

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

**"FRECUENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN PACIENTES CON DEPENDENCIA
AL ALCOHOL Y SU RELACION CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN"**

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL TITULO DE:

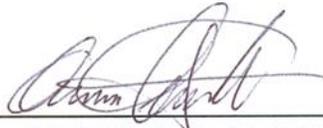
**ESPECIALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LAS
ADICCIONES**

P R E S E N T A:

DRA. ANA MARIA CADENA CALDERON

DRA. GABRIELA ARMAS CASTAÑEDA
ASESOR DE TESIS

MARZO 2016



DRA. GABRIELA ARMAS CASTAÑEDA
ASESOR DE TESIS

DRA ANA MARÍA CADENA CALDERÓN
PRESENTA

INDICE

ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACION	7
HIPOTESIS	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODO	10
ANALISIS ESTADÍSTICO	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN	26
BIBLIOGRAFÍA	28

ANTECEDENTES

El uso de sustancias psicoactivas han acompañado a la humanidad en su desarrollo, en diversos escritos históricos estudiosos de la salud identificaban el efecto nocivo y crónico de ciertas sustancias, así como la incapacidad de algunas personas de dejar de consumir. Hoy en día el estudio de las adicciones ha permitido entender datos clínicos que antes se referían de forma empírica y a su vez ha permitido el desarrollo de tratamientos más integrativos y multidisciplinarios.

Sin embargo un reto dentro del ya complicado tratamiento de las adicciones ha sido la nombrada patología dual. La patología dual se define actualmente como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones ¹. El concepto en sí, representa un desafío en el diagnóstico compartido de dos entidades hasta hace unos años evaluadas y tratadas como entidades separadas.

Es importante mencionar que en la terminología anglosajona, el término “patología dual” hace referencia a dos entidades patológicas independiente, y en ocasiones a aquellas que puedan tener una relación en su génesis o mantenimiento. Aunque el término está más cercano al modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos ¹.

De los países que más han estudiado y difundido esta correlación clínica se encuentra España, por lo tanto, cuenta con numerosos estudios sobre el tema. En un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la patología dual hecho en Madrid, se encontró que en las redes sanitarias públicas relacionadas con salud mental y drogodependencia, el 53.6% de los pacientes que reciben tratamiento presentan patología dual y que en las de drogodependencias el porcentaje aumenta a un 63% ².

En otros estudios se pueden observar que entre el 50% al 80% de casos de adolescentes atendidos presentaron antecedentes de trastornos de conducta. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se encuentra entre un 27% al 29% ⁴. Los trastornos de ansiedad hasta un 65% ³ y los trastornos depresivos hasta un 88%, es último se asocia con un peor curso clínico en paciente con Trastorno de usos de sustancias y con aumento del riesgo de intentos suicidas o suicidios consumados. En cuanto a los trastornos de personalidad se encuentran distintos datos epidemiológicos encontrándose en un rango de prevalencia entre un 40% a 60% variando su relación entre los que ya presentaban criterios antes de presentar el Trastorno por uso de sustancias o bien después del inicio del consumo ¹.

Estas observaciones y estudios han permitido generar cuestionamientos de que esta relación no solo se dé por mecanismos sociales o psicológicos. Comportamientos clásicos en una persona con trastorno de usos de sustancias como son las recaídas, contemplar otra explicación ante estos datos o en qué punto podrían unirse enfermedades aparentemente distintas. De esta forma al hablar de patología dual se habla de una serie de aspectos etiológicos, genéticos y ambientales, que generan cambios neurobiológicos sobre los que se va creando un conjunto de cogniciones, conductas y emociones observables en estos pacientes.

En la literatura se hablan de al menos cuatro posibilidades respecto a la génesis de este trastorno:

- 1) Las distintas combinaciones de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento.
- 2) El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente.
- 3) El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente.
- 4) Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis o cuadros esquizofreniformes, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias ⁹.

Los estudios han demostrado que es necesario se detecten y traten ambas patologías como entidades únicas con sintomatología común, dando igual importancia el inicio de su tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico ⁵.

Se ha mostrado la relación neurobiológica de las entidades que se analizan en la patología dual. En estudios transversales se encuentra que el desarrollo del alcoholismo o el tabaquismo es recíproco a la generación de la depresión, es decir, el consumo de sustancias predice la aparición de sintomatología depresiva y viceversa también esta correlación se hace más evidente cuando se inicia la presentación o el consumo en la adolescencia, cuando se comparan con estudios longitudinales se observan relaciones similares ⁶. Como es común hablando de neurobiología la infancia y la adolescencia son momentos críticos y vulnerables para que el individuo presente cambios positivos o negativos respecto a su neuroplasticidad, es por esta razón que las campañas preventivas hacia los jóvenes tienen un sustento científico.

Se cuenta con meta-análisis que han evaluado la respuesta terapéutica en personas con alcoholismo y depresión, donde se ha observado que desde las primeras etapas de atención mejora significativamente el puntaje de depresión (Hamilton), se ha establecido una clara relación entre la historia de episodios depresivos recurrentes o consumo crónico de alcohol con episodios depresivos más largos y severos o recaídas frecuentes, aun considerando que la depresión y el alcoholismo sean independientes ⁷. Lo cual ejemplifica

la importancia de valorar la patología dual en adicciones impacta directamente en la efectividad del tratamiento y la prevención de recaídas tanto en el trastorno afectivo como en el trastorno por uso de sustancias.

La importancia de generar información sobre la existencia simultánea de estas entidades encuentra una razón cuando se evalúa el impacto de estas. Se estima que el diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol, cocaína y heroína a lo largo de la vida tiene un riesgo incrementado de hasta 4,5 veces de presentar un episodio de depresión mayor, comparado con la población general ¹.

El abuso de sustancias puede precipitar un episodio depresivo o, por el contrario, puede representar el intento del paciente de tratar su propia enfermedad.

Los pacientes deprimidos suelen consumir estimulantes, como cocaína y anfetaminas, para aliviar su depresión. La dependencia alcohólica suele coexistir con los trastornos del estado de ánimo (autoadministración).

A pesar de que se ha determinado la relación entre el consumo de alcohol y la depresión se sabe poco sobre los cambios neurobiológicos asociados a esta comorbilidad, una de las áreas que se relaciona en ambas patologías el hipocampo. El consumo agudo de alcohol inhibe el glutamato y reduce la transmisión eficaz a la corteza por la supresión del receptor NMDA, con el uso crónico se aumentan los sitios de unión y el nivel de funcionamiento, esto se ha corroborado con la concentración de glutamato respecto al puntaje de la escala AUDIT (AUDIT/Glu), de igual forma se ha encontrado disminución del neurotransmisor en la zona prefrontal y también una regulación a la baja de los genes que codifican a los transportadores de glutamato en células de la glía y que lo regulan en el espacio sináptico. Con estos estudios se puede evidenciar como estas dos entidades pueden generarse la una a la otra, o bien agravarse en su presentación en un lugar tan fundamental como es el hipocampo para el aprendizaje, la memoria y la regulación del ánimo, y esto es explorando los cambios únicamente químicos, aun sin contemplar los efectos estructurales a largo plazo ⁸.

En México existen poco estudios respecto a la incidencia y prevalencia de la patología dual en población mexicana. En los existentes se ha determinado que la mayoría de los trastornos psiquiátricos se relacionan con las adicciones. Según la encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) realizada en zonas urbanas, el 15 y 18% de la población adulta presenta una patología dual en donde la depresión y el abuso de sustancias es el más frecuente y se presenta en mayor cantidad en los hombres. Los resultados del estudio concuerdan en que una de cada seis personas sufrirá un problema de patología dual y que requerirá de atención médica especializada. En referencia a los adolescentes se calcula que el 18% de la población se encuentra afectada por un trastorno de patología dual ¹⁰.

JUSTIFICACION

En México existe poca información sobre datos estadísticos en referencia a la patología dual, si bien se menciona en algunos artículos una correlación entre diversas enfermedades mentales y uso de sustancias, no se ha considerado en una perspectiva dual.

Es importante que existan estudios de población mexicana que puedan ser comparados con estudios en otras partes del mundo que puedan ayudar en procesos de prevención, atención y rehabilitación de los pacientes que la presentan. Se cuentan con datos estadísticos sobre los trastornos por uso de sustancias y por trastornos afectivos, pocos hacen una inclusión de estos padecimientos como comorbilidades o como factores que empeoran la respuesta o el tratamiento específico.

El planteamiento de este estudio nos permite conocer a que se enfrenta el personal de salud cuando alguien ya está buscando atención por el consumo de alcohol, y en cuántos casos también estas personas cuentan con algún trastorno afectivo.

El espectro de la patología dual es muy amplio por lo que se busca generar que existan más áreas de investigación y se amplíen los trastornos por uso de sustancias y los trastornos psiquiátricos asociados a estos, utilizando escalas de tamizaje que cubran la estas áreas. En este caso se decidió por trastornos relacionados con el consumo de alcohol y su relación con depresión y ansiedad debido a la incidencia y prevalencia en ambos, en la población mexicana.

La relevancia de este estudio sería generar datos estadísticos en una muestra de población del Distrito Federal que se atiende por primera vez por consumo de alcohol y conocer cuántos de estos pacientes se presentan también con un trastorno afectivo, estén o no conscientes de este. Estos datos nos ayudarían a generar herramientas de prevención, tratamiento y rehabilitación con un enfoque integral considerando también los trastornos mentales. También nos permitiría identificar áreas de fortalecimiento en los protocolos de atención para ambos padecimientos, incluyendo la preparación del personal de primer contacto y de especialidad para que tengan habilidades para el diagnóstico y manejo de la patología dual.

HIPOTESIS

La mayoría de los pacientes que buscan atención por consumo de alcohol presentan criterios para depresión y/o ansiedad.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar la frecuencia de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad en pacientes que acuden a tratamiento por primera vez por consumo de alcohol.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar a los pacientes con consumo problemático de alcohol (abuso o dependencia) que no consumen otras sustancias psicoactivas que acuden a solicitar tratamiento por primera vez.
2. Conocer mediante las escalas de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identificación test) y la Escala de Intensidad de la Dependencia del alcohol (EIDA) para identificar los trastornos relacionado con el alcohol y en su caso la intensidad de la dependencia.
3. Evaluar la presencia clínica de síntomas de depresión y ansiedad mediante las escalas de Hamilton para ese fin.
4. Realizar el análisis estadístico sobre los resultados en la presencia de abuso o dependencia al alcohol, su intensidad y los rangos de síntomas afectivos.
5. Generar información estadística sobre patología dual en población mexicana.
6. Sentar las bases para que en estudios posteriores se propongan protocolos de detección y tratamiento para personas que reúnan criterios para trastornos por consumo de alcohol y depresión y/o ansiedad.

MATERIAL Y METODO

Unidades de observación:

Pacientes masculinos, mayores de edad que acudieron al Centro de Atención Integral para las Adicciones de la Delegación Coyoacán (CAIA) para solicitar atención por consumo de alcohol en un periodo comprendido de 6 meses (marzo 2015- agosto 2015).

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que acudan al CAIA Coyoacán para solicitar atención de primera vez por consumo único de alcohol.
2. Mayores de edad hombres y mujeres.
3. Realizar el trámite correspondiente para apertura de expediente y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes policonsumidores
2. Pacientes que ya hubieran recibido atención por trastorno de uso de sustancias.
3. Pacientes con antecedente de diagnóstico de trastornos afectivos
4. Pacientes que no llenaron las escalas necesarias para este estudio

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no concluyeron el proceso de apertura de expediente
2. Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
3. Pacientes que no llenaron las escalas seleccionadas para el estudio.

Definición de variables y unidades de medida:

Variable	Descripción	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Unidades de Expresión
Escala de Hamilton para Depresión	<p>Es una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas depresivos y valorar los cambios del paciente deprimido. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva . La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.</p> <p>Puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23</p>	Cuantitativa	Cuasidimensional	Puntos
Escala de Hamilton para Ansiedad	<p>Fue diseñada en 1959, sirve para valorar el grado de ansiedad. No sustituye el diagnóstico clínico. La puntuación va de 0 a 56</p>	Cuantitativa	Cuasidimensional	Puntos

	<p>Ansiedad Generalizada:0-5 No ansiedad 6-14 Ansiedad menor:15 o más Ansiedad mayor;14 o más Ansiedad clínicamente manifiesta</p>			
Audit	<p>Prueba de diez preguntas desarrollada por la OMS que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso. La prueba se diseñó para ser utilizada internacionalmente. Un puntaje de 8 o más en sujetos del sexo masculino (de 7 en sujetos del sexo femenino) indica una fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol. Un puntaje de 20 o más sugiere una dependencia.</p>	Cuantitativa	Cuasidimensional	puntos
EIDA	<p>Escala para medir la intensidad de la dependencia de alcohol. Creada en 1998, autoaplicable. 30 items. Puntaje: Menos de 21: dependencia leve 21-37: dependencia moderada Más de 37 dependencia grave</p>	cuantitativa	Cuasidimensional	puntos

ANALISIS ESTADISTICO

Realizamos un estudio transversal y descriptivo. Se aplicaron las siguientes escalas: Hamilton de depresión, Hamilton de ansiedad, AUDIT, EIDA en pacientes que acudieron por primera vez al Centro de Atención Integral para las adicciones.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se recolectaron de manera manual con los formatos de cada escala validados para el idioma español posteriormente se pasaron a base de datos electrónica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

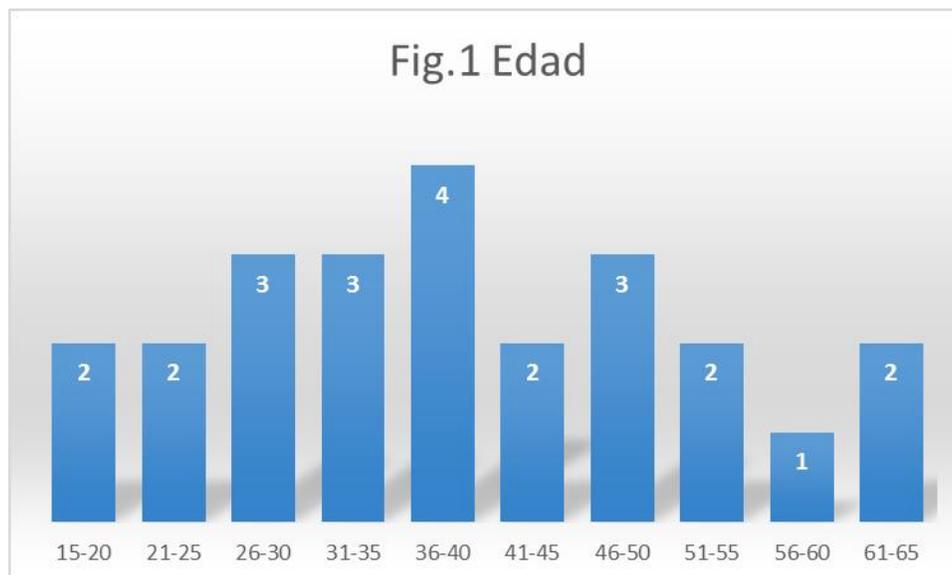
Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Se ingresaron 33 pacientes que acudieron al Centro de Atención Integral para las adicciones de la Delegación Coyoacán, que estuvieran buscando por primera vez atención por consumo único de alcohol, en un periodo comprendido de 6 meses (marzo 2015- agosto 2015) siendo la incidencia de 0.0033 por 10,000 habitantes, la cual se puede correlacionar con los últimos informes en foros de la Secretaria de Salud y CONADIC donde se habla de que 1 de cada 3 mexicanos tiene un consumo nocivo de alcohol. Todos fueron de sexo masculino.

Se excluyeron 9 pacientes, 2 por no entregar la documentación requerida para la apertura de su expediente clínico, 3 por no firmar el consentimiento informado, 4 por no llenar correctamente o el total de las escalas. Quedando un total de 24 participantes.

La edad promedio del total de los casos fue de 38.75 (rango 19-65 DE = 12.97), moda de 23 años. Figura 1.



Escala de Depresión de Hamilton

La escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, cuyo objetivo es el de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica

Su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems la cual es recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, recomienda los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

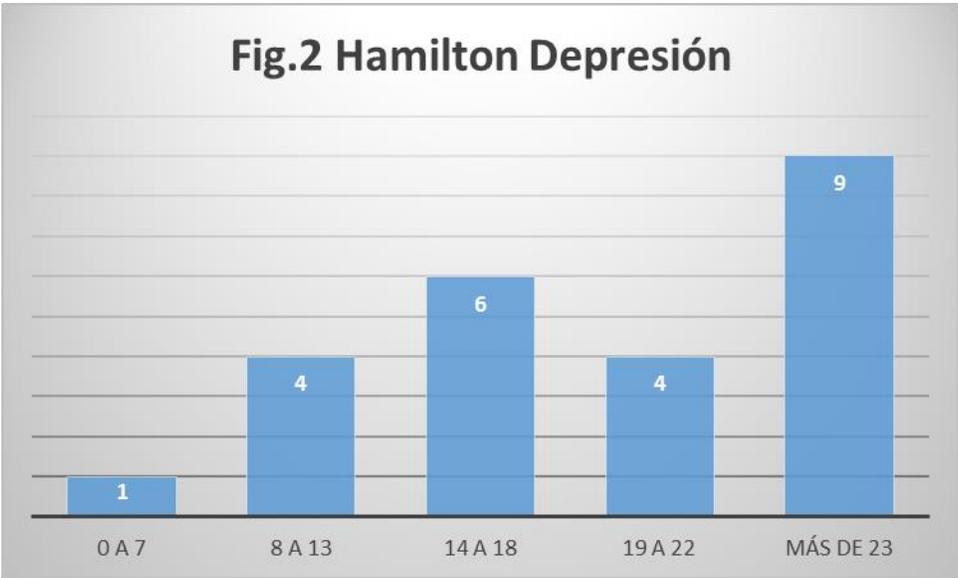
Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

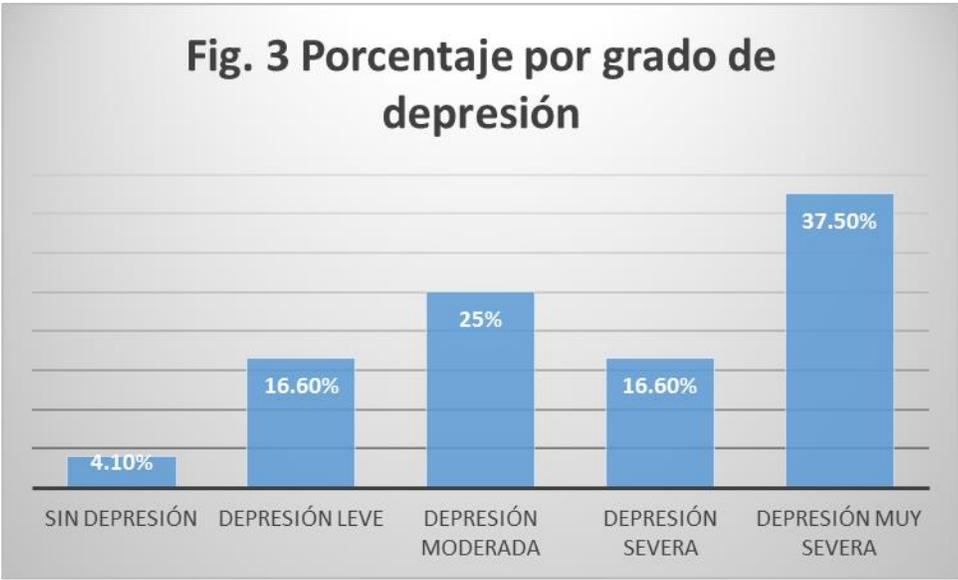
Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

En los resultados de los pacientes se encontró un promedio de 19.5 puntos (depresión severa). La puntuación más baja fue de 7 puntos y la más alta de 33 (DE 7.41), Moda de 17 puntos. Figura 2.



Se puede observar que 4.1% de los pacientes no tiene puntaje para depresión, el 16.6% para depresión menor, el 25% para depresión moderada, el 16.6% para depresión severa y el 37.5% para depresión muy severa. Figura 3.



ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD

La escala de ansiedad de Hamilton(Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista.

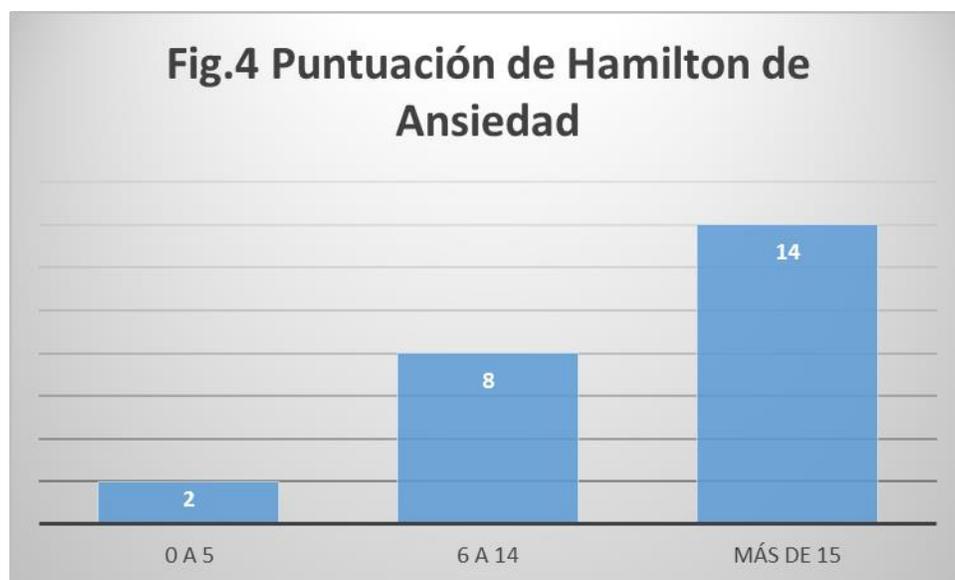
Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global .El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, dos puntuaciones que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8,9, 10, 11, 12 y 13).

Sin ansiedad:0-5

Ansiedad menor: 6-14

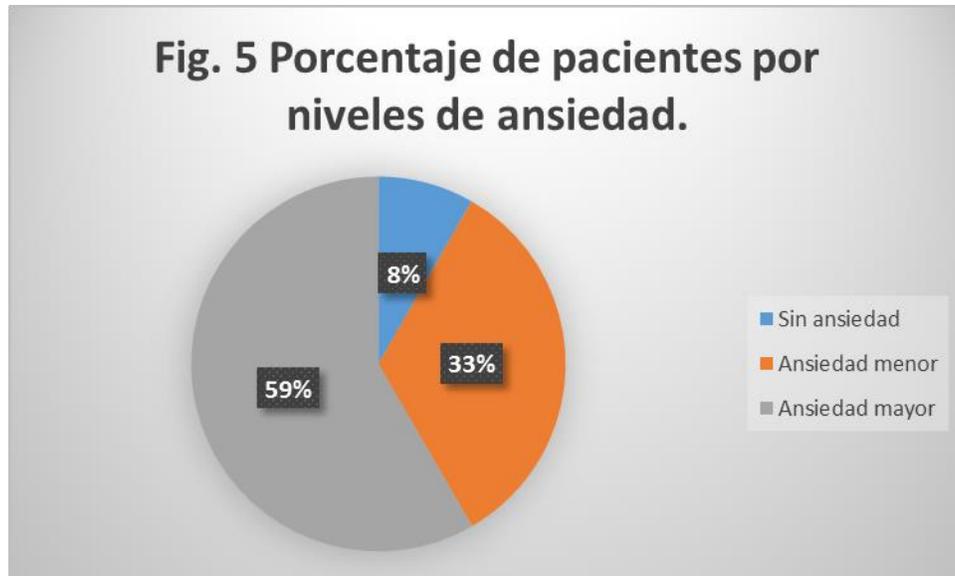
Ansiedad mayor: 15 o más

En nuestros pacientes se encontró un promedio de 21.12 puntos (ansiedad mayor), la menor puntuación fue de 2 y la mayor es de 56.(DE 13.37) una moda de 18 (ansiedad mayor).



En porcentaje de pacientes por las puntuaciones obtenidas se encontró un 8% de pacientes sin ansiedad, un 33% con ansiedad menor y un 59% con ansiedad mayor.

Fig. 5 Porcentaje de pacientes por niveles de ansiedad.



AUDIT

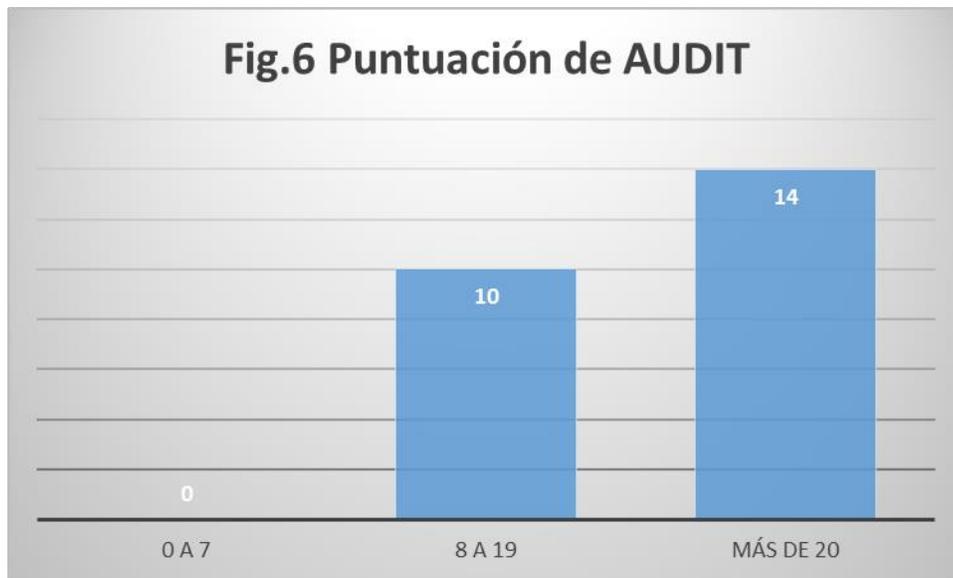
El AUDIT es el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de alcohol, fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 y fue actualizada en 1992.

0 a 7: Sin consumo perjudicial

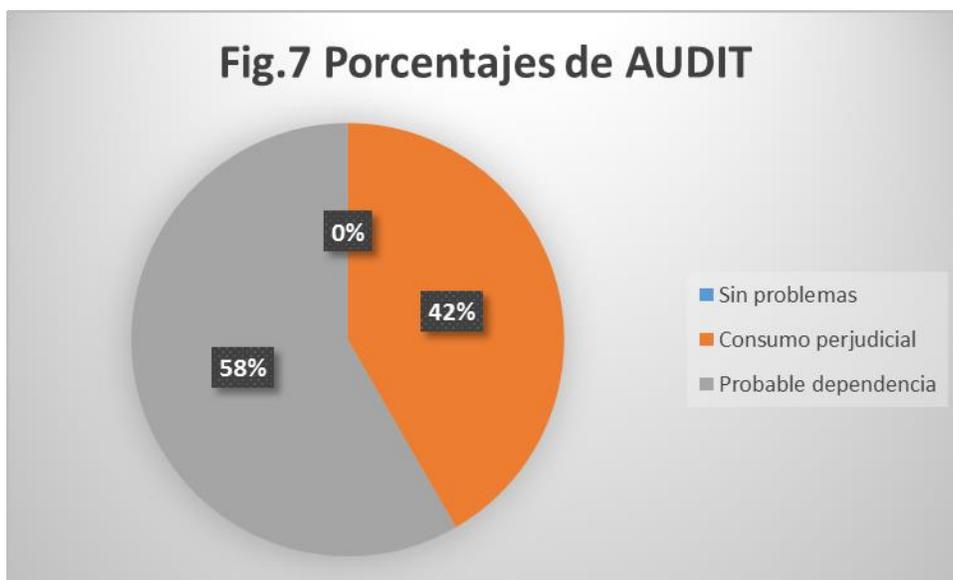
8 a 19: Con consumo perjudicial

Más de 20: probable dependencia

Los resultados de la muestra de nuestros pacientes mostraron un promedio de 22.54 puntos. La puntuación mínima fue de 11 puntos y la máxima de 39. (DE 7.35) y una moda de 17.



Los porcentajes obtenidos de los 24 pacientes, se encontraron el 42% con consumo perjudicial y el 58% con probable dependencia.



Escala para medir la intensidad de la dependencia de alcohol. Creada en 1998, autoaplicable. La Escala de la intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) que esta constituido por 30 ítems, que mide síntomas físicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, reinstauración de la sintomatología tras la recaída y la capacidad de control

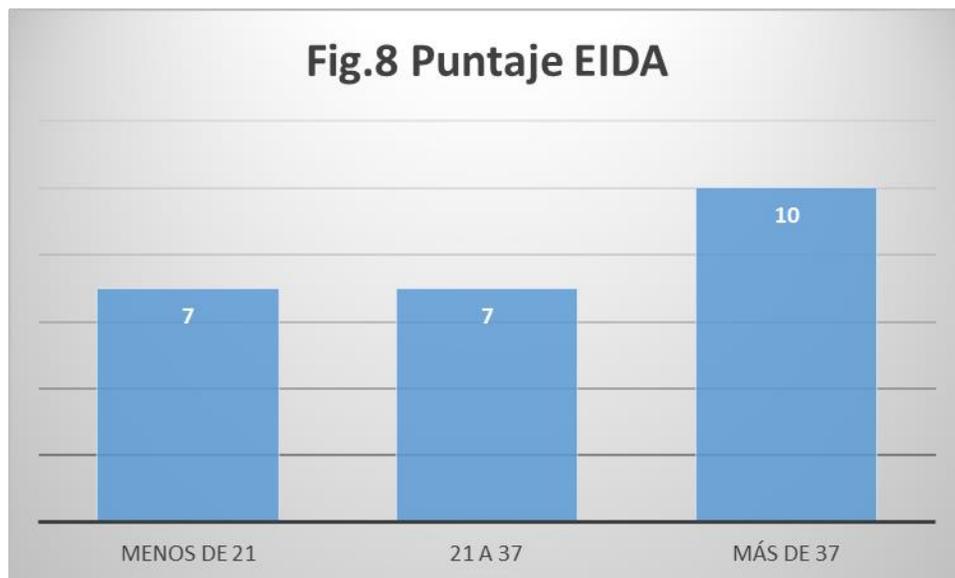
Puntaje:

Menos de 21: dependencia leve

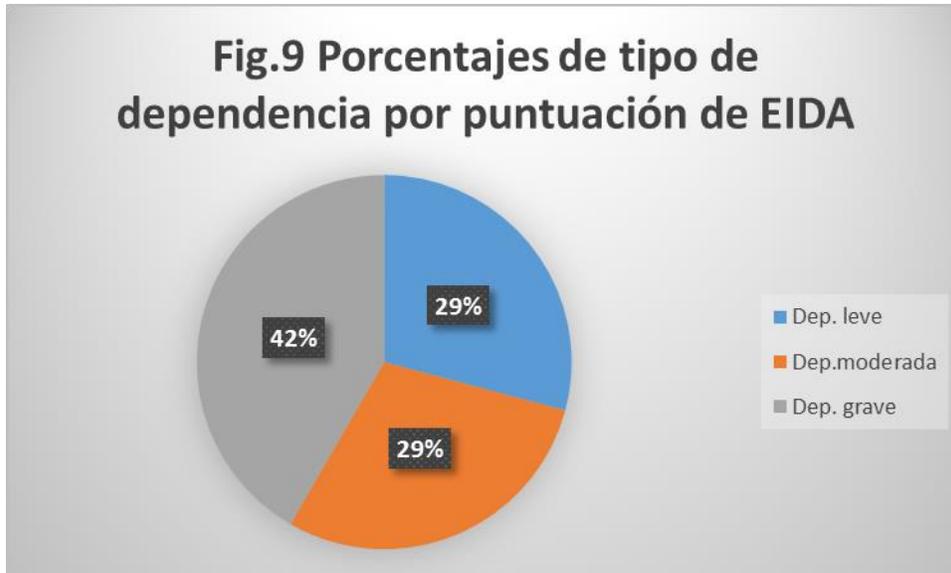
21-37: dependencia moderada

Más de 37: dependencia grave

Los resultados mostraron un promedio de 35.25 puntos, teniendo como puntuación mínima de 7 y máxima de 78 puntos. (DE 19.73) y una moda de 19.



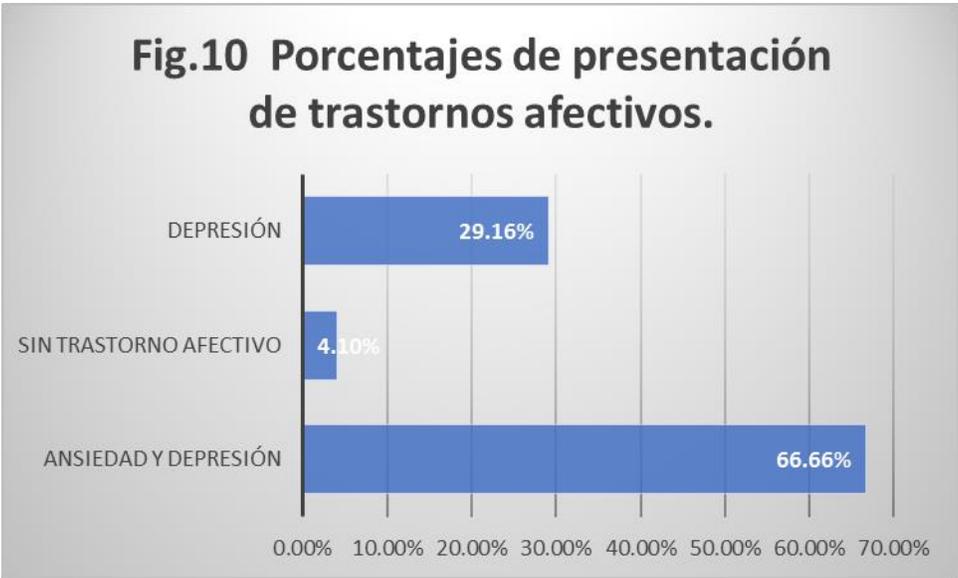
Se encontraron los siguientes porcentajes 29% para probable dependencia leve, 29% para dependencia moderada y 42% para dependencia grave.



Relación entre puntuación de escalas

El 100% de los pacientes mostraron puntuaciones significativas en el test de AUDIT y en la escala EIDA.

De los cuales al correlacionarlos con la puntuación de ansiedad y depresión se encontró un 4.1% sin trastorno afectivo aparente, un 29.16% con únicamente depresión y un 66.66% con ansiedad y depresión. Figura 10



Se considera en la siguiente gráfica el porcentaje de pacientes que presentan puntuaciones para depresión de moderada a severa y ansiedad grave, así como puntuaciones relacionadas con una probable dependencia (AUDIT) y dependencia de moderada a grave (EIDA) donde es evidente que existe una relación entre la gravedad de los síntomas afectivos con la gravedad del trastorno por uso de sustancias, evidenciando no sólo la coexistencia de estas entidades sino también su relación en la gravedad de ambas. Figura 11

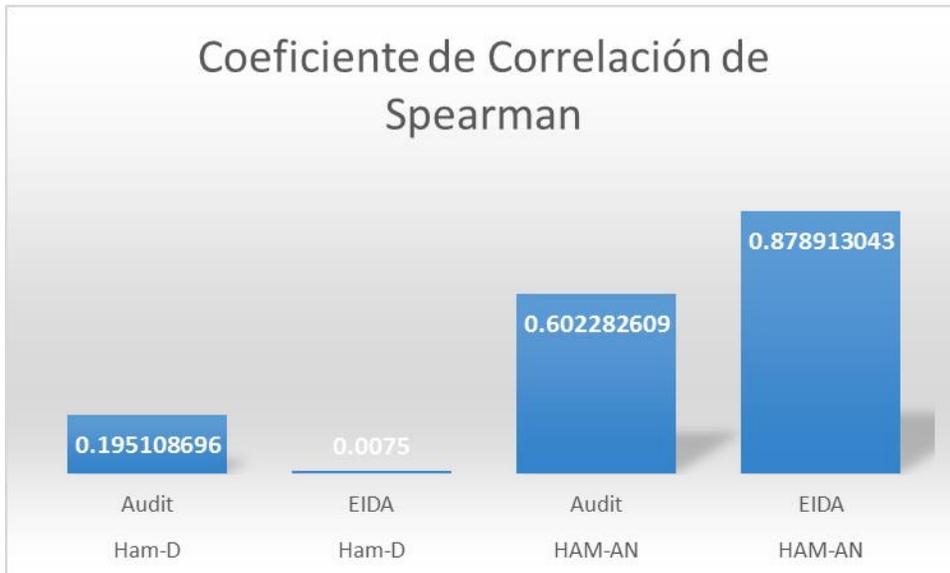
Fig.11 Porcentaje de pacientes con probable patología dual (alcohol+depresión y/o ansiedad)



Coefficiente de Correlación de Spearman (Fig 12)

Se realizó el coeficiente de correlación de Spearman siendo una medida de la correlación (asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas. Se realizaron los datos entre las escalas de trastornos afectivos y las escalas para conocer el tipo de consumo de alcohol o la existencia de una dependencia o no. Se encontró que en la escala para depresión el valor r se acercaba más a 0, en el caso del EIDA se obtuvo 0.0075 y para el AUDIT 0.1951. En el caso de la escala de Hamilton para Ansiedad el valor de r se

aproxima más a 1, para el EIDA de 0.8789 y para el AUDIT de 0.6022. por lo tanto se puede comprender que la correlación es mayor en los casos de ansiedad, aunque ninguno se aproxima a números negativos.



DISCUSION

La edad media que se encontró en el estudio es de 38.7 años en el estudio realizado por Galán I (et al) en España (2014) respecto a los patrones de consumo encuentra que los sujetos encuestados los bebedores en el caso de los hombres se encuentran entre los 45-64 años (odds ratio (OR=2,92 respecto a 15-29 años; IC 95% 1,59-5,38) ¹¹. En la Encuesta

nacional de Adicciones (2011) muestra que la tendencia de uso de alcohol en población adulta entre los 18 a 65 años fue mayor e incluso se había incrementado con respecto a años anteriores, encontrando un uso en el último año de hasta un 69.3%. Se hace referencia a un aumento significativo también en mujeres, sin embargo en esta misma encuesta se menciona que el porcentaje de hombres que acuden a Centros de Salud a solicitar atención por el consumo de alcohol es mayor que el de mujeres, por lo cual se debe de considerar que quizá por cuestiones psicosociales las mujeres no solicitan la atención hasta llegar a casos de franca disrupción en sus actividades diarias, el nivel socioeconómico del CAIA Coyoacán es medio bajo, bajo y pobreza por lo que socialmente aún se discrimina más a las mujeres que padecen algún tipo de trastorno adictivo, lo cual podría explicar el por qué en los 6 meses de estudio no se presentó ninguna mujer.

Respecto a los porcentajes de trastornos afectivos se encontró que un 16.6% tienen depresión severa y un 37.5% depresión muy severa, así como el 33% ansiedad, estos porcentajes corroboran la coexistencia de trastorno por uso de alcohol con trastornos afectivos en pacientes que solicitan atención y valoración por primera vez, por supuesto que considerando el concepto de patología dual pueden ser los trastornos afectivos desencadenantes o agravantes del trastorno por uso de sustancias o viceversa, así como ser entidades nosológicas separadas que encuentran un espacio de desarrollo en personas con cierto perfil de vulnerabilidad para ambas.

En consideración a la información presentada en la introducción donde alrededor de un 53% a 63% de los pacientes diagnosticados con patología dual en España presentaban algún trastorno afectivo en esta muestra se encuentra un 66.66% con depresión y/o ansiedad.

Otro dato importante a discutir es el tipo de trastorno por uso de sustancias que se encuentran en esta muestra, donde el 42% presenta un consumo perjudicial de alcohol el 58% una probable dependencia de acuerdo al AUDIT, y una dependencia grave en un 42% de acuerdo a la EIDA, lo cual nos hace pensar en que los pacientes acuden a buscar atención en adicciones cuando el Trastorno por uso de sustancias ya es grave y generalmente ya afecta su funcionalidad, por lo que los lineamientos de prevención deben ser más exhaustivos y generar vías en las que los pacientes puedan recibir atención interdisciplinaria y multidisciplinaria en adictología de forma rápida, eficiente y eficaz. Ya que al considerar el tipo de consumo que tienen con un trastorno afectivo es poco probable que encuentre la atención necesaria en lugares de atención de primer nivel.

CONCLUSION

La patología dual es su mismo concepto reconoce un reto para su prevención, diagnóstico y tratamiento en materia de adicciones. Sin bien aún se encuentra esta conceptualización en estudio y validación, si se encuentra en la literatura internacional la correlación de enfermedades psiquiátricas con trastornos por usos de sustancias, dentro de las más relevantes, el consumo perjudicial de alcohol y los trastornos afectivos. En este estudio se logró identificar la existencia de estas dos enfermedades en los pacientes que acuden a buscar atención por el consumo de alcohol, en porcentajes similares a los que se encuentran en la literatura internacional y nacional, aunque siguen siendo pocos los estudios que invitan a considerar esta correlación desde el primer momento de atención, incluso en guías de prácticas se considera la atención de una entidad a la vez, aunque quizá al corroborar la coexistencia de ambas, se pueden entender más claramente los mecanismos neurobiológicos que comparten y lograr la detección y atención desde una primera visita.

Es importante considerar que los pacientes que generalmente acuden a centros para el manejo de adicciones ya tienen una experiencia previa de atenciones en medios no regularizados y no llevados por profesionales, lo cual en la mayoría de los casos puede agravar el trastorno afectivo presente por lo cual si se consideran todos los paciente muy probablemente la presencia de estos trastornos sea todavía mayor.

En este estudio se considera solo una parte de la compleja interacción entre los trastornos de usos de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas, al encontrar resultados en población de la Ciudad de México, invita a ampliar este estudio al resto de trastornos psiquiátricos asociados y a otras drogodependencias.

También es importante reflexionar sobre las capacidades actuales que tiene nuestro sistema de salud para brindar una atención de calidad y necesaria en estos pacientes, si bien se sabe que para poder tener acceso a un médico especialista es complicado en sectores públicos o muy costoso en privados, la información en el tratamiento de adicciones en personal de primer contacto sigue siendo insuficiente para poder detectar una comorbilidad tan compleja como la que se hace evidente en estos estudios, considerando que en esta situación lo ideal es que estos pacientes cuenten con una atención multidisciplinaria e interdisciplinaria donde evidentemente una cita ocasional con un psicólogo o médico general se vuelve insuficiente.

Con estos resultados se puede entender que existe una correlación entre estas entidades se les llame patología dual o no, si se debe considerar para el adecuado

manejo de estos pacientes, entendiendo que la abstinencia no necesariamente conlleva a la mejoría significativa del paciente, sino se consideran otros factores con un trastorno psiquiátrico no diagnosticado y que permanece sin tratamiento, complicando la rehabilitación integral, favoreciendo las recaídas y la pobre integración de los pacientes a la vida cotidiana funcional, así como el manejo único de un trastorno afectivo no significa que el paciente logre controlar un proceso adictivo o de uso perjudicial de alguna sustancia y el impacto de este en su vida diaria.

Por lo que se concluye que si se encuentra una coexistencia significativa entre estos trastornos, en esta muestra de población mexicana, por lo que se debe de considerar para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. N. Szerman, I. Basurte, C. Roncero, J. Martínez-Raga y P. Vega. Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales . JANO 12-18 de diciembre de 2008. N.º 1.720

2. Asociación Española de Patología dual. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid (2008)
3. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian countries. *BMC Psychiatry*, 2006; 6:44.
4. Rodríguez Llera MC, Domingo Salvany A, Brugal MT. et al. Psychiatric comorbidity in Young heroin users, *Drug Alcohol Dependence*. 2006; 84:88: 48:55.
5. Torrens M. Marta .Patología Dual: Situación Actual y Retos del Futuro. *ADICCIONES*, 2008 . Vol.20 Núm. 4 . Págs.315—320
6. Tjora T. Hetland J. The association between smoking and depression from adolescence to adulthood. *Addiction* 2014. 109; 1022-1030
7. Foulds, J, Adamson S. Depression in patients with alcohol use disorders: Systematic review and meta-analysis of outcomes for independent and substance-induced disorders. *Journal of Affective Disorders*. 185 (2015) 47-59
8. Hermens D. et al. Hippocampal glutamate is increased and associated with risky drinking in young adults with major depression. *Journal of Affective Disorders* 186 (2015) 95-98
9. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Torrens Mèlich M. *ADICCIONES*, 2008 • Vol.20 Núm. 4 • Págs.315--320
10. Ecurdia, Juan Martín Sandoval De. La salud Mental en México. 22 Febrero 2012
11. Galán I, González MJ. Patrones de consumo en España: un país en transición. *Revista Española de Salud Pública* No.4 2014;88:529-540