso terapéutico y farmacológico, si se hace conjuntamente con el usuario considerando sus opiniones y sugerencias, o si se hace una planificación profesional aislada de los intereses del usuario.
- *Uso de estrategias motivacionales.* Obtiene información acerca del uso de estrategias motivacionales para favorecer la adherencia a la prescripción farmacológica y terapéutica.
- *Adherencia farmacológica.* Se busca saber si los usuarios presentan dudas sobre la prescripción farmacológica, si se aclaran sus incertidumbres para adherirse al tratamiento y si se intercambia este tipo de información entre el psicólogo y el psiquiatra para plantear estrategias del tratamiento farmacológico.
- *Duración de las sesiones.* La intención es identificar si se asigna periodicidad en las sesiones con el usuario.
- *Criterios de derivación.* Detecta si el Centro dispone de criterios precisos de inclusión y exclusión como procedimientos estandarizados para realizar la derivación, y si cuenta con un directorio actualizado que contenga tales criterios de las instituciones que van a recibir a los usuarios.
- *Identificar principales dificultades para la derivación.* Se identifican las principales dificultades para que los usuarios asistan al tratamiento al que fueron derivados y las principales técnicas y herramientas que utilizan para sortear dichas barreras. Además, se describen las dificultades en el tratamiento según la experiencia de los profesionales tratantes.

Se indagaron dos categorías emergentes que, por la especificidad del tema, por la reiteración en las entrevistas y por las sugerencias de los técnicos, resultaron relevantes de análisis. Ellas son:

- *Concepción de comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias:* específica qué entienden los profesionales por comorbilidad.
- *Disposición de uso de protocolos de intervención.* Identifica la voluntad, las discrepancias y las complejidades que se presentan al profesional de la salud para utilizar manuales o protocolos de intervención.

## 9.5 Consideraciones éticas

La ética se planteó de acuerdo a los parámetros establecidos en el Decreto CM 515 (2008) del Poder Ejecutivo referente a investigaciones con seres humanos. En efecto, los profesionales de la salud firmaron un consentimiento informado (ver anexo 15.2) elaborado conforme las obligaciones referentes a las leyes número 18.331 y 18.335 del año 2008, teniendo especial cuidado en:

- Ley 18.331. Artículo 8, referido al *principio de finalidad*. Los datos obtenidos no serán utilizados con otro fin que el que motivó su obtención.
- Ley 18.331. Artículo 9, referido al *principio de previo consentimiento informado*. Sólo participarán de la investigación aquellas personas que acepten participar, luego de recibir información sobre los objetivos de la investigación y de haber firmado el consentimiento.

## 10. Resultados

El primer objetivo es registrar las prácticas que implementan los técnicos en el Centro de trabajo con pacientes que presentan trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias. En razón de ello se dividió su cumplimiento en las siguientes categorías de indagación que condicionan los procesos posteriores en la institución: *concepto de comorbilidad* psiquiátrica asociada al consumo de sustancias por parte de los técnicos; *uso de protocolos* que guíen la práctica clínica.

### 10.1 Concepto de comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias por parte de los técnicos.

Existe discrepancia en lo que remite a concebir este tipo de comorbilidad. Si bien los técnicos comparten que se puede presentar en una persona simultáneamente la existencia de consumo de sustancias conjuntamente con trastornos psiquiátricos, no es una categoría diagnóstica que les resulte comfortable, o que este instituida en la práctica clínica. Los psicólogos exponen sus dudas sobre la utilidad de diagnosticar a las personas con este tipo específico de categoría, y sobre cómo, por ejemplo, el marco teórico amparado en el Psicoanálisis complejiza la situación diagnóstica de comorbilidad.

*Hay todo un problema de lectura y comprensión de diagnóstico respecto a estos trastornos duales. Yo no diagnóstico con patología dual. Jamás voy a ir a*

*plantear en un diagnóstico la patología dual. Tiene que ver con una construcción teórica que me hago para desarrollar un diagnóstico, con una posición teórica anterior.... En mi práctica, puertas adentro del consultorio, renuncio a ese tipo de categorías, porque creo que empantanar o embarran. (Psicólogo, Entrevista N°10)*

En cuanto a las dificultades para establecer criterios comunes, no existe un consenso, ni una práctica clínica compartida por los profesionales.

*Yo entiendo que hay que usar criterios comunes, lo que pasa es que los criterios deberían ser comunes a todos los ambientes. Porque, por ejemplo, vos vas a la Asociación Psicoanalítica y decís 'patología dual' y entienden que es un vínculo dual y un vínculo triangular lo que tiene el usuario. Es decir no te entienden nada (Psicóloga, Entrevista N°8).*

En cambio los psiquiatras hacen énfasis en la dificultad de los criterios de inclusión y exclusión. La principal dificultad que se repite es considerar la inclusión de los trastornos de personalidad como criterio comorbido para el diagnóstico.

*¿Se considera comorbilidad o patología dual el trastorno de personalidad con adicciones? Eso da para rato, ¿no? Desde que yo entre en XXXX me queda claro que no se considera acá como trastorno de patología dual la presencia de un trastorno de personalidad con adicciones. (Psiquiatra, Entrevista N°6).*

No hay explicitación en cada Centro de lo que define la comorbilidad:

*Viste que los criterios para definir comorbilidad o patología dual no son una cosa que todo el mundo esté de acuerdo. No hay un consenso, hay una intuición sobre lo que es una patología dual, y después criterios diferentes. (Psiquiatra, Entrevista N°19).*

Cuando la institución no se manifiesta explícitamente sobre qué concepto de comorbilidad aplicar, los psiquiatras y los psicólogos establecen criterios personales de modo individual, o bien se ponen de acuerdo entre ellos.

*Nosotros acá tratamos de funcionar (la mayoría de nosotros, no el 100% de nosotros) con el criterio de esquizofrenia y consumo, y retardo mental y consumo. Eso es patología dual para nosotros, ninguna otra cosa más. A mí me parece que eso tiene una lógica, porque el diagnóstico de trastorno de la personalidad, no sé exactamente las estadísticas ahora, pero seguramente se puede hacer en el 99,9% de los adictos. Entonces qué clase de patología dual*

*es esa, ¿no?, no me parece que tenga mucho sentido. (Psiquiatra, Entrevista N°19).*

### *10.1 Uso de protocolos de intervención.*

Sobre el tema de establecer programas de intervención guiados por manuales se hallaron dos posturas antagónicas: *los que adhieren al uso de los manuales* y lo justifican por la falta de capacitación en problemas de comorbilidad, lo cual deja en mano de los técnicos la exclusiva responsabilidad de tomar decisiones sin sentirse aptos para ello; *los que no aceptan su uso compartido con medicamentos.*

Algunas instituciones realizaron intentos de protocolizar tratamientos, pero no fueron instituidos ni reconocidos formalmente. A pesar de que algunos técnicos consideran necesario el establecimiento de manuales, la razón por la que no han elaborado protocolos radica en la cantidad de tareas cotidianas, por ende, en la falta de tiempo.

Algunos psiquiatras dicen tener conocimiento de protocolos internacionales, pero desconocen si existen protocolos de intervención ajustados al Uruguay.

Los técnicos que no adhieren al uso de protocolos de intervención lo justifican explicando que la complejidad de las situaciones que cada paciente presenta limita los encuadres.

*A mí me da más margen que no haya [protocolos]. La respuesta formal y correcta es que si lo haya. Desde el punto de vista del sistema de salud creo que sí debe haber, porque es la forma de ir ordenando las variadas, complejas y heterogéneas realidades clínicas del hospital. Desde ese punto de vista sin duda. Desde el punto de vista de mi clínica, acá adentro con mis pacientes, yo prefiero que ese tipo de formato quede afuera. Porque me da otro margen de libertad para trabajar. Porque un protocolo no es ingenuo. Un protocolo marca la cancha, determina cuestiones. Por ejemplo, te sumerge dentro del mundo de la patología dual. Entonces, creo que un protocolo sería una forma administrativamente correcta pero técnicamente inconducente (Psicólogo, Entrevista N°10).*

## **10.2 Conocer los instrumentos y los procedimientos diagnósticos.**

**El cumplimiento del segundo objetivo** pasa por conocer los instrumentos y los procedimientos diagnósticos. Para ello se han organizado las siguientes categorías: valoración inicial diagnóstica, manual o protocolo, uso de sistemas estadísticos, reuniones interdisciplinarias y principales dificultades diagnósticas. Además, se identificaron instrumentos de evaluación utilizados para establecer el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en problemas por consumo de drogas. Tuvo la intención de indagar acerca de si se utilizan instrumentos para establecer el diagnóstico y medir la gravedad de la comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias, al mismo tiempo que se registraron algunas características de estos procesos. La información fue recolectada y agrupada en categorías según relatos de los técnicos intervinientes, por lo que ha permitido establecer datos reflejados comparativos en porcentajes.

### *10.2.1 Valoración inicial diagnostica.*

La valoración diagnóstica inicial no es un procedimiento que se aplique sistemáticamente en todas las instituciones. El 47% de los profesionales reportan la realización de actividades para valorar la condición diagnóstica del usuario al ingreso; en tanto que el otro 47% reportaron no realizarla, y el 5% lo hacen solamente cuando les es posible. En las Instituciones hace falta precisar el tiempo que se requiere para establecer la primera impresión diagnóstica; en ocasiones los profesionales prefieren esperar un período de tiempo para evaluar a la persona en abstinencia. En determinadas situaciones para precisar el diagnóstico y/o descartar el diagnóstico diferencial, se procede a re-valorar el caso mediante una entrevista clínica y se incluye a otro profesional de la salud como evaluador. Los profesionales que no utilizan valoraciones iniciales re-toman datos de la historia clínica que se aplicó en internaciones pasadas. En ocasiones se establecen diagnósticos para responder a los criterios de inclusión de los lugares a los cuales se planifica derivar.

### *10.2.2 Manual o protocolo.*

De la información obtenida en los Centros referente a la disponibilidad de un manual en el que se tipifiquen los procedimientos a seguir para realizar la valoración diagnóstica

inicial, se supo que un 32% de los profesionales reportó que son tenidos en cuenta, en tanto que el 68% manifestó no disponer de ello.

Se reporta también la falta de un manual de procedimientos diagnósticos y el desconocimiento sobre su disponibilidad en la institución. Es reconocida la aplicación de diversos procedimientos para la valoración diagnóstica que responden a la experiencia clínica o a los intereses. En ocasiones, se conoce el procedimiento institucional, pero no se tienen mecanismos formales, como un manual o protocolo, para sistematizarlo. La imprecisión diagnóstica se aclara al apoyarse en reuniones interdisciplinarias.

Se ha hallado que al manual o protocolo de procedimientos diagnósticos se lo suele confundir con una entrevista, con un formato de preguntas y con el proceso de tratamiento. Se menciona la utilización del software desarrollado por la Junta Nacional de Drogas y la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC), como apoyo diagnóstico que recopila información sobre los usuarios en tratamiento, pero no proporciona pautas precisas sobre actividades profesionales a seguir respecto de cómo elaborar el diagnóstico.

### *10.2.3 Uso de sistemas estadísticos para establecer diagnósticos.*

Con respecto al uso de sistemas estadísticos un 79% de los técnicos utilizan sistemas internacionales (el DSM IV y el CIE 10), sin embargo, en una misma institución existen discrepancias respecto al tipo de sistemas diagnósticos utilizados. El 21% de los técnicos manifiestan que no utilizan este tipo de sistemas para establecer categorías diagnósticas, pues realizan aproximaciones diagnósticas no basadas en manuales. Estas discrepancias tienen que ver con el objetivo de la clasificación.

*La elaboración de diagnóstico en verdad obedece a dos necesidades. Una es estadística y clasificatoria, que es la que pide el hospital y el sistema en base a la CIE10. La otra es una evaluación diagnóstica clínica que sea útil para el manejo clínico del paciente. En verdad la utilización de la clasificación ya es más móvil, vos utilizas la clasificación que consideres más conveniente, no necesariamente tiene que coincidir con, por ejemplo, la CIE10. Hay entidades clínicas, que nosotros diagnosticamos para el manejo clínico, que no son por ejemplo las del CIE10 (Psiquiatra, entrevista N° 17)*

#### 10.2.4 Reuniones interdisciplinarias.

Las reuniones interdisciplinarias constituyen uno de los pilares en que los profesionales suelen apoyarse para evacuar dudas diagnósticas y consultar sobre determinados usuarios. El 58% de los profesionales manifiesta que participa de reuniones interdisciplinarias para el establecimiento diagnóstico. El 32% se apoya en sugerencias y consultas interdisciplinarias, aunque no tienen la oportunidad de que se realicen reuniones continuas; y el 10% no utiliza espacios interdisciplinarios para realizar el diagnóstico. Se identifica que la participación de recursos humanos competentes a la hora de la entrevista enriquece la contribución y diversidad interdisciplinaria, aunque no siempre sea accesible.

*En general no están estipuladas las reuniones, si igual se generan instancias donde a veces podemos discutir los diagnósticos y dar los distintos puntos de vista de cada uno desde su lugar, es decir desde lo psiquiátrico, lo social, lo psicológico, lo médico. Pero no es que haya una reunión específica para... Es como que si surge, se da. (Psicólogo, Entrevista N° 9)*

#### 10.2.5 Pruebas Complementarias.

Con respecto a la posibilidad de prescribir pruebas o análisis complementarios, solamente el 53% de los profesionales cuenta con dicha herramienta. Una de las estrategias que utilizan cuando no tienen ese medio es recomendar en la derivación que hagan determinados estudios paraclínicos en el centro de acogida.

*Lo que podemos hacer es poner... agradecemos prescriba estudios posibles, presentó en el momento de la entrevista.... Nos ha pasado que en el momento de la entrevista el paciente nos hace una convulsión. (Psicólogo, Entrevista N°8)*

#### 10.2.6 Principales dificultades diagnósticas.

Los profesionales identifican diversas dificultades diagnósticas. Cuando el usuario asiste al Centro, los técnicos se ven imposibilitados de realizar un diagnóstico correcto

antes que la persona tenga un período de abstinencia adecuado para ello, además de que no siempre se realizan test antidoping.

*Yo no puedo hacer un diagnóstico ahí, y decir 'es un psicótico', o es esto, o es lo otro, porque está bajo efecto de consumo. (Psicóloga, Entrevista N° 14)*

Además, en la entrevista diagnóstica algunos usuarios se presentan sobre-medicados y eso afecta el correcto procedimiento diagnóstico.

*Nos ha pasado también de hacer una especie de Way out, de empezar a sacar fármacos, porque llegan gurises con antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores, ansiolíticos, con mucha medicación. Hay que entrar a sacar y ver qué queda. Nos pasó con un chico que venía con un diagnóstico de esquizofrenia, con una dosis altísima de antipsicóticos, y se terminó yendo sin antipsicóticos. (Psiquiatra, Entrevista N° 4)*

Por otro lado la reincidencia de los usuarios en los dispositivos se asocia al problema del multidiagnóstico. Tiene que ver con que muchas veces los usuarios ya tienen variados diagnósticos en historias clínicas y los técnicos no presentan uniformidad sobre cómo actuar con los diagnósticos pasados, ni tienen información sobre cómo se llegó a ese diagnóstico.

*Hay pacientes acá que tienen biblioratos de historias clínicas. Son tomos y tomos de historias clínicas, con 8 o 10 internaciones, y no son excepciones. Los diagnósticos van variando. (Psicólogo, Entrevista N° 10)*

Profesionales de la salud mental hacen manifiesto el sentimiento de responsabilidad que genera realizar diagnósticos erróneos, por el modo en que esto repercute en la vida del usuario. Además su instrumento es la percepción de la entrevista clínica y esto no genera insumos válidos para debatir los diagnósticos frente a otros técnicos.

*Generalmente no estás en condiciones de poner el sello de que es el debut de una esquizofrenia, por ejemplo. Sabes que es un diagnóstico muy pesado, y que después que se hace lo acompaña al paciente mucho tiempo, y muchas veces el propio sistema hace que sea difícil reverlo. Entonces, le decís al familiar, le explicas las opciones diagnósticas, que hoy por hoy ese diagnóstico no lo vas a hacer, pero es un diagnóstico que hay que dejar pendiente, hay que verlo, con el tiempo, es un diagnóstico más bien en evolutivo. (Psiquiatra, Entrevista N° 16)*

Algunos de los técnicos que tienen instituida la utilización de entrevistas clínicas pautadas no perciben esto como algo positivo, pues según ellos limita el encuadre clínico y enfoca la entrevista con fines estadísticos más que diagnósticos.

*Yo me pregunto: ¿ese es un dato que me importa a mí para tratar al paciente? ¿O le importa al sociólogo para descartar la prevalencia de consumo de sustancia para fin de año? A mí me gustaría que me lo aclaran eso, porque si yo sé que cuando estoy viendo a un paciente dual, te puedo dar una mano a vos con tu investigación y te puedo dar una mano yo sé que se la estoy haciendo a favor tuyo y no a favor del diagnóstico y está bien... (Psicólogo, Entrevista N°8)*

El consumo crónico y la relación con la exclusión es otra de las complejidades mencionadas. Los profesionales confunden síntomas asociados a la vida en extremas situaciones de vulnerabilidad (específicamente la situación de calle) con síntomas asociados al consumo.

*Los que han estado en calle, desafiados de todo tipo de cosas, [...] poder discriminar exactamente si eso pertenece a tal o cual cuadro..., es muy difícil evaluar así, porque son situaciones extremas (Psicólogo, Entrevista N° 13)*

Con respecto al empleo de instrumentos para diagnosticar, apenas un 16% de los técnicos declaran utilizarlos; el 84,18% no utilizan ningún instrumento o aplican algún test proyectivo para establecer categorías diagnósticas. Entre el tipo de instrumentos de evaluación que se utilizan están el Assist, el Wais, el test de Millon y el Bender; no obstante, se menciona que su aplicación depende del criterio del evaluador y se le utiliza para precisar dudas, no como parte de la sistematización de un procedimiento diagnóstico.

*El Assist en realidad depende de la situación, queda a criterio. Por ejemplo, nos pasa con algunos que vienen y te dicen, “me quiero internar, no puedo parar de consumir por el consumo de 15-20 años”. Entonces, aplicar un Assist ahí es como que no. Eso, de hecho, lo hemos discutido en reunión de equipo incluso, cuándo aplicarlo o cuándo no. Es decir, cuándo un instrumento técnico te ayuda en la entrevista y cuándo termina siendo un obstáculo si uno lo rigidiza mucho. [...] Si te viene por ejemplo un adolescente, que no sabe si tiene un consumo problemático pero lo ves con cierta apertura para escuchar, y bueno..., le decís vamos a hacerle unas preguntitas... (Psicólogo, Entrevista N°7)*

La herramienta diagnóstica mayormente utilizada es la entrevista clínica y en oportunidades se solicita la voz de terceros para la obtención de datos de los usuarios.

*Más que nada el elemento diagnóstico que utilizamos es la entrevista clínica. Salvo que alguien lo solicite, realizamos algún psicodiagnóstico, sino por lo general es la entrevista clínica, la historia del paciente y la entrevista con terceros. Es para tener más elementos, siempre citamos más elementos si los hay y si existen... De pronto se realiza alguna técnica cognitiva, o el Rorschach. Ahora, si me preguntas, capaz que hace dos años que no hago uno. (Psicólogo, Entrevista N° 11)*

Las técnicas proyectivas también son populares entre los profesionales entrevistados, aunque no se aplican de manera sistemática.

*Si bien no está regularizado que lo usemos, si tenemos dudas hemos aplicamos algún test proyectivo, sobre todo Roscharch. Yo lo llegué a usar, y dibujo libre, pero personalmente no es lo que más utilizo. (Psicólogo, Entrevista N° 2)*

### **10.3 Caracterizar los modos terapéuticos.**

Para cumplir con el **tercer objetivo** se caracteriza las modalidades de los tratamientos a los pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de drogas. Las categorías se dividieron en: manual para realizar el tratamiento, plan terapéutico, entrevista motivacional, sesiones estipuladas formalmente y revisión farmacológica psicólogo/psiquiatra.

#### *10.3.1 Manual para realizar el tratamiento*

La mayoría de los entrevistados no cuenta con protocolos que sistematicen los tratamientos. El 21% cuenta con un protocolo, mientras que el 53% dice no tenerlo, y el 26% no aplica tratamientos. Algunos profesionales establecieron protocolos no formales en acuerdo con otros técnicos.

*Tenemos un protocolo medio artesanal establecido por nosotros, porque es lo que se debe hacer, no es que esté escrito... Para nosotros el tratamiento empieza el día que la persona llega. [...] Tenés que mirar aparte de lo médico psiquiátrico, qué otras cosas ofrecer, estrategias de trabajo, estrategias de*

*tratamiento... Algo le tenés que ofrecer. (Psicólogo, Entrevista N° 14)*

Los psiquiatras que avalan la realización de manuales para guiar el tratamiento lo justifican en razón de la responsabilidad que implica para ellos la intervención con medicamentos.

Los psicólogos que no aplican protocolos de intervención se amparan en la creencia en que limitan la confección de objetivos específicos para cada paciente, según la heterogeneidad de los diagnósticos.

### *10.3.2 Plan terapéutico*

La consulta sobre la planificación terapéutica conjuntamente con los usuarios arrojó que el 21% elabora el plan terapéutico junto con el usuario, el 32% lo hace cuando considera que es necesario y puede hacerlo, un 21% no lo hace, y el 26% no aplica tratamientos.

Los profesionales presentan diferentes posturas respecto de la planificación. Los que no realizan la planificación terapéutica con los usuarios especifican no hacerla por la agudeza de la situación, pues aplicar un plan terapéutico podría ser la guía de un tratamiento que no se sabe cómo va a acontecer, y lo consideran una “anticipación” del tratamiento.

Los técnicos que trabajan estableciendo un plan terapéutico conjuntamente con los usuarios argumentan que cada tratamiento es diferente, por ello necesitan planificar lo que dan en llamar “traje a medida”. Realizan el plan para indagar sobre las motivaciones que el paciente presenta y evalúan lo que éste está dispuesto a hacer, además aunque no cuenten con una instancia específica para realizar el plan terapéutico algunos intentan constantemente realizar el reforzamiento de la evolución del tratamiento.

Los psiquiatras en cambio, realizan el plan terapéutico cuando consideran que tienen que evaluar los criterios de internación y utilizan la psicoeducación para explicar el plan farmacológico utilizado.

### *10.3.3 Entrevista Motivacional*

Para favorecer el apego farmacológico y para que los usuarios asistan al centro de derivación, un 47% de los profesionales entrevistados utiliza estrategias motivacionales. El 42% no aplica ninguna estrategia motivacional, y un 11% no hace aclaraciones

respecto de su uso. Los profesionales de la salud que manifiestan utilizar estrategias motivacionales se refieren a: psicoeducación, conseguir apoyo de algún familiar para el tratamiento, fijar pautas del tratamiento, explicar los motivos del tratamiento, gestionar compromiso por parte del usuario, realizar estudios paraclínicos y encuadrar factores de riesgo e identificar beneficios de cambio para motivar la adherencia.

#### 10.3.4 Sesiones estipuladas formalmente

Acerca de la formalización de las consultas clínicas para el tratamiento, el 21% expresa que se estipulan horarios de duración de las sesiones y frecuencia de los encuentros, el 53% no tiene espacios formales y reglamentados de atención, y el 26% no realiza tratamientos. Tanto psicólogos como psiquiatras manifiestan que las demandas cotidianas en los Centros a veces llevan a realizar intervenciones espontáneas “de pasillo”, en vez del formalismo en consultorio.

#### 10.3.5 Revisión psicólogo/psiquiatra farmacología

Los técnicos manifiestan que las condiciones que dificultan la adherencia farmacológica están asociadas a la negación de consumo por parte de los usuarios temerosos de los efectos secundarios, tales como “me deja duro”, “me babeo”, “me dormí”, “tiemblo”, además de afectar la sexualidad y el peso. Un relato que se repite en los usuarios y que expresa el miedo a la dependencia es que no quieren sustituir el consumo de una droga por otra. Según los profesionales entrevistados tampoco suelen apegarse los pacientes a la dosis indicada, generalmente consumen dosis mayores. Además, manifiestan que a veces los pacientes venden los medicamentos recetados para el tratamiento. Según los psiquiatras, la falta de conciencia de la enfermedad psiquiátrica afecta la adherencia al tratamiento.

Para trabajar y revisar la prescripción farmacológica de cada paciente no existen dispositivos formales donde psicólogos y psiquiatras intercambien opiniones acerca de la adherencia farmacológica en los usuarios. Por lo general el tema se toca en las reuniones de equipo, pero el tiempo es acotado y no siempre pueden hacerlo. Algunas veces realizan consultas informales y por medios de comunicación. Se relevó en este trabajo que el 37% de los entrevistados trabaja en interdisciplina por la farmacología, el 21% lo hace de una manera informal (como consultas de pasillo), el 16% no trabaja de

manera coordinada por la farmacología y el 26% no aplica tratamientos.

Con respecto al tiempo de demora en conseguir los efectos farmacológicos, los usuarios esperan la inmediatez; no obstante en general es a plazo prolongado. La situación desestimula a los pacientes, y cuando comienzan a sentir las primeras mejorías, con frecuencia abandonan el tratamiento.

#### **10.4 Conocer los procedimientos de derivación.**

El objetivo que apuntaba a conocer los procedimientos de derivación se pudo cumplir dividiendo las categorías en: criterios claros para derivar, directorio de referencia e identificación de las principales dificultades para la derivación.

##### *10.4.1 Criterios claros para derivar y directorio de referencia*

El 78,92% de los técnicos dicen contar con una guía de recursos para derivar a los usuarios, aunque muchos técnicos alegan no tener conocimientos claros de cómo se construyó esa guía y cada cuánto se actualiza. El 68% desconoce los criterios de derivación sobre los lugares que pueden referenciar a los pacientes, quiere decir que no tienen claro los criterios de inclusión y exclusión de los centros de acogida. El 32% se declara conocedor de estos criterios. Un obstáculo reincidente se produce cuando existe disposición para asistir al centro de acogida, pero sus tiempos de recepción son prolongados, así como tampoco puede darse rápidamente la correspondiente indicación farmacológica.

##### *10.4.2 Identificación de las principales dificultades para la derivación.*

Las dificultades reincidentes que los técnicos identifican tienen que ver con la falta de coordinación entre el centro de derivación y el centro de acogida. Una de las dificultades es que no tienen criterios de inclusión/exclusión coordinados. Cuando estos criterios no están claros, los técnicos terminan negociando entre ellos para avalar el ingreso de los usuarios, o bien los usuarios quedan relegados de los dispositivos de intervención y no son asumidos por ningún tipo de centro de intervención.

*Son pacientes que nadie quiere, no los quieren en ningún lado. El paciente ping pon se les llama, porque centro diurno, acá no, porque es esquizofrénico, no*

*porque consume. Son pacientes que quedan en el agujero asistencial. (Psiquiatra, Entrevista N° 18).*

El hecho de no contar con un centro de referencia donde el usuario pueda ser derivado para ser desintoxicado y que después vuelva a realizar la consulta, dificulta todo el escenario de derivaciones globales.

*La otra dificultad grande que tenemos con estos pacientes que si es importante y en general también con todos los usuarios es que no tenes un centro realmente de desintoxicación. (Psiquiatra, Entrevista N° 1)*

Los acompañamientos y seguimientos de los usuarios luego de ser derivados configuran otros de los obstáculos a la hora de referenciar.

*A veces nos ha pasado que el trabajo que hemos podido hacer acá, durante la internación en dos días o menos, se echa a perder porque no hay lugar. No hay una coordinación posterior, un seguimiento interinstitucional o lo que sea. Eso es lo que yo siento. (Psicólogo, Entrevista N° 9)*

La falta de contingencia y de acompañamiento obstaculiza a los usuarios para asistir a la referencia. La vulnerabilidad que provocan algunos trastornos, por ejemplo la inseguridad ante personas o lugares desconocidos, hace que sea imposible que algunos usuarios puedan concurrir sin el acompañamiento determinado.

El género y la edad son otros de los factores que complejizan el ingreso a estos dispositivos.

*La edad es uno y el sexo, a las mujeres no tenemos a donde mandarlas. Las mujeres de ningún tipo tenemos a donde mandarlas, porque los servicios que aceptan mujeres te dicen que las mujeres son quilombras. (Psicólogo, Entrevista N° 8)*

Por último, el hecho de disponer de recursos familiares, económicos o de otra índole permite pronosticar mejores resultados de derivación, pues genera por ejemplo condiciones de pago para otros dispositivos de intervención.

### **10.5 Porcentajes globales sobre categorías de diagnóstico, tratamiento y derivación de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de sustancias.**

Para finalizar los resultados sobre las categorías analizadas en los cuatro centros se expone en la siguiente tabla el total de respuesta de los técnicos. Para confeccionarla

se extrajeron datos de cada entrevista y se relacionaron los discursos de los técnicos con cada categoría particular, esto con la intención de agruparlos de manera tal que pudieran analizarse sus respuestas y los distintos Centros. De esta manera en la tabla 2 se refleja el total de respuestas de los técnicos agrupadas en las categorías diagnósticas y divididas en los diferentes centros.

Tabla 2

Mecanismos diagnósticos %

		Si	Parcialmente	No
<b>Valoración inicial diagnóstica</b>				
	Centro 1	15,78		15,78
	Centro 2	5,26	5,26	15,78
	Centro 3			15,78
	Centro 4	26,31		
Global		47,35	5,26	47,34
<b>Manual o protocolo.</b>				
	Centro 1			31,57
	Centro 2	10,52		15,78
	Centro 3			15,78
	Centro 4	21,52		5,26
Global		32,04		68,39
<b>Instrumentos diagnósticos.</b>				
	Centro 1			31,57
	Centro 2	15,78		10,52
	Centro 3			15,78
	Centro 4			26,31
Global		15,78		84,18
<b>Sistemas de uso diagnóstico empleados</b>				
	Centro 1	26,31		5,26
	Centro 2	10,52		15,78
	Centro 3	15,78		
	Centro 4	26,31		
Global		78,92		21,04
<b>Reunión interdisciplinaria</b>				

	Centro 1	5,26	15,78	10,52
	Centro 2	26,31		
	Centro 3	10,52	5,26	
	Centro 4	15,78	10,52	
Global		57,87	31,56	10,52
Pruebas Complementarias				
	Centro 1	26,31		5,26
	Centro 2			26,31
	Centro 3	10,52		5,26
	Centro 4	15,78		10,52
Global		52,61		47,35

Nota: Se presentan los porcentajes de los técnicos en salud mental que se expresan sobre las diferentes categorías de diagnóstico. Las categorías se dividieron en los diferentes centros y se realizó un número global sobre los porcentajes de cada centro.

Las características de tratamientos y derivaciones utilizados en instituciones que trabajan con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de drogas se ejemplifican en la siguiente tabla número 3.

Tabla 3

Mecanismos Tratamiento y Derivación					
%					
	Si	No	Parcialmente	No corresponde	Dato perdido
Manual para realizar el tratamiento					
Centro 1		32			
Centro 2				26	
Centro 3	11	5			
Centro 4	11	16			
Total	21	53		26	
Plan terapéutico					

Centro 1	0	21,52	10,52	0
Centro 2	0	0	0	26,31
Centro 3	5,26	0	10,52	0
Centro 4	15,78	0	10,52	0
Total	21	21,52	31,56	26

Realizan Entrevista Motivacional

Centro 1	21,52	10,52	0
Centro 2	5,26	15,78	5,26
Centro 3	5,26	5,26	5,26
Centro 4	15,78	10,52	0
Total	47,82	42,08	11

Revisión Psicólogo/Psiquiatra

farmacología

Centro 1	10,52	15,78	5,26	0
Centro 2	0	0	0	26,31
Centro 3	10,52	0	5,26	0
Centro 4	15,78	0	10,52	0
Total	36,82	15,78	21,04	26,31

Sesiones estipuladas formalmente

Centro 1	0	31,57	0
Centro 2	0	0	26,31
Centro 3	5,26	10,52	0
Centro 4	15,78	10,52	0
Total	21	52,61	26

Directorio de referencia

Centro 1	15,78	15,78
Centro 2	26,31	0
Centro 3	10,52	5,26
Centro 4	26,31	0
Total	78,92	21,04

Criterios claros para derivar

Centro 1		31,57
Centro 2	10,52	15,78
Centro 3	5,26	10,52
Centro 4	15,78	10,52
Total	31,56	68,39

---

Nota: Se presentan los porcentajes de los técnicos en salud mental que se expresan sobre las diferentes categorías de tratamiento y derivación. Las categorías se dividieron en los diferentes centros y se realizó un número global sobre los porcentajes de cada centro.

## **11. Discusión de resultados**

### **11.1 Mecanismos diagnósticos para comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias**

Los procedimientos utilizados en los cuatro Centros para realizar el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de drogas no siguen la mayoría de los criterios internacionales.

En algunos Centros la falta de valoración inicial diagnóstica impide identificar con precisión las características del funcionamiento integral del usuario y su incidencia en problemáticas que necesitan atención. Un uso bien empleado de algún instrumento de medición validado, como por ejemplo el ASSIT permitiría precisar la intensidad de problemas y molestias que tienen que ver con el consumo de drogas de los usuarios y que al día de la fecha de la consulta hacen sentirse afectados a los consultantes.

En los Centros indagados se dificulta el hecho de que todos los usuarios participen en la cantidad suficiente y necesaria de actividades de valoración que garanticen el diagnóstico co-mórbido preciso. Por ello es necesario disponer de un manual o protocolo en el que se especifique el tipo de actividades a realizar por parte del profesional de la salud para homologar el servicio diagnóstico.

La falta de aplicación de instrumentos diagnósticos impide la evaluación sistemática mediante mediciones válidas, confiables y sensibles a los tipos de problemáticas comórbidas. El uso de instrumentos diagnósticos permite establecer el diagnóstico diferencial, sirve para precisar características y severidad de los problemas comórbidos y sirve para la toma de decisiones del profesional al identificar el tipo e intensidad de la intervención que se recomienda en cada caso clínico (SAMSHA, 2005).

La mayoría de los técnicos no realiza procesos diagnósticos con instrumentos recomendados para ellos. Por ejemplo: los técnicos no tienen en cuenta los factores de riesgo de consumo en las entrevistas iniciales diagnósticas y muchos no analizan las etapas de cambio de acuerdo al consumo de sustancias.

No aplicar instrumentos estandarizados y validados es también una manera de privarse de la posibilidad de sistematización y de producción de conocimientos que los instrumentos diagnósticos proveen. Sin la utilización de estas herramientas se pierde un mecanismo de trabajo con el usuario, además se desaprovecha una oportunidad para analizar y replantearse continuamente el sistema de servicios brindados.

El hecho de no contar con mecanismos protocolizados y validados, dificulta el establecimiento diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de drogas, pues en estos casos los técnicos diagnostican únicamente según su experiencia clínica. El diagnóstico entonces queda a merced de la buena disposición de los técnicos, o incluso de otros factores, como el centro al cual se va a realizar la derivación. Incluso algunos técnicos incluyen una “segunda opinión” del diagnóstico, apelando a la experiencia del otro profesional de la salud.

Disponer de la aplicación de protocolos en los que se sistematicen los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acerca de la comorbilidad contribuiría a organizar y optimizar recursos sanitarios y favorecer la recuperación de usuarios con trastornos de comportamiento adictivo y patología psiquiátrica concomitante. Que algunos psiquiatras utilicen protocolos internacionales, puede obedecer a una necesidad no resuelta Nacionalmente, pero es descontextualizada de la realidad particular de la que atraviesa el país. Los protocolos son una manera de uniformizar los programas de intervención, puesto que establecen parámetros y marcos de intervención, tal como aseguraban Carroll y Onken en el año 2005 y lo confirma San (2016).

El fuerte del trabajo diagnóstico parece estar en las reuniones interdisciplinarias, que permiten intercambiar impresiones diagnósticas. La valoración diagnóstica por parte de diferentes especialistas permite identificar e integrar la totalidad de trastornos comórbidos que requieren atenderse. Sería conveniente que las reuniones interdisciplinarias para establecer el diagnóstico sean un procedimiento formal para estos usuarios. La identificación oportuna de trastornos por parte del equipo interdisciplinario contribuye a evitar omisiones (Redes et al., 2013; SAMSHA, 2005).

El uso de pruebas complementarias para la etapa diagnóstica no está instituido como una posibilidad. Dicha práctica puede utilizarse como una herramienta que permite incluir evaluaciones útiles como evidencia de trastornos que necesitan detectarse y

atenderse oportunamente o descartarse (Carroll, 1998).

## **11.2 Tratamiento de comorbilidad psiquiátrica asociado al consumo de sustancias**

Los tratamientos tampoco están guiados por un manual, o bien en los Centros que elaboraron uno lo utilizan con poca frecuencia. Esto dificulta que los usuarios reciban intervenciones sistematizadas y no colabora con la supervisión de los tratamientos. La supervisión cuando está enmarcada en procesos sistemáticos permite a los referentes encargados de analizar los procesos entender de una manera mucho más ágil los tratamientos brindados. Ello además permite, en el caso de que el profesional referente deba derivar, que el nuevo profesional pueda retomar los procesos de tratamiento sin comenzar un procedimiento desde el punto "0".

El uso de manuales de tratamiento favorece que todos los usuarios se expongan al mismo nivel de aprendizaje y de cambio indistintamente del profesional que imparte el servicio. La razón de ello es que los manuales incluyen estrategias basadas en experiencias que han demostrado resultar exitosas acorde a las características, el contexto y necesidades del usuario, tal como señalan Carroll y Onken (2005).

Cuando los manuales no son desarrollados ex profeso antes de iniciar el tratamiento, una buena estrategia es adaptar la práctica de otro manual a la realidad del problema en curso, eso decía O'Malley y su equipo (2007). Sucede que no existen protocolos nacionales para tratar estos problemas, los ámbitos académicos deberían ocuparse de su gestión, elaboración y validación.

De acuerdo a los hallazgos que se mencionaron en capítulos anteriores sobre mejoría de pacientes con patologías psiquiátricas y adictivas, no puede dejar de sugerirse la inclusión del uso de técnicas cognitivo conductuales, pues colaboran en la identificación de problemas en etapas tempranas, la obtención de resultados de mejoría a corto plazo. Las estrategias cognitivo conductuales favorecen intervenciones de breve duración, propician la participación activa del usuario, adaptan las técnicas a las condiciones y contextos vitales del usuario, practican y ensayan respuestas de mejoría ante situaciones de vida, aprovechan recursos del usuario, fortalecen la percepción de eficacia para contribuir y alcanzar mejoría. Lo cierto es que en los Centros uruguayos indagados, mayormente no se implementaban estos tratamientos.

Otra de las recomendaciones internacionales que no es aplicada en su totalidad por los

centros investigados es el establecimiento del plan terapéutico. El Plan Terapéutico se realiza para verificar que el tratamiento, en cuanto a componentes, contenidos y técnicas, sea el necesario y suficiente para atender las problemáticas del usuario. Es indispensable dar a conocer al usuario las características de su plan de tratamiento para potenciar su involucramiento y participación.

El uso de estrategias de la entrevista motivacional no es aplicado desde un enfoque sistémico de tratamiento, sino que los técnicos aplican indicios en algunos tratamientos por voluntad propia. En problemas de comportamiento adictivo, el uso de estrategias motivacionales favorece el apego terapéutico y disminuye la deserción. El uso de estas técnicas motivacionales, como se expuso ya en la fase teórica facilita la disposición para procurar el cambio, asistir y participar en las sesiones, apegarse a las prescripciones terapéuticas, terminar el tratamiento, obtener más resultados de mejoría, inclusive en quienes asisten con poca intención de recibir tratamiento profesional (Miller y Rollnick, 2015; Negrete, 2003; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, y Christensen, 2005).

Otro aspecto a tener en cuenta es la periodicidad de las sesiones de trabajo y la formalidad en la duración horaria, no formalizadas en esas instituciones. Este aspecto permite dar continuidad al trabajo terapéutico y facilita el hecho de recordar las estrategias que se trabajaron, revisar tareas asignadas, identificar y trabajar con mayor proximidad las situaciones difíciles de enfrentar y las de riesgo de consumo.

Un aspecto positivo respecto a los criterios para derivar es que frecuentemente los técnicos declaran disponer de directorios de referencia, lo que posibilita ofrecer apoyos necesarios e inmediatos para procurar la recuperación del usuario. Muchos de los técnicos consultados no tenían claro los criterios, la manera en que fue confeccionado el directorio de referencia ni si los datos contenidos estaban actualizados. Es necesario que en las instituciones se precisen los criterios para derivar, a fin de utilizar los mismos procedimientos para derivar acorde a las posibilidades de atención especializada y de recursos físicos con los que se pueden otorgar. Este procedimiento evitaría retener por más tiempo a un usuario que necesita verse favorecido en mayor medida en otra institución de servicios y evitar así que aumente su problemática por atención insuficiente.

En lo que respecta al uso de la categoría comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias, algunos psicólogos no están conformes con su uso o no les queda clara su función. No reconocer en la práctica clínica la doble condición de usuario consumidor con trastorno psiquiátrico, lleva a no implementar dispositivos integrales que tengan en cuenta los dos enfoques para los tratamientos. Como ya se mencionaron anteriormente

entre los autores que hacen referencia a este tipo de tratamiento, como uno de los más eficientes en estas practicas se encuentran Casas y Guardia (2002); Douglas (1992); Drake y su equipo (2007); Kelly y Daley (2013); Mèlich (2008); Mueser, Drake y Miles (1997); Negrete (2003) y el NIDA (2012)

Pese a que existe material bibliográfico sobre la inclusión de los trastornos de personalidad como uno de los trastornos que puede presentarse asociado al consumo de sustancias en la comorbilidad, el problema exige la gestión de debates científico-académicos y la capacitación técnico-profesional.

Psiquiatras y psicólogos comparten la idea de que cuando la institución no se manifiesta explícitamente sobre el uso del concepto de comorbilidad, son ellos mismos quienes establecen sus propios criterios personales o se ponen de acuerdo con los demás técnicos. Esto dificulta la práctica clínica y la red de servicios sanitarios, ya que no se emplean usos de términos compartidos.

Por último, la mayoría de las dificultades que los técnicos perciben en la práctica pueden ser subsanadas con aspectos básicos como coordinaciones, charlas de capacitación, puesta a punto de criterios de inclusión/exclusión y con protocolos de atención actualizados que guíen la clínica. Las líneas de actuación futura deberían basarse en estos aspectos para implementar tratamientos más efectivos.

## **12. Limitaciones**

La limitación central de esta investigación fue no comprobar con evidencia documental la eficacia de los mecanismos de diagnósticos y tratamientos brindados en los cuatro centros, sino basarse únicamente en las voces de los técnicos.

En efecto, el alcance de la investigación no permitió comprobar la eficiencia de manuales protocolizados en usuarios con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias en los centros que sí guían sus intervenciones con protocolos elaborados por los técnicos, aunque éstos fueran “artesanales”. La efectividad de dichos procedimientos no fue registrada por exceder los límites iniciales de la investigación. Hacerlo sería una manera de avanzar en un antecedente inédito a nivel nacional, lo que podría ser el producto de una investigación más extensa en el tiempo. Se sugiere elaborar un protocolo y probar su eficacia mediante un estudio de análisis experimental con grupos control y grupos experimentales pre y pos.

Otra limitación consistió en no realizar un estudio de las historias clínicas de una muestra

de los Centros. Ello podría haber contribuido con información que confirmara las palabras de los técnicos sobre el polidiagnóstico, la reincidencia de internaciones, la superposición de dispositivos y la falta de recuperación sobre las dos problemáticas. Dada la complejidad de acceder los avales de participación de las personas declaradas no aptas para dar su consentimiento, las distintas maneras de registro de historias clínicas y la nula coordinación interinstitucional sobre los mismos usuarios, se decidió dejar de lado las historias clínicas.

Dar seguimiento longitudinal a usuarios que son tratados con estos tipos de procedimientos y realizar un análisis entre la historia de reincidencia abre otras posibilidades de estudio.

Finalmente, no extender la investigación a todos los centros de salud enfocados en atención para la problemática del consumo de drogas asociado a comorbilidad psiquiátrica del Uruguay es otra limitación del alcance de esta investigación.

### **13. Conclusiones y sugerencias**

Los resultados de esta investigación dan cuenta de la falta de criterios claros a la hora de diagnosticar, brindar tratamiento y derivar a usuarios con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias en los centros que fueron investigados. Se observa la falta de consenso profesional y la necesidad de clarificar los criterios de inclusión y exclusión de esta categoría psicopatológica.

Las conclusiones, se estructurarán en los distintos objetivos específicos:

*Registrar las prácticas de los técnicos en el trabajo con pacientes que presentan trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias adictivas.*

*Conocer los instrumentos y los procedimientos diagnósticos.*

*Caracterizar los modos terapéuticos.*

*Conocer los procedimientos de derivación.*

*Prácticas de los técnicos en el trabajo con pacientes que presentan trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias adictiva:*

Resulta que no es un tema que en la comunidad científica de Uruguay se encuentre trabajando de manera constante, sino que existen algunos intentos aislados. Además, tampoco se tiene un consenso por parte de distintas instituciones sobre la definición del concepto de patología dual o comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias. Por este motivo, como fue mencionado, los psiquiatras y los psicólogos establecen criterios personales a modo individual, o bien se ponen de acuerdo entre ellos. Incluso en la misma institución pueden coexistir técnicos que entiendan la definición de una manera y otros de otra manera. Sucedió lo mismo con el uso de protocolos, cuando no existe clarificación desde la mirada institucional en la misma institución algunos refirieron que si utilizan protocolos y otros que no. Esto se debe a la falta de parámetros claros a la hora de definir ¿qué se entiende por comorbilidad? y ¿cómo se establece un procedimiento protocolizado?.

Cuando los criterios no son de consenso existe la discrepancia sobre la definición exacta del término, por lo que realizar debates académicos, jornadas de capacitación sobre el término o las discusiones adecuadas es la primera sugerencia de este trabajo. Cuando profesionales que trabajan en la salud se encuentran frente al desafío del diagnóstico y tratamiento de usuarios que presentan esta patología priman las experiencias previas de formación, de teoría adquirida y no una mirada institucional. Esto repercute en todo el proceso de los tratamientos, incluso se da una mirada antagónica cuando algunos técnicos que no se adhieren al concepto de patología dual tienen que derivar a algún usuario a un dispositivo de tratamiento que es creado con tal fin. En este sentido, los técnicos se enfrentan al desafío de diagnosticar (incluso sin tener los parámetros claros para hacerlo) en contra de la corriente psicológica a la que adhieren para derivar a un usuario frente a un tratamiento, o bien tienen la posibilidad de no diagnosticar dada la no adherencia al término y el usuario permanecerá en otro dispositivo de tratamiento que no tengan que ver con trastornos duales.

#### *Conocer los instrumentos y los procedimientos diagnósticos.*

En lo que respecta a los mecanismos de diagnóstico no se halló sistematización, al contrario, lo que mayormente se juega es la experiencia personal de cada uno de los técnicos en esta problemática de orden dual.

Algunos técnicos entrevistados hacen referencia a que no se tiene instituido el tiempo que se requiere para establecer la primera impresión diagnóstica ni los procedimientos para hacerlo. En determinadas situaciones cuando tienen dudas diagnósticas y/o quieren descartar el diagnóstico diferencial, se procede a re-valorar el caso mediante una entrevista clínica y se incluye a otro profesional de la salud para darle el carácter de

interdisciplinar. Los profesionales que no utilizan valoraciones iniciales re-toman datos de la historia clínica que se aplicó en internaciones pasadas aun sin tener conocimiento sobre cómo se obtuvieron esos datos. Se reporta también la falta de un manual de procedimientos diagnósticos y el desconocimiento sobre su disponibilidad en la institución, incluso en la misma institución algunos técnicos declaraban aplicarlos y otros técnicos comentaban que no lo hacían.

Con respecto a los sistemas estadísticos como el DSM y el CIE la mayoría de los técnicos declaran aplicarlos, aunque en la misma institución pueden aplicarse ambos, incluso algunos técnicos pueden manifestar no aplicar ninguno ya que dicen realizar una aproximación diagnóstica.

La fortaleza del proceso diagnóstico en los centros indagados se destaca en las reuniones interdisciplinarias donde se aclaran las dudas diagnósticas y se intercambian experiencias sobre usuarios con otros técnicos.

Los profesionales identifican algunas dificultades a la hora de realizar el proceso diagnóstico, entre ellas: la falta de un período de abstinencia adecuado para realizar un diagnóstico sin la intoxicación, la sobre-medicación con la que se presentan los usuarios y el problema del multidiagnóstico que traen de internaciones pasadas.

Con respecto al empleo de instrumentos para diagnosticar son muy pocos los técnicos que manifiestan emplearlos (apenas un 16%), los demás no utilizan ningún instrumento o aplican algún test proyectivo para establecer categorías diagnósticas. Entre el tipo de instrumentos de evaluación que se utilizan están el Assist, el Wais, el test de Millon y el Bender (aunque aplicar el Test de Millon y el bender no sean recomendado específicamente para esta temática); no obstante, se menciona que su aplicación depende del criterio del evaluador y se le utiliza para precisar dudas, no como parte de la sistematización de un procedimiento diagnóstico. Este tipo de proceso es recomendado en la literatura internacional mencionado anteriormente, llama la atención también que las técnicas proyectivas son populares entre los profesionales entrevistados, aunque no se aplican de manera sistemática y su utilización o no queda a criterio del evaluador.

Emplear técnicas diagnósticas según la definición de cada técnico trae complejidades que denotan faltan de criterios claros en las definiciones institucionales y complejiza el escenario interinsituciones posteriormente para unificar criterios.

Muchos técnicos entrevistados no creen en la efectividad ni en la utilidad de los

diagnósticos en el ámbito clínico. En este sentido es importante que los técnicos que deben aplicar instrumentos y/o guiar sus intervenciones diagnósticas por un formulario impuesto por el centro de tratamiento, sean capacitados para ello. Si el profesional que aplica el formulario no está comprometido con ese encuadre, es probable que no lo aplique de la manera correcta, por ende lo desacredita frente al usuario. Esto trae consigo varias complicaciones, entre ellas: el diagnóstico es subjetivo, el usuario desconfía de los instrumentos que se aplican, los instrumentos no son bien aplicados, los datos no son fiables, las evaluaciones globales sobre los instrumentos no son fidedignos, los datos estadísticos son parciales y las políticas basadas en evidencia no pueden ser planificadas correctamente por no contar con los datos correspondientes y necesarios para ello, o si se llevan a cabo son ineficientes y no reflejan la problemática, sino una parte sesgada .

En este aspecto se sugiere adaptar técnicas diagnósticas estructuradas ya que permiten la sistematización de datos y garantizan el mismo modelo de diagnóstico para todos los usuarios. Regularizar su implementación y capacitar a profesionales para que la técnica no se identifique con un patrón rígido, sino como una estructura que oriente el procedimiento y permita ser la guía para aplicar los diagnósticos ya que la mayoría de los técnicos entrevistados no aplicaba ninguno de los instrumentos que se detallaron y eso interfiere negativamente con los aspectos generales del proceso diagnóstico.

Además, se puede sugerir el uso de anti-doping, realizar evaluaciones y análisis médicos completas por comorbilidad como parte de un proceso estandarizado esto para descartar hígado graso, cirrosis, hepatitis, alteraciones cardiovasculares u otras alteraciones que puedan ser producto del consumo prolongado de sustancias.

#### *Caracterizar los modos terapéuticos.*

En relación a los tratamientos no se siguen procesos regulados, sistematizados ni validados. Esto quiere decir que los técnicos intervinientes son los que toman las decisiones según su criterio en el desarrollo del tratamiento amparados en su experiencia y su juicio profesional. Algunos profesionales incluso establecieron protocolos no formales en acuerdo con otros técnicos para resolver como proceder.

Cuando se consultó sobre la participación de los usuarios en la planificación terapéutica, los datos demuestran que los usuarios no siempre participan en la planificación terapéutica. Esto lleva al interés de la práctica clínica en los procesos que el terapeuta define y/o entiende que es lo mejor, en lugar de ponderar el lugar del usuario en la práctica. Por lo general estos técnicos regulan sus intervenciones según consideran

pertinente en el momento y no se elabora un proceso terapéutico con opciones de modificación conjuntamente con el usuario lo que dificulta el valor participativo de la práctica terapéutica y fomenta el lugar de usuario pasivo receptor de beneficios, propio de sistemas de servicios sanitario.

Otro de los resultados que llama la atención es que la entrevista motivacional no es parte de un encuadre de trabajo establecido, sino más bien forma parte de un discurso instituido por los técnicos en lugar de una técnica de trabajo realizada pautadamente. Los técnicos que intervienen no tienen en cuenta los análisis funcionales de la conducta de consumo para modificarlos (ya que desde el proceso diagnóstico este tema no es tenido en cuenta) ni su etapa de cambio del consumo, sino que los técnicos trabajan sobre otro tipo de “problemas”, pero no desde la conducta de consumo, sino con otros objetivos terapéuticos que son planteados por el terapeuta interviniente y no negociado en el 100% de los casos.

La mayoría de los técnicos tampoco puede mantener entrevistas pactadas dentro de horarios institucionales formales, lo que dificulta los procesos de tratamiento y hace la mayoría de las intervenciones “de pasillo”. No mantener un objetivo terapéutico pactado con el usuario y realizar intervenciones formales evita la posibilidad de supervisiones regladas y de planificar las consultas según un orden de prioridades.

Se recomienda realizar adaptaciones derivadas de técnicas de intervenciones breves de terapias cognitivo conductuales, posteriormente sistematizar su tratamiento y regularizar su implementación.

#### *Conocer los procedimientos de derivación.*

Las derivaciones tienen vacíos aspectos que hacen al conocimiento de criterios claros de inclusión/exclusión para la derivación de los centros de acogida, esto repercute en derivaciones constantes interservicios, aunque determinados técnicos comentaron que si existen los criterios inclusión/exclusión pero no de una manera formal, sino que están instalados en su práctica clínica. Algunas derivaciones se hacen con las contradicciones que genera en el técnico diferir de la pertinencia para establecer categorías diagnósticas de comorbilidad y de los servicios de acogida. Además, algunos de los técnicos establecen sus dudas respecto a si el servicio al que va a derivar al usuario es el adecuado para trabajar su problemática pero no consideran tener muchas herramientas para realizar la derivación al centro adecuado. En este sentido algunos técnicos también tienen en cuenta la variable geográfica para derivar mientras que no aparece en otras

entrevistas como un ítem que incide en la derivación independientemente de la problemática del sujeto.

Entre las dificultades para realizar las derivaciones se pueden dividir en dos categorías: las que tienen que ver con posibilidades de servicios y las que tienen que ver con los procesos que se dan en la derivación.

Con respecto a las dificultades de posibilidades de servicio se encuentra el hecho de no contar con un centro de referencia donde el usuario pueda ser derivado para ser desintoxicado y posteriormente se realice el diagnóstico, esta ausencia dificulta todo el escenario de derivaciones globales e incide en las imposibilidades de un correcto diagnóstico. La otra dificultad tiene que ver con las pocas posibilidades de servicios para mujeres y adolescentes con esta patología.

En lo que tiene que ver con los procesos que se dan en la derivación se encuentran los siguientes obstáculos a la hora de realizar una derivación eficaz: cuando el tiempo de espera es prolongado la persona puede desmotivarse con su tratamiento y no asistir al centro de acogida, la falta de coordinación entre el centro de derivación y el centro de acogida, la casi inexistencia de acompañamientos y seguimientos de los usuarios luego de ser derivados. Estas variables pueden ser subsanadas con correctas coordinaciones interinstitucionales, disponiendo de recursos humanos encargados de realizar las tareas de acompañamiento y por último protocolizando los tiempos que se hacen seguimiento a los usuarios para evaluar la eficacia de las derivaciones. Se recomienda por lo tanto clarificar los criterios de inclusión/exclusión y establecer los mecanismos adecuados para realizar una correcta derivación realizando seguimiento y acompañamiento como algunos de los requisitos claros. Además de sugerir que se tenga el directorio actualizado de instituciones para hacer la referencia y que la actualización forme parte de un proceso estandarizado

Por último según los resultados de esta investigación puede proponerse como línea de trabajo la elaboración de manuales o protocolos que guíen los dispositivos de intervención, que sean validados empíricamente mediante ensayos clínicos y con periodos de seguimiento a usuarios (estudios longitudinales) para comprobar su efectividad.

## 14. Referencias bibliográficas

- Allen, J.; Litten, R. y Fertig, J. B. (1995). Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *NIDA-NIAAA Psychopharmacology Bulletin*, 301, 655–669.
- Álvarez, Carlos y otros (2007). *Temas en patología dual. Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas*. Néstor Szerman, Carlos Vara y Miguel Casas, Eds. Glosa. Barcelona. Recuperado de:  
[http://www.patologiadual.es/docs/patologia\\_dual\\_en\\_esquizofrenia.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/patologia_dual_en_esquizofrenia.pdf)
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2007). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders. Breviario*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition dsm-5* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Annis, Helen (1982). *Inventory of Drinking Situations*. ARF of Ontario. Ed. Addiction. Toronto.
- Aragón Ramírez, N., Bragado Álvarez, C., y Galán, I. C. (2000). *Fiabilidad y estructura factorial del «inventario breve de síntomas» (brief symptom inventory, b.s.i.) en adultos*. *Psicología Conductual*, 8(1), 73–83.
- Arias, Francisco y otros (2013). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 6(3), 121–8. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002>
- Azpiroz, María del Carmen y Prieto, Gabriela (2008). *Trastornos de la personalidad* Psicolibro. Montevideo.
- Babor, Thomas (1992). “Nosological considerations in the diagnosis of substance use disorders”. In M. Glantz & R. Pickens Eds. *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 53–71). Washington: American Psychological Association.
- Babor, Thomas (1992). “Nosological considerations in the diagnosis of substance use disorders”. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 53–71). Washington: American Psychological Association.
- Barlow, David y otros (2013). “Evidence-Based Psychological Treatments: An Update and a Way Forward”. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 1–27.  
<http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Barragán, Lydia; Flores, Araceli y Hernández, Liliana. (2014) *Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas. Manual del terapeuta.*, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Ciudad de México.

- Beato, Luis y otros (2005). “Factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal”. *Actas españolas de psiquiatría*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1373790>
- Becoña, Elisardo (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias* Ministerio. Madrid.
- Belloch, Amparo; Sandín Belloch y Ramos Francisco (2009). *Manual de psicopatología* (McGRAW-HIL). Madrid.
- Blanco Christine, Sobell, Linda y Velásquez, Héctor (2002). “Diseminación del modelo de tratamiento autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol en instituciones de salud de México”. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 259–270. Recuperado de: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80534306>
- Brandt, G., Portilla Huidobro, R., Huepe Artigas, D., Rivera-Rei, Á., Josefina Escobar, M., Salas Guzmán, N., ... Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Validity evidence of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Chile. Diciembre, 26(9), 291–302.
- Bronfenbrenner, Urie (1979). *The ecology of human development*. Harvard University.
- Burns, Lucy y Teesson, Maree (2002). “Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders”. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 299–307. [http://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00220-X](http://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00220-X)
- Bustos, Martin (2008). “Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo del apego”. *Rev Chil Neuro-psiquiat*, 46, 207–215.
- Carroll, J.F., y McGinley, J. J. (2001). “A screening form for identifying mental health problems in alcohol/other drug dependent persons”. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19(4), 33–47.
- Carroll, Kahtlen y Onken, Lisa (2005). “Behavioral therapies for drug abuse”. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452–60. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>
- Carroll, Kathleen (1998). *Cognitive-Behavioral approach: treating cocaine addiction. Therapy manuals for drug abuse* (Vol. 1). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Casas Miguel y Guardia, José (2002). “Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo”. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*. Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=815101&info=resumen&idioma=SPA>
- Casares, M J; Bobes, J; Bobes Bascarán, T; Guardia, J; Fonseca, E; Sáiz, P A; Fernández Hermida, J R; Flórez, G; Terán, A; Carreño, E; Ochoa, E; Rubio, G; García-Portilla, P; Pereiro, C; Díaz Mesa, E M; (2010). Rendimiento psicométrico

de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22() 513-519. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714400025>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Junta Nacional de Drogas. (2015). I Estudio Piloto sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios de Uruguay. Montevideo. Recuperado de: [http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/I\\_Estudio\\_Piloto\\_Universitarios\\_de\\_Uruguay\\_version\\_final.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/I_Estudio_Piloto_Universitarios_de_Uruguay_version_final.pdf)

Cortese, Elisa (2004). *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*. Buenos Aires, Nobuko.

Danielsson, Anna ., Romelsjö, Anders y Tengström Anders. (2011). Heavy episodic drinking in early adolescence: gender-specific risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 46(5), 633–43. <http://doi.org/10.3109/10826084.2010.528120>

De La Fuente, Ramón y otros (2015). *Marihuana y salud*. Fondo de cultura económica. Ciudad de México.

Del Nogal, Miguel (2015). *Patología dual*. Síntesis, Madrid.

Derogatis, Leonard. (1977). *SCL-90: Administration, scoring & procedures manual for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale*.

Douglas, Polcin (1992).” Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness” *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 23(1), 30–37. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.23.1.30>

Drake, Robert y Wallach, Michael (2000). “Dual Diagnosis: 15 Years of Progress”. *Psychiatric Service*, 51, 1126–1129. Recuperado de: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.9.1126>

Drake, Robert y otros (2004). “A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders”. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360–74. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15222148>

Drake, Robert; Mueser, Kim y Brunette, Mary (2007). “Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications”. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 131–6. Recuperado de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2174596&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Edwards, Griffith y Hodgson, Arif (1982). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A shortened version of a World Health Organization memorandum. *British Journal of Addictions*, 77, 3–20.

- Egan, Elizabeth y otros (2012). "Community-level Effects of Individual and Peer Risk and Protective Factors on Adolescent Substance Use". *Journal of Community Psychology*, 39(4), 478–498. <http://doi.org/10.1002/jcop.20437>
- Fernández, Juan (2000). *Los fármacos malditos. El holograma de las drogas y otros ensayos*. Editorial Nordan Comunidad, Montevideo.
- Fielitz, Pablo y otros (2010). "Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica: Hospital Vilardebó". Montevideo. Uruguay. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2), 106–113. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272010000300003>
- Fuchs, Thomas; Breyer, Thiemo y Mundt, Christoph (2014). *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology*. Springer S. New York.
- Galende, Emiliano (2008). *Psicofármacos y salud Mental. La Ilusión de no ser*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Gándara, Victoria del Barrio (2009). "Raíces y evolución del DSM". *Revista de historia de la Psicología*. Departamento de Psicología Básica. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>
- García, Diamela y otros (2003). "Uso indebido de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, marihuana y tabaco), en pacientes esquizofrénicos Hospital Teodoro Vilardebó". Montevideo: FE.
- García, Lizbeth y Oropeza, Roberto (2009). "Desarrollo y evaluación de una lista de chequeo para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas". *Uaricha Revista de Psicología*, 13, 79–91. Recuperado de: [http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha\\_13\\_079-091.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_13_079-091.pdf)
- Gastal, Fabio y otros (2000). "Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses". *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 280–285. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300011>
- Glaser, Barney y Strauss, Anselm (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research. The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company, New York.
- Hernández, Pedro y otros (2009). *Drogodependencias Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Panamericana, Madrid.
- Hernández, Roberto, Fernández, Carkis y Baptista, Pilar (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill, México.
- Heyman, Gene (2010). *Addiction: A Disorder of Choice*. Harvard University Press, Cambridge.

- Iglesias, José y Sierra, Juan (2000). “Trastornos Duales: tratamiento y coordinación.” *Papeles del Psicólogo*, 77, 58–63.
- Junta Nacional de Drogas (2016). *Guía más información, menos riesgos*. Montevideo: Junta Nacional de Drogas. Recuperado de: [http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu\\_guia.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia.pdf)
- Junta Nacional de Drogas (2016). *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas*. Recuperado de: [http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_OUD\\_ultima\\_rev.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf)
- Junta Nacional de Drogas (2014). Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares. Montevideo: Junta Nacional de Drogas. Recuperado de: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/VI\\_encuesta\\_hogares\\_2014\\_sintesis.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/VI_encuesta_hogares_2014_sintesis.pdf)
- Junta Nacional de drogas. (2012). *Quinta edición de la Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Hogares*. Montevideo: Junta Nacional de Drogas. Recuperado de: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v\\_enc\\_hogares\\_2011.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf)
- Junta Nacional de drogas. (2016). Estrategia nacional para el abordaje del problema drogas, periodo 2016–2020. Montevideo. Recuperado de: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia\\_JND\\_2016\\_2020\\_web.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia_JND_2016_2020_web.pdf)
- Kelly, Thomas y Daley, Dennis (2013). “Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders”. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 388–406. <http://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673>
- Kessler, Ronald y otros (2005). “Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication”. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–27. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Lefio, Luis y otros (2013). “Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas”. *Rev Panam Salud Publica*, 34(344), 257–66.
- Lizarraga, S. y Ayarra, M (2009). “Entrevista motivacional”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 43–53. Recuperado de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5896>
- Marlatt, Alan y Gordon, Dennis (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford, New York.
- Marsden, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M., Prada De Castro, I., ... Gossop, M. (2000). New European instruments for treatment outcome research: reliability of the maudslay addiction profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *European Addiction Research*, 6(3), 115–22. <http://doi.org/19023>

- McLellan, Thomas y otros (1992). “The Fifth Edition of the Addiction Severity Index”. *J Subst Abuse Treat*, 9(3), 199–213.
- Mèlich, Marta (2008). “Patología dual: situación actual y retos de futuro”. En *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, 20(4), 315–319.
- Mèlich, Marta (2008). “Patología dual: situación actual y retos de futuro”. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, 20(4), 315–319.
- Merchán, Edgar y otros (2012). “Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico, Brasilia – Brasil”. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 105–113.
- Mestre, Juan. (2011). “Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso”. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/79129/1de1jimp.pdf?sequence=1>
- Miller, William y Rollnick, Sthepen (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós, Barcelona.
- Miller, William. y Rollnick, Sthepen (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. Paidós. Barcelona.
- Mueser, Kim; Drake, Robert y Miles, Keith (1997). “The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness”. *NIDA Research Monograph*, 172, 86–109. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9154267>
- Mueser, Kim; Drake, Robert y Wallach, Michael (1998). “Dual diagnosis: a review of etiological theories”. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717–34. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801712>
- National Institute on Drug Abuse (2012). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. NIH Publication. Recuperado el 07/08/2016 de: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/acknowledgments>
- National Institute on Drug Abuse (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado el 25/08/2016 de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>
- National Institute on Drug Abuse (2016). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición). Recuperado el 11/05/2016 de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>

- Navarrete, Rodrigo (2013). “Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones”. *Salud Mental*, 36(6), 471–479. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=58229682004>
- Navarrete, Rodrigo y otros (2015). “Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento”. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1, 41–49.
- Negrete, Juan Carlos (2003). “Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia”. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48(1), 14–21. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635559>
- Newcomb, Michael (1992). “Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and protective factors”. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (xvi, pp. 255–297). American Psychological Association.
- Nguyen, Jaqueline y O’Brien Selena (2016). “Adolescent inhalant use prevention, assessment, and treatment: A literature synthesis”. *International Journal of Drug Policy*. <http://doi.org/DOI>: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.drugpo.2016.02.001>
- O’Donnell Julie y otros (1995). “Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long-term intervention in elementary schools”. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), 87–100. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7733220>
- O’Malley, Stephanie y otros (2007). “Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial”. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(4), 625–34. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00347.x>
- Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Crimen. (2013). *World Drug Report 2013*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/World_Drug_Report_2015.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. France: World Health Organization. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)
- Organización Mundial de la Salud (2014). “Global status report on alcohol and health 2014” *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Luxemburgo: WHO

Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)

- Pereiro, Cesar y otros (2013). “Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study”. *PloS One*, 8(6), e66451. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0066451>
- Pérez, Verónica y otros (2015). “Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 13–28. Recuperado de: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/02\\_TO.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/02_TO.pdf)
- Plomin, Robert (1991). “Genetic risk and psychosocial disorders: links between the normal and abnormal”. In M. Rutter y P. Casaer (Eds.). *Biological Risk Factors for Psychosocial Disorders* (Cambridge, pp. 101–138). Cambridge University Press.
- Pons Diez, Xavier (2008). “Modelos interpretativos del consumo de drogas”. *Polis*, 4(2), 157–186. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332008000200006&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
- Prochaska, James y DiClemente (1982). “Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change”. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276–288.
- Prochaska, James y DiClemente, Carlos (1992). “Stages of change in the modification of problem behaviors”. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183–218. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1620663>
- Redes, Lía y otros (2013). “Acerca de un caso clínico de patología dual de psicosis y consumo de sustancias”. *Revista Psiquiatría del Uruguay*, 77, 68–74.
- Rende, Richard (1993). “Genes, environment and addictive behavior: etiology of individual differences and extreme cases”. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(9), 1183–8. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8241917>
- Rodio, Fredy (2007). *Manual práctico de Psicopatología Clínica*. Prensa Méd. Montevideo.
- Roncero, Carlos y otros (2011). “Protocols of Dual Diagnosis Intervention in Schizophrenia”. *Addictive Disorders & Their Treatment*, (10), 1. <http://doi.org/10.1097/ADT.0b013e318227ecdc>
- Roncero, Carlos y otros (2013). “Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual”. *Actas Esp Psiquiatra*, 41(6), 319–29.
- Roncero, Carlos y otros (2016). “Professionals’ perception on the management of patients with dual disorders”. *Patient preference and adherence*, 10, 1855–1868. <http://doi.org/10.2147/PPA.S108678>

- Rosas, Ricardo (2014). “Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia para adultos”. Cuarta Edición en Chile. *Psykhe (Santiago)*, 23(1), 1–18. <http://doi.org/10.7764/psykhe.23.1.529>
- Rousseau, Dennise y Gunia, Brian (2016). “Evidence-Based Practice: The Psychology of EBP Implementation”. *Annual Review of Psychology*, 67, 667–92. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033336>
- Sackett, David y otros (1996). “Evidence based medicine: what it is and what it isn’t.” *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7023), 71–2. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924>
- Sacks, Stanley y otros (2007). “CJDATS Co-occurring disorders screening instrument for mental disorders (CODSI-MD): a pilot study.” *The Prison Journal*, 87(1), 86–110. <http://doi.org/10.1177/0032885506299044>
- Sadock, Benjamin y Sadock Victoria. (2000). *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. L. W. Wilkins, Ed., Philadelphia.
- San, Luis y Arranz, Belén (2016). “Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta”. *Adicciones*, 28(1), 3–5. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289144321001>
- Sanchez, R. O., y Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(3), 265–274.
- Secretaría de la Salud de México. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, - tratamiento y control de las adicciones*. Ciudad de México.
- Sloboda, Zili; Glantz Meyer y Tarter Ralph (2012). “Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention.” *Substance use & misuse*, 47(8–9), 944–62. <http://doi.org/10.3109/10826084.2012.663280>
- Souza, Mario (2015). *Adicciones, visión integral de su problemática, abordaje y terapéutica, patología dual*. Prado. Ciudad de México.
- Spitzer, Robert (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24(5), 399–411.
- Staiger, Petra y otros. (2011). “Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users”. *Addiction research & theory*, 19(1), 47–55. <http://doi.org/10.3109/16066351003637278>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons With CoOccurring Disorders. Treatment Improvement Protocol. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Vol. No. 42)*. Recuperado el 03/04/2016 de: <http://store.samhsa.gov/product/TIP-42->

- Szerman, Néstor (2009). Protocolos de intervención en patología Dual. *Introducción. Sociedad Española de Patología Dual*. Recuperado el 15/02/2016 de: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_intro.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_intro.pdf)
- Szerman, Néstor y otros (2011). “Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid”. *Adicciones*, 23(3), 249–255.
- Toro, Ricardo; Yepes, Eduardo y Palacio, Carlos. (2010). *Psiquiatría. Fundamentos de Medicina*. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín
- Villa, Roberto y Hermida, José (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína”. *Psicothema*, 13(3), 365–380. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713303>
- Vuchinich, Rudy y Simpson, Cathy (1998). “Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers”. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6(3), 292–305. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9725113>
- Weaver, Madeen y otros (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304–313. <http://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Zaleski, Marcos y otros (2006). “Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142–148. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200013>

## 15. Anexos

### 15.1 Guiones de entrevistas psicólogos y psiquiatras

Tabla 4

Guion entrevista psicólogo

---

Categoría	Preguntas
-----------	-----------

Valoración psicológica diagnóstica:	¿Se realiza una valoración psicológica al ingreso? (con o sin límite de fecha: en un período no mayor de 72 horas)
Valoración psicológica diagnóstica:	¿Existe un manual o protocolo de procedimientos para elaborar la valoración inicial psicológica?
Valoración psicológica diagnóstica:	En la entrevista con el usuario señalar áreas que valora
Valoración psicológica diagnóstica:	En la Historia Clínica, señalar que áreas valora
Valoración psicológica diagnóstica:	¿Aplican instrumentos diagnósticos? Por ejemplo ¿ASSIST?, ¿Inventarios de Depresión de Beck?, ¿inventario de Ansiedad de Beck?, ¿cuestionarios o Instrumentos para medir dependencia al alcohol (EDA) o a otras drogas (CAD_20)? ¿Otros?
Valoración psicológica diagnóstica:	¿Prescriben pruebas o análisis complementarios?
Valoración psicológica diagnóstica:	Indicación de uso de sistemas diagnósticos (CIE-10, DSM-IV)
Valoración psicológica diagnóstica:	¿Existe una reunión interdisciplinaria para el establecimiento del diagnóstico?
Características del Tratamiento Psicológico	¿Disponen de un manual o protocolo de procedimientos para impartir el tratamiento psicológico?

Características del Tratamiento Psicológico	¿Se establece el plan terapéutico conjuntamente con el usuario?
Características del Tratamiento Psicológico	¿Revisan la prescripción farmacológica del psiquiatra y están en comunicación con él?
Características del Tratamiento Psicológico	Corriente psicológica utilizada en el tratamiento
Características del Tratamiento Psicológico	Tipo de sesiones impartidas (individual, grupal)
Características del Tratamiento Psicológico	¿Utilizan técnicas de estrategias motivacionales para favorecer el apego farmacológico?
Características del Tratamiento Psicológico	Principales dudas o temores del usuario referentes al tratamiento farmacológico
Características del Tratamiento Psicológico	Trabajo interdisciplinario con el psiquiatra sobre tratamiento y evolución del caso
Características del Tratamiento Psicológico	Apoyo de familiares del usuario para favorecer el apego al tratamiento farmacológico
Características del Tratamiento Psicológico	Duración de sesiones
Derivación	¿Existen criterios de derivación establecidos?
Derivación	¿Utilizan técnicas para motivar al usuario a cumplir con la derivación?
Derivación	Identificar tipos de obstáculos para asistir al servicio al que se derivación

Notas: El guion de entrevistas para psicólogos indaga las características de los procesos de diagnóstico, tratamiento y derivación que aplican en pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de drogas.

Tabla 5

## Guion entrevista Psiquiatra

Categoría	Preguntas
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica ¿Se realiza una valoración psiquiátrica al ingreso? (con o sin límite de fecha: en un período no mayor de 72 horas)
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica ¿Existe un Manual o protocolo de procedimientos para elaborar la valoración Inicial Psiquiátrica?
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica En la entrevista con el usuario, ¿podría señalarme las áreas que valora?
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica En la Historia Clínica, señalar que áreas valora
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica ¿Aplican instrumentos diagnósticos? ejemplo ¿ASSIST?, ¿CIDI?, ¿Mini-Plus?, ¿SCL-90R? ¿Otros?
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica ¿Prescriben pruebas o análisis complementarios?
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica Indicación de uso de sistemas diagnósticos (CIE-10, DSM-IV)
Valoración diagnóstica:	Psiquiátrica ¿Existe una Reunión interdisciplinaria para el establecimiento del diagnóstico?
Características del Tratamiento Psiquiátrico	¿Disponen de un manual o protocolo de procedimientos para impartir el tratamiento psiquiátrico?

Características Tratamiento Psiquiátrico	del ¿Se establece el plan terapéutico conjuntamente con el usuario?
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Prescripción farmacológica
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Cambio de medicamentos (frecuencia y principales razones del cambio)
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Duración promedio del tratamiento farmacológico
Características Tratamiento Psiquiátrico	del ¿Utilizan Impartición de estrategias motivacionales para favorecer el apego farmacológico?
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Principales dudas o temores del usuario referentes al tratamiento farmacológico
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Trabajo interdisciplinario con el psicólogo sobre tratamiento y evolución del caso
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Apoyo de familiares del usuario para favorecer el apego al tratamiento farmacológico
Características Tratamiento Psiquiátrico	del Duración de las sesiones

---

Derivación	¿Existen criterios de derivación establecidos?
Derivación	¿Utilizan técnicas para motivar al usuario a cumplir con la derivación?
Derivación	Identificar tipos de obstáculos para asistir al servicio al que se deriva
Derivación	Identificar técnicas útiles para derribar esos obstáculos
Derivación	¿Disponen de un directorio de referencia?
Derivación	¿Cada cuánto se actualiza el directorio de referencia?

---

Notas: El guion de entrevistas para psiquiatras indaga las características de los procesos de diagnóstico, tratamiento y derivación que aplican en pacientes con comorbilidad psiquiátrica

---

asociada al consumo de drogas.

## **15.2 Consentimiento Informado**

“Diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica dual asociada al comportamiento adictivo”

En el marco del trabajo final de tesis de la Maestría de Psicología Clínica de la Universidad de la Republica se está realizando la investigación “Diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica dual asociada al comportamiento adictivo”.

El objetivo de la presente investigación será describir las características de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados con pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica asociada al comportamiento adictivo en diferentes centros de Uruguay. Para ello van a realizarse entrevistas a técnicos que intervienen en esta temática y se analizarán historias clínicas a diferentes usuarios de los centros.

Con la culminación de esta investigación se espera relevar información que permita identificar los procesos diagnósticos y los diferentes tratamientos en centros que atiendan a personas con consumo de sustancias y patología psiquiátrica concomitante. De esta manera contribuir en la homogeneización de los criterios diagnósticos y en las técnicas empleadas con los pacientes, logrando una atención uniforme que pueda asegurar una atención de calidad y de esta manera garantizar el acceso a programas de salud eficientes.

Es importante destacar que la participación a esta instancia es libre y voluntaria, pudiendo abandonar la misma en cualquier momento del proceso, sin que ello conlleve riesgo o perjuicio alguno. En todo momento se preservará el anonimato, por lo cual los nombres de los participantes no aparecerán en ningún documento, eliminándose todos aquellos elementos que permitan identificar o inferir la identidad de cualquiera de los participantes.

Si está de acuerdo en participar le solicitamos que firme la nota que figura a

continuación. Ante cualquier duda quedamos a su disposición. Le agradecemos de antemano por su atención.

Licenciado en Psicología Aldo Tomassini

Estudiante Maestría en Psicología Clínica Udelar

[aldotomassini@gmail.com](mailto:aldotomassini@gmail.com)

099022958

En conformidad con la información recibida, otorgo por este medio mi aval para participar en la investigación “Diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica dual asociada al comportamiento adictivo”

Firma

Aclaración de firma

Fecha