

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**PATOLOGÍA DUAL GRAVE EN UNA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA PROFESIONAL DOTADA DE UNIDAD
PSIQUIÁTRICA**

Directores:

Dr. Vicente García Vicent

Prof. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Prof. Blas Gil Extremera

Encarnación Luque Fuentes
Granada, 2011

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Encarnación Luque Fuentes
D.L.: GR 1087-2012
ISBN: 978-84-694-9330-4

**PATOLOGÍA DUAL GRAVE EN UNA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA PROFESIONAL DOTADA DE
UNIDAD PSIQUIÁTRICA**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
POR LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**ENCARNACIÓN LUQUE FUENTES
LICENCIADA EN FARMACIA
GRANADA**

Universidad de Granada

Facultad de Medicina

Los directores: Dr. Vicente García Vicent, Prof. Rafael Rodríguez -Contreras Pelayo y Prof. Blas Gil Extremera, autorizan la presentación de la tesis doctoral titulada: "Patología dual grave en una comunidad terapéutica profesional dotada de unidad psiquiátrica" realizada por Encarnación Luque Fuentes.

Directores:

Dr. Vicente García Vicent

Prof. Rafael Rodríguez - Contreras Pelayo

Prof. Blas Gil Extremera

Doctoranda: Encarnación Luque Fuentes
Granada, 2011

AGRADECIMIENTOS

Deseo dar las gracias a mis profesores de los cursos de doctorado y a mis compañeros por animar y apoyar mi curiosidad investigadora. A María Robertson y a Juan Chacón que me mostraron el camino y a Maite Sevilla, Montse Alcaina y María José Díaz por su buen hacer. A Adolfo Rivera, Juan de Dios Luna y José Antonio Roldán que habitan el reino de la estadística donde muchos son los llamados pero pocos los elegidos. A Esperanza Vergara, por su desinteresada ayuda.

A mis directores: D. Vicente García Vicent, por su generosidad al permitirme entrar en el mundo de la patología dual y en la comunidad terapéutica, dejarme observar y trabajar, enseñarme y corregirme, siempre con su científico optimismo. D. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo, guía paciente, bondadoso y sabio, que desde el principio me alentó de palabra y de obra. Sin su constante estímulo no habría sido posible este trabajo. D. Blas Gil Extremera, que me inculcó el deseo de ser una pordiosera del tiempo, parafraseando al Dr. Marañón. La ayuda que me han prestado no puede agradecerse con simples palabras.

A Virginia Castillejo, mi amiga y profesora intensiva de informática por sus conocimientos e infinita paciencia. A mis padres, por su ejemplo de perseverancia. A mi hija Azahara por apoyarme moralmente y como lectora. A Antonio, mi compañero de viaje y de vida porque ha tolerado mis ausencias, comprendido mis dudas, y siempre ha creído en este proyecto. Y a aquellos que sin ser nombrados aquí, han estado muy presentes.

A todos, muchas gracias.

**“Que mi mente se pasee hambrienta por ahí, intrépida,
sedienta y flexible”.**

Edward Estlin Cummings

PRESENTACIÓN

Tanto las patologías psiquiátricas, con todas sus connotaciones personales, familiares y sanitarias, como los problemas derivados del abuso de drogas, suponen retos de gran relevancia en las sociedades actuales, sobre todo en los ámbitos sanitarios y de bienestar social. Cuando ambos trastornos se presentan simultáneamente, las consecuencias se multiplican de manera exponencial, poniendo en cuestión recursos y tratamientos. En el presente estudio se propone un acercamiento general al problema de la comorbilidad psiquiátrica en usuarios de drogas de abuso entre los pacientes ingresados en una comunidad terapéutica profesional de Málaga. Para dar forma a este trabajo se ha estructurado la introducción en cuatro partes: la primera se basa en la información general sobre drogas de abuso y adicciones; en la segunda, dedicada a las enfermedades mentales, se describen patologías psiquiátricas presentes en los pacientes objeto del estudio. En la tercera, patología dual, se explican el concepto, significado, teorías etiológicas y perspectivas de actuación terapéutica. En la cuarta parte, comunidades terapéuticas, mostramos el medio a nuestro entender idóneo para tratar esta enfermedad, puesto que la patología dual, hasta ahora concepto muy discutido y, desde hace unos años, de completa actualidad, compete por igual a las administraciones y a los profesionales sanitarios, tanto en lo referido a los recursos que se ocupan de adicciones como en los destinados a pacientes con patologías psiquiátricas.

Una vez centrados en el problema y en los recursos, se ha elaborado la justificación. Por qué y dónde. En los objetivos se explica qué buscamos, y en la metodología se detalla el procedimiento. A partir de aquí, y con las herramientas estadísticas en la mano, se describen los resultados, que se discutirán luego y nos servirán de base para las conclusiones.

ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CT	Comunidad terapéutica
CTP	Comunidad terapéutica profesional
CCTT	Comunidades terapéuticas
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (of Mental disorders)
ECA	Epidemiological Catchment Area Study
gl	Grados de libertad
Ing	Ingresos
NTIES	National Treatment Improvement Evaluation Study
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OEDT	Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías
OR	Odds ratio
PASDA	Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones
PCP	Fenciclidina
PD	Patología dual
PDG	Patología dual grave
PASDA	Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones
PISMA	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
PMM	Programa de mantenimiento con metadona
T	Trastorno
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
TAP	Trastorno antisocial de la personalidad
TCA	Trastorno de conducta alimentaria

TDAH	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
THC	Tetrahidrocannabinol
TLP	Trastorno Límite de la personalidad
TM	Trastorno mental
TMG	Trastorno mental grave
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo
TP	Trastorno de la personalidad
TUS	Trastorno por uso de sustancias
UBE	Unidad básica estándar

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	29
Capítulo 1. SUSTANCIAS DE ABUSO Y DEPENDENCIA	31
1.1. Sustancias de abuso	33
1.1.1. Breve aproximación histórica	34
1.1.2. Epidemiología del consumo de drogas	35
1.1.3. Clasificaciones	38
1.1.4. Efectos y consecuencias de su consumo	41
1.2. Dependencia de sustancias	49
1.2.1. Mecanismos generales de la adicción	49
1.2.2. Bases neurológicas de la adicción	51
1.2.3. Conceptos básicos en adicciones: consumo perjudicial, dependencia, abstinencia, sensibilización, <i>craving</i> y recaída	52
1.2.4. Trastornos por usos de sustancias (TUS): conceptualización histórica	55
Capítulo 2. ENFERMEDADES MENTALES	57
2.1. Definición y clasificaciones de las enfermedades mentales	59
2.2. Epidemiología de la enfermedad mental	59
2.3. Patología social	60
2.4. Trastornos mentales graves	60
2.4.1. Trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de ideas delirantes persistentes	60
2.4.2. Trastornos psicóticos inducidos por sustancias	62
2.4.3. Trastornos afectivos: depresión mayor y trastorno bipolar	62
2.4.4. Trastornos de personalidad: límite, paranoide, esquizoide, esquizotípico y antisocial	63
2.4.5. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	66
2.4.6. Trastornos de ansiedad graves: agorafobia, fobia social generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	67
2.4.7. Otras patologías psiquiátricas: trastornos mentales orgánicos y trastornos graves de la conducta alimentaria	69

Capítulo 3.	PATOLOGÍA DUAL.....	71
3.1.	Patología dual: concepto e implicaciones	73
3.2.	Relaciones entre trastorno mental y dependencia de drogas	75
3.3.	Etiología: hipótesis explicativas y modelos de comorbilidad.....	76
3.4.	Diagnóstico de patología dual	78
3.5.	Estudios epidemiológicos de comorbilidad	79
3.5.1.	Estudio ECA (Epidemiological Catchment area study)	80
3.5.2.	Estudio NCS (National Comorbidity Survey).....	81
3.5.3.	Otros estudios	81
3.6.	Patologías asociadas a cada tipo de sustancia de abuso	82
3.6.1.	Alcohol y patología dual	82
3.6.2.	Tabaco y patología dual	83
3.6.3.	Opiáceos y patología dual	84
3.6.4.	Cannabis y patología dual	85
3.6.5.	Cocaína y patología dual	86
3.6.6.	Hipnosedantes y patología dual	87
3.7.	Actuación terapéutica	88
Capítulo 4.	LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	91
4.1.	Historia y evolución de la comunidad terapéutica	93
4.2.	Estructura de la comunidad terapéutica	94
4.3.	Metodología de intervención	95
4.4.	Indicación de tratamiento	97
4.5.	Adaptación de las comunidades terapéuticas a la comorbilidad psiquiátrica	98
4.6.	Comunidad terapéutica profesional “Hacienda de Toros” de Marbella	100
II.	JUSTIFICACIÓN	105
III	OBJETIVOS.....	109
1.	Objetivos.....	111

2.	Hipótesis de trabajo	112
IV.	METODOLOGÍA	113
1.	Fundamentos éticos	115
2.	Población objeto del estudio	115
3.	Diseño del estudio	116
3.1.	Criterios de inclusión	116
3.2.	Criterios de exclusión	116
4.	Descripción y método del estudio	117
4.1.	Apoyo informático	118
4.2.	Apoyo bibliográfico	118
4.3.	Estudio estadístico	119
V.	RESULTADOS	121
1.	PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL GRAVE EN LA MUESTRA	123
2.	DESCRIPTIVA GENERAL DE LA MUESTRA	123
3.	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA GENERAL POR GÉNERO	131
3.1.	Descripción de las variables cuantitativas	131
3.1.1.	Hombres	131
3.1.2.	Mujeres	131
3.2.	Comparación de las variables cuantitativas según el género	132
3.3.	Comparación de las variables cualitativas según el género	133
3.4.	Consideraciones para el análisis según el género	136
4.	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA POR SUBTIPOS DE TRASTORNO MENTAL	138
4.1.	Descriptivo para trastornos psicóticos	139
4.2.	Descriptivo para trastornos afectivos	140
4.3.	Descriptivo para trastornos de personalidad	141
4.4.	Descriptivo para trastornos de ansiedad	142
4.5.	Descriptivo para trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	143

4.6.	Descriptivo para “otras patologías psiquiátricas”	144
4.7.	Resumen de descriptivo para los diferentes subtipos de trastorno mental	145
5.	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE DIFERENCIAN LOS SUBTIPOS DE PATOLOGÍA DUAL GRAVE EN FUNCIÓN DE SU PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE BASE	153
5.1.	Grupo de pacientes de Patología dual grave-Trastornos psicóticos	153
5.1.1.	Estudio de las variables cuantitativas	153
5.1.2.	Estudio de las variables cualitativas	155
5.1.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud	159
5.1.4.	Consideraciones para el grupo de patología dual grave con trastornos psicóticos	160
5.2.	Grupo de pacientes de Patología dual grave-Trastornos afectivos	161
5.2.1.	Estudio de las variables cuantitativas	161
5.2.2.	Estudio de las variables cualitativas	162
5.2.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud	165
5.2.4.	Consideraciones para el grupo de patología dual grave con trastornos afectivos	166
5.3.	Grupo de pacientes de Patología dual grave-Trastorno límite de personalidad	167
5.3.1.	Estudio de las variables cuantitativas	167
5.3.2.	Estudio de las variables cualitativas	168
5.3.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud	171
5.3.4.	Consideraciones para el grupo de patología dual grave con trastorno límite de personalidad	174
5.4.	Grupo de pacientes de Patología dual grave - Trastornos de ansiedad	175
5.4.1.	Estudio de las variables cuantitativas	175
5.4.2.	Estudio de las variables cualitativas	176
5.4.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud	179
5.4.4.	Consideraciones para el grupo de patología dual grave con trastorno de ansiedad.....	181
5.5.	Grupo de pacientes de Patología dual grave - Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	181
5.5.1.	Estudio de las variables cuantitativas	181
5.5.2.	Estudio de las variables cualitativas	182

5.5.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud	186
5.5.4.	Consideraciones para el grupo de patología dual grave con trastorno de déficit de atención con hiperactividad	187
5.6.	Grupo de pacientes de Patología dual grave-“Otras patologías psiquiátricas”	188
5.6.1.	Estudio de las variables cuantitativas	188
5.6.2.	Estudio de las variables cualitativas	189
5.6.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud	192
5.6.4.	Consideraciones para el grupo de patología dual grave con “otras patologías psiquiátricas”	193
6.	ESTUDIO DEL PRONÓSTICO SEGÚN EL TIPO DE ALTA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA	194
6.1.	Estudio de las variables cuantitativas	194
6.2.	Estudio de las variables cualitativas	195
6.3.	Regresión logística por razón de verosimilitud. Variables que condicionan el tipo de alta	198
6.4.	Consideraciones para las variables que condicionan la respuesta al tratamiento medida por el tipo de alta	200
VI.	DISCUSIÓN	201
1.	LIMITACIONES, PUNTOS FUERTES Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DEL ESTUDIO	203
2.	PERFIL GENERAL DE LA MUESTRA	206
3.	DIFERENCIAS DE GÉNERO	210
4.	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SUBTIPOS DE PATOLOGÍA DUAL GRAVE	214
4.1	Variables cuantitativas	214
4.2	Género	215
4.3	Nivel de estudios	215
4.4.	Dependencia de sustancias	217
4.5	Comorbilidad psiquiátrica	220
4.6.	Análisis comparativo para los subgrupos de patología dual grave ..	221
5.	ESTUDIO DEL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA	225

6.	DISCUSIÓN GENERAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS	233
VII.	CONCLUSIONES	237
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	241
IX.	ANEXOS	264

I. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. SUSTANCIAS DE ABUSO Y DEPENDENCIA

En la primera parte de este capítulo se establece la definición de droga, realizando una breve aproximación histórica y describiendo las últimas encuestas epidemiológicas. También se enumeran las clasificaciones más importantes que se utilizan, así como los efectos derivados de su abuso. En la segunda parte, dedicada a la dependencia de sustancias, se estudian los conceptos básicos y más importantes relacionados con la adicción a sustancias de abuso así como las bases neurobiológicas y mecanismos de la adicción.

1.1. SUSTANCIAS DE ABUSO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “droga” es, de forma genérica, toda sustancia que, al ser introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de éste. Dentro de esta amplia definición existe un subgrupo de sustancias que actúan específicamente sobre el sistema nervioso central, estimulando, inhibiendo o perturbando sus funciones, que son las llamadas “drogas psicoactivas”. Algunas de estas sustancias, por sus características físico-químicas, son susceptibles de abuso por parte de quien las utiliza, pudiendo generar incluso una dependencia, que según el DSM-IV-TR¹, *supone la presentación de síntomas cognoscitivos, del comportamiento y fisiológicos, debidos a que el individuo continúa consumiendo a pesar de tener problemas significativos relacionados con la sustancia*. Los trastornos por el uso de estas sustancias (TUS) conocidos coloquialmente como “adicción a las drogas”, están considerados como uno de los principales problemas de salud pública en la sociedad occidental. También el panorama mundial en la actualidad es preocupante: el *Informe Mundial sobre Drogas* de 2010², al referirse al consumo de sustancias ilegales, señala que entre 155 y 250 millones de personas en el mundo las han consumido en el último año. Esta cifra abarca al 4,8% de la población mundial, con un número estimado de entre 143 y 190 millones de consumidores activos de cannabis, 24,5 millones, de anfetaminas, 16-21 millones, de cocaína y 15-21 millones, de opiáceos. Para entender su magnitud hemos de tener en cuenta todas las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los trastornos por abuso de sustancias, entre las que incluimos las llamadas “drogas legales”, como el alcohol y el tabaco, que no están integradas en este informe. Las drogas generan enormes pérdidas económicas y gravísimos perjuicios a nivel humano. Los adictos ven afectados todos los aspectos de su vida, relaciones personales, familiares, sociales y laborales. El problema es especialmente evidente cuando se trata de adolescentes y jóvenes, dada la posibilidad de que se originen o agraven trastornos mentales³.

1.1.1. Breve aproximación histórica

A lo largo de la historia del ser humano se han usado sustancias para obtener diferentes efectos: euforizantes, relajantes o psicodélicos⁴. Desde principios del siglo XIX se sintetizaron muchas de las drogas actualmente conocidas como la morfina, codeína, atropina, cafeína, cocaína, heroína, mescalina y los barbitúricos. Se consideraron exclusivamente sus efectos medicinales sin valorar los peligros de su utilización, por lo que su venta y consumo se extendieron sin control hasta bien entrado el siglo XX. En las dos sustancias más conocidas, el alcohol y el tabaco, había diferencias. Respecto al último no existía conciencia de daño, pero con las bebidas alcohólicas se empezaban a describir cuadros nosológicos producidos por su abuso, y los higienistas de finales del siglo XIX y principios del XX⁵ ya hablaban de la “degeneración de la especie” producida por el alcohol. Sin embargo, en la sociedad general, hasta los años setenta del siglo XX, ambas sustancias estaban bien incorporadas en las costumbres de la época. Desde entonces fueron apareciendo otros consumos nuevos como el de cannabis y sus derivados, alucinógenos como el LSD y psicoestimulantes como la cocaína. En España, al final de la década, la situación más preocupante se debió a la “crisis de drogas” relacionada con el consumo de heroína. Los problemas derivados produjeron gran preocupación social⁶; la aparición de una profunda crisis cultural, con los nuevos consumos impregnados de un aura de modernidad, y la irrupción masiva de la heroína como una droga que presentaba un potencial adictivo mayor que el de todas las conocidas hasta entonces, supusieron la generación de una gran alarma en la sociedad española ante la situación.

El consumo de esta droga era fundamentalmente de administración parenteral, aunque también se utilizaba por vía pulmonar, fumándose. Se extendió con rapidez, propiciando la aparición del mercado ilegal de producción y distribución y el desarrollo de un gravísimo problema de salud pública. El número de adictos a la heroína en 1984 en España era de aproximadamente 125.000 según el Observatorio Español sobre Drogas⁷ en su segundo informe de 1999. En la segunda mitad de los 80 esta población siguió creciendo más lentamente, al tiempo que aparecieron enfermedades infecto-contagiosas como el VIH / SIDA entre la población dependiente. En la actualidad la heroína sigue siendo la mayor causante de morbi-mortalidad relacionada con el consumo de drogas en Europa. A pesar de

que el consumo de esta droga venía decreciendo desde mediados de la década de los 90, el número de nuevas demandas de tratamiento relacionadas con opiáceos ha comenzado a aumentar desde 2002. Los fallecimientos relacionados con drogas han seguido estando asociados fundamentalmente al consumo de heroína, y los datos no proporcionan ninguna indicación sobre un retorno a la tendencia decreciente detectada antes de 2002-2004⁸.

Actualmente, la cocaína es la sustancia que más se consume en España tras el cannabis, y con este nuevo hábito aparece un modelo de adicto bastante alejado en apariencia del carácter marginal del heroinómano, con mejor nivel de adaptación socioeconómica. En la década de los 90 se produjo un estancamiento del consumo de heroína y otros opiáceos, al tiempo que emergían nuevos consumos como los de éxtasis y otras drogas de síntesis, que en Europa surgieron para usos fundamentalmente recreativos y públicos, asociados a conciertos, discotecas y fiestas, sobre todo entre la población juvenil. En este nuevo modelo de utilización de psicoestimulantes relacionado con el uso lúdico se pierde la percepción real de riesgo, ya que el deterioro físico es menos evidente en los primeros estadios de consumo. Sin embargo, aunque los consumidores de éxtasis y otras drogas de síntesis ofrecen una imagen benigna y atractiva de los efectos de estas drogas, algunos de estos efectos adversos pueden llegar a hacerse crónicos, dando lugar a alteraciones psicopatológicas descritas en los manuales de diagnóstico psiquiátrico⁹.

1.1.2. Epidemiología del consumo de drogas

El número de usuarios de drogas tanto legales como ilegales en Europa es mucho mayor que el de infectados de SIDA por poner un ejemplo, según los informes de 2009 del Observatorio Europeo sobre Drogas⁸, y ONU / SIDA¹⁰, respectivamente. Estas estimaciones se refieren a la población adulta de entre 15 y 64 años y se basan en los datos más recientes de los que se dispone, referidos al periodo 2005-2007. En cuanto a España, la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas 2007-2008* (EDADES)¹¹, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, muestra que la situación del consumo de drogas

presenta un conjunto de patrones e indicadores entre los que cabe destacar los siguientes:

Alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres tipos de bebedores, basándose en el consumo semanal de alcohol:

- Abstemio: ningún consumo.
- Normativo: hasta 280 gramos por semana (28 UBEs) en hombres y hasta 168 gramos por semana (17 UBEs) en mujeres.
- De riesgo: más de 280 gramos por semana en hombres y más de 168 gramos por semana en mujeres.

El consumo de alcohol está ampliamente extendido en la sociedad española de modo estable desde hace tiempo, observándose que más de las tres cuartas partes de la población bebe de manera esporádica y que más del 64,0% es consumidor habitual. De este porcentaje, alrededor del 15,0% bebe a diario, siendo el 5,5% de los encuestados consumidores de riesgo. La prevalencia de este consumo diario es 5,4 veces mayor en el grupo de hombres de 15 a 24 años que en las mujeres. Durante los días laborables, el consumo de alcohol, fundamentalmente vino y cerveza, presenta diferencias respecto al fin de semana, en que aumenta considerablemente también para alcoholes de alta graduación. Casi el 20,0% de los españoles se ha emborrachado alguna vez en el último año, con más frecuencia los hombres (27,0%) que las mujeres (12,0%). Entre los jóvenes de 15 a 34 años el porcentaje se acerca al 31,0%, y en el grupo de mayor edad supera el 11,0%. En el grupo de 20 a 24 años, tanto para hombres como para mujeres, se concentran los mayores porcentajes de bebedores abusivos.

Tabaco. El porcentaje de fumadores diarios está disminuyendo tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad encuestados, pero especialmente en el grupo de 35 a 64 años. Actualmente, algo menos del 33,0% de la población fuma diariamente, frente al 37,0% de 2003. El máximo consumo diario de tabaco se encuentra en el grupo de edad de 35 a 44 años, con una prevalencia del 38,0%. y el mínimo, entre los de 55 a 64, con una prevalencia del 19,4%. Los hombres fuman más, hasta el 37,0%, y las mujeres casi el 29,0%.

Cannabis. En la citada encuesta sobre drogas se indica que en los últimos años se ha frenado el consumo esporádico de cannabis. Parece haber aumentado la percepción del riesgo, aunque gran parte de la sociedad española sigue considerando esta droga como poco peligrosa. Ha descendido la incorporación de nuevos consumidores hasta el 10,1% en los últimos 12 meses, frente al 11,3% de 2003. En el conjunto de los países europeos, el número de consumidores a lo largo de la vida es de alrededor de 74 millones, lo que supone una prevalencia del 22,0% de los europeos adultos. El consumo durante el último año alcanza unos 22,5 millones de personas, aproximadamente una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida. Se observa una tendencia a iniciar el consumo a edades más tempranas, y el riesgo de consumir otras drogas ilegales es muy elevado en los usuarios de cannabis, lo que avala el hecho de que sea una droga de acceso al consumo de otras sustancias de abuso¹².

Opiáceos. En España la prevalencia estimada es de entre 2 y 4 casos por cada mil habitantes de 15 a 64 años. En el conjunto de Europa, entre 1,2 y 1,5 millones de personas son considerados consumidores problemáticos de opiáceos. Las tres cuartas partes de los heroinómanos en tratamiento entre 1987 y 1995 nacieron en la década de los 60, iniciándose en el consumo habitual entre los 18 y 20 años¹³. Las muertes inducidas por drogas ilegales representan el 4,0% de todas las defunciones de europeos de entre 15 y 39 años de edad, habiéndose encontrado opiáceos en unas tres cuartas partes de las mismas. Es la droga principal en la mitad del total de las demandas de tratamiento.

Cocaína. El 4,0% de la población española ha consumido cocaína en el último mes estudiado en la encuesta. En Europa, la prevalencia a lo largo de la vida se aproxima a los 13 millones de consumidores, lo que supone el 3,0% de los europeos adultos. El consumo durante el último año: 4 millones de adultos europeos, y 1,5 millones durante el último mes estudiado.

Éxtasis. La prevalencia de consumo en España varía entre el 1,0% y el 5,0%. En Europa, unos 2,5 millones de personas, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida.

Anfetaminas. En España la prevalencia de vida es del 3,8% en los adultos de 15 a 64 años. En toda Europa, la prevalencia a lo largo de la vida se estima en unos 12 millones, lo que supone el 3,5% de los europeos de edad adulta. Dos millones de europeos las han consumido durante el último año y algo menos de un millón durante el último mes estudiado.

Tranquilizantes e hipnosedantes. Generalmente el consumo de estas sustancias comienza por prescripción facultativa y se continúa con automedicación. El consumo va en aumento. El 4,0% de los encuestados afirma haber consumido tranquilizantes sin receta en el último año, y otro 2,7% refiere consumo de hipnóticos, especialmente mujeres.

En general, hay diferencias de género en el consumo, y los hombres consumen drogas ilegales en mayor proporción que las mujeres. Esta proporción es de tres a uno en el caso del cannabis consumido en los últimos 30 días y de dos a uno en el caso de la cocaína. El alcohol, el tabaco y el cannabis en todas sus presentaciones, se encuentran muy arraigados en la sociedad española con altos niveles de prevalencia, pero la percepción existente entre los ciudadanos españoles los presenta como menos peligrosos que otras sustancias¹⁴ y a pesar de que el consumo de drogas ilegales continúa siendo en la actualidad uno de los principales problemas existentes para casi la mitad de los españoles, se aprecia un progresivo descenso de la sensación de alarma social asociada a este fenómeno. Por otra parte, crece el número de personas que admiten haber consumido algún tipo de drogas, tanto legales como ilegales, con aumento de las cantidades utilizadas por una parte importante de los consumidores habituales, con nuevas formas de policonsumo sobre todo entre los más jóvenes, aunque disminuye de forma continua el número de personas que utilizan drogas con frecuencia.

1.1.3. Clasificaciones

En la literatura científica encontramos distintas formas de clasificación de las drogas. Existen clasificaciones internacionales, como las realizadas por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR)¹, o por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)¹⁵, que dividen las drogas en función de los grupos

farmacológicos a los que pertenecen. También podemos tener en cuenta otras clasificaciones que distinguen tipos de drogas en función del efecto principal de éstas; en la clasificación de Escámez¹⁶ se agrupan distintos tipos de drogas en tres grandes categorías: depresoras, estimulantes y perturbadoras de la visión de la realidad.

A. Clasificaciones internacionales

*DSM- IV-TR*¹: Clasifica las drogas de abuso, medicamentos o tóxicos, agrupadas en 11 categorías:

- Alcohol
- Sedantes, ansiolíticos e hipnóticos
- Alucinógenos
- Fenciclidina (PCP) y otros de acción semejante
- Cocaína
- Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción semejante
- Cafeína
- Cannabis
- Inhalantes
- Nicotina
- Opioides

Consejo Europeo - Grupo Pompidou: El Grupo Pompidou del Consejo de Europa¹⁷ desarrolla un indicador de admisiones a tratamiento por drogas en diversas ciudades europeas, y su clasificación consta de varios grupos de sustancias:

- **Opioides**: Heroína, opio y morfina, codeína, opioides sintéticos; opioides agonistas-antagonistas y agonistas parciales; opiáceos o sustitutivos opiáceos prescritos para el tratamiento de drogas.
- **Estimulantes**: Cocaína, anfetaminas, estimulantes parecidos a las anfetaminas, MDMA (éxtasis) y otros estimulantes no especificados.

- **Hipnóticos y sedantes:** Barbitúricos y otros hipnóticos, benzodiazepinas, tranquilizantes mayores y otros sedantes; ansiolíticos menores no barbitúricos ni benzodiazepinas.
- **Alucinógenos:** Drogas alucinógenas sintéticas, hongos y otras plantas y derivados, fármacos con efectos alucinógenos (ketamina, etc.).
- **Sustancias volátiles:** Sustancias volátiles sin especificar, pegamentos y colas, gasolinas y gases combustibles, propulsores de aerosoles, pinturas, disolventes de pinturas, nitritos vasodilatadores, gases y líquidos anestésicos, gas de extintores de incendios, quitamanchas y productos de limpieza en seco y desengrase, líquidos correctores de errores mecanográficos y diluyentes.
- **Cannabis:** Planta, resina (hachís), aceite, tetrahidrocannabinol.
- **Alcohol.**
- **Otras sustancias psicoactivas:** Medicamentos antiparkinsonianos, y antidepresivos.

B. Clasificación según los efectos

Según Escámez et al¹⁶ podemos clasificar las distintas drogas en tres grandes grupos:

1. **Estimulantes:** cocaína, anfetaminas, éxtasis, cafeína, nicotina, etc. Incrementan cuantitativamente una serie de signos y síntomas físicos, además de provocar sensaciones subjetivas como la exaltación del estado de ánimo, la grandiosidad, disminución de la fatiga, etc. También aceleran las funciones cognitivas y producen aumento de ansiedad tras el consumo.

2. **Depresores:** alcohol, opiáceos, ansiolíticos, etc. Producen generalmente un efecto contrario a las drogas estimulantes, describiéndose sensaciones de relajación, sueño, tranquilidad, apatía, etc. El efecto estimulante se produce en ausencia del tóxico, en el llamado síndrome de abstinencia.
3. **Perturbadores de la visión de la realidad:** marihuana, LSD. Son sustancias que no producen una acción dominante, siendo el efecto subjetivo mucho más marcado que en las anteriores con gran influencia del efecto placebo, de las expectativas del usuario, de anteriores experiencias con la droga, de la cultura popular y de las propias características del individuo. Esto implica grandes diferencias de un sujeto a otro, según el estado emocional, el tiempo o el espacio del consumo.

1.1.4. Efectos y consecuencias de su consumo

Alcohol. Las bebidas alcohólicas han estado presentes en la cultura humana desde hace aproximadamente 10.000 años. La más conocida y con mayor tradición histórica es el vino, considerado como una fuente energética, calórica y líquida, que hacía de él un complemento alimenticio prácticamente indispensable¹⁸. Al introducirse el uso del alambique en la Edad Media comenzó la destilación de bebidas de elevada concentración alcohólica; primero, el aguardiente de vino, y después toda una amplia variedad de graduaciones, sabores y aromas: ginebra, coñac, whisky, vodka, etc. A partir del siglo XV aproximadamente, la posibilidad de consumir bebidas de alta graduación se fue incrementando, llegando a momentos en la historia en que podemos hablar de verdaderas epidemias, como la “epidemia de la ginebra”, en Inglaterra en el siglo XVIII. Este hecho obligó al gobierno inglés a intervenir en el control y regular el consumo⁵. En 1785, Benjamin Rush llevó a cabo la primera investigación seria sobre el abuso de alcohol, recogida en la obra *“Extracts from Benjamin Rush’s Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind”*, concluyendo que el consumo de estas bebidas acarrea múltiples consecuencias nocivas: dependencia intensa, cirrosis, ictericia, pancreatitis, gastritis crónica, delirio, impotencia, agresividad criminal, accidentes, disminución de reflejos, embrutecimiento, lesiones irreversibles del cerebro y taras genéticas. En 1852, se publicó la obra *“Alcoholismus Chronicus”* del médico sueco

Magnus Huss, que sirvió como inicio de una nueva conceptualización del problema, pues fue el introductor del término “alcoholismo”. Se acababa de empezar a considerar al alcohólico como un enfermo y al alcoholismo como un tema de estudio de la psiquiatría. En 1932 Bogen¹⁹ estableció una clasificación de los efectos del alcohol según sus diferentes concentraciones en sangre que se mantiene en la actualidad con escasas variaciones.

Los efectos del alcohol son variables dependiendo de la cantidad administrada²⁰. En los últimos años han aparecido numerosas publicaciones sobre la influencia del consumo moderado de alcohol en la reducción de la mortalidad total y muy especialmente la mortalidad por cardiopatía coronaria²¹ pero el consumo excesivo de alcohol es tóxico para todo el organismo y provoca graves trastornos: sobre el sistema cardiovascular, como miocardiopatía alcohólica²², hipertensión arterial²³, arritmias²⁴ y enfermedades vasculares cerebrales²⁵; lesiones hepáticas, que suelen iniciarse en forma de esteatosis hepática, y derivar a hepatitis alcohólica, cirrosis e incluso carcinoma primitivo de hígado. Aunque la cirrosis hepática puede ser debida a causas víricas, en general se considera un marcador muy fiable para evaluar y cuantificar las lesiones producidas por el consumo crónico de alcohol. Entre los efectos agudos del alcohol sobre el sistema nervioso central cabe destacar la intoxicación alcohólica, observándose distintas fases en relación al aumento de la alcoholemia:

1. Hiperexcitabilidad del córtex.
2. Síndrome confusional y cerebeloso.
3. Coma de profundidad variable.

Hay otros procesos graves, como la llamada intoxicación patológica, que puede presentarse después de la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, con excitación extrema y conductas irracionales debidas a su efecto excitante con duración variable desde minutos hasta horas, que suele terminar con una profunda somnolencia. También pueden producirse “lagunas alcohólicas”, que se presentan como episodios de amnesia de horas de duración y que algunos pacientes sufren tras una intoxicación alcohólica aguda²⁶. Estas manifestaciones son consideradas un signo de dependencia alcohólica aunque pueden aparecer incluso en los bebedores ocasionales. Se cree que puede tratarse de un trastorno agudo de la memoria de fijación, pero que no afecta a la memoria inmediata o la remota.

Tabaco. Usado por los Mayas para aliviar dolencias y enfermedades y en ceremonias rituales desde el año 2000 a.C., comenzó a utilizarse en Europa tras el descubrimiento de América. España tuvo el monopolio del comercio del tabaco hasta bien entrado el siglo XVIII. El consumo de tabaco se mantuvo durante varios siglos como un hábito propio de grupos sociales privilegiados, pero dicha situación cambió drásticamente a finales del XIX, gracias al invento de la primera máquina de hacer cigarrillos (1884), y a una serie de modificaciones clave en los procesos de cultivo, elaboración, producción y comercialización del tabaco, arropados por la situación de monopolio de la industria tabaquera. A comienzos del siglo XX se empezaron a producir de modo masivo los cigarrillos manufacturados, lo que provocó un fuerte abaratamiento en los precios que permitió el uso del tabaco a casi todas las clases sociales. En 1929 Fritz Lickint publicó un trabajo estadístico basado en la evidencia que relacionaba el cáncer de pulmón con el uso del tabaco y un poco más tarde, en 1939, apareció el primer estudio epidemiológico realizado a nivel mundial respecto al hábito tabáquico. Sin embargo, pasarían aún casi veinte años hasta que en 1956 la OMS declaró que el tabaco es la principal causa predecible y evitable de muerte precoz. El tabaquismo es causa directa y reconocida de numerosas enfermedades, entre ellas, 10 tipos distintos de cáncer. Más del 90,0% de los casos de EPOC diagnosticados son debidos al tabaco, así como el 95,0% de los casos de cáncer de pulmón y el 30,0% de todas las cardiopatías coronarias. Además el tabaco actúa de forma sinérgica con otros factores de riesgo, de forma que los fumadores con hipertensión e hipercolesteremia pueden multiplicar su mortalidad cardiovascular por 20. Aunque la cardiopatía isquémica es la principal causa de morbi-mortalidad cardiovascular, el tabaco también es causa de otras muchas enfermedades cardíacas, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, aneurisma de aorta, enfermedades arteriales e hipertensión. También tiene un papel importante en las enfermedades infecciosas, como la neumonía y la gripe²⁷. Actualmente es un producto comercial, que genera una industria millonaria a nivel mundial y está incorporado a la vida cotidiana de la población. Desde los últimos años de la década de los 60, el número de fumadores ha aumentado de un modo progresivo en todo el mundo, y en algunos países sigue creciendo a un ritmo de un 9,0% al año. Tremendamente letal, ya en los 90 unos 3 millones de personas morían al año víctimas del consumo de tabaco, y se prevé que en 2020 mueran 10 millones de personas²⁸. El tabaquismo fue definido por la OMS en 1984 como una forma de drogodependencia, y en 1987 la Asociación

Americana de Psiquiatría clasificó la nicotina como una sustancia psicoactiva, que tiene la capacidad de producir dependencia sin que haya abuso. Hoy en día, el tabaquismo es considerado como una enfermedad crónica, y desde 1992 está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, reconociéndose como la principal drogadicción del mundo occidental, y siendo muy frecuentemente la puerta de entrada a otros consumos. Los efectos de la nicotina sobre el organismo dependen de la dosis, pudiendo comportarse como un estimulante o como un bloqueante de la transmisión nerviosa ganglionar. Como estimulante produce una mejora de la atención, estimulando la memoria y disminuyendo la irritabilidad. La adicción a la nicotina es un fenómeno neurobiológico muy complejo que incluye la acción de diferentes sistemas neuronales, pero es la acción sobre el sistema dopaminérgico la principal responsable del refuerzo positivo en el sistema biológico de recompensa.

Opiáceos. El opio se obtiene de la desecación del jugo procedente de las cabezas de las adormideras verdes (*Papaver somniferum*) y durante miles de años se ha utilizado como droga medicinal. Los escritos de los sumerios, en el 4.000 a.C. ya mencionaban su uso de forma habitual en medicina. En 1874, el químico británico Wright sintetizó la diacetilmorfina, conocida como heroína, y fue poco más tarde, en 1898, cuando se extendió su consumo al comercializarse en Alemania como un nuevo y supuestamente opiáceo no adictivo, aunque se descubrió muy pronto la falsedad de esa suposición al demostrarse su alta capacidad adictógena. Las regulaciones sobre estas sustancias eran escasas, por lo que muchos tónicos y remedios contenían opio, morfina, heroína o codeína y eran utilizados como analgésicos, antidiarreicos o anticatarrales entre otros usos terapéuticos²⁹.

En Europa, el consumo ilegal de drogas apareció como un amplio fenómeno social en los años 60, ya que hasta entonces sólo había un reducido núcleo de afectados de origen iatrogénico y en España se generalizó el consumo de heroína a partir de 1973³⁰. Es el llamado “uso recreativo” de los opiáceos el que ha originado su actual repercusión social. Los efectos del opio dependen de las proporciones relativas de sus más de 20 alcaloides, incluyendo la morfina, la codeína, la narcotina y la papaverina. La acción de estos es diversa: depresora, estimulante, pero todos potencian que origine una rápida adicción³¹.

Efectos a corto plazo³²:

- Oleada de euforia o “Rush”.
- Depresión respiratoria.
- Ofuscación del funcionamiento mental.
- Náuseas y vómitos.
- Supresión del dolor.
- Abortos espontáneos.

Consecuencias a largo plazo³²:

- Adicción.
- Infecciones bacterianas. Enfermedades infecciosas como VIH / SIDA, hepatitis B y C.
- Colapsos venosos. Infección del endocardio y las válvulas del corazón.
- Artritis y otros problemas reumatológicos.
- Alteraciones sobre el sistema neuroendocrino, a través de la alteración del sistema opioide endógeno que modula este sistema³³.

Cannabis. La *Cannabis sativa* ha sido utilizada con fines industriales, medicinales y recreativos desde la Antigüedad, aunque la investigación sobre sus principios activos es relativamente reciente. Fue utilizada en China hace unos cinco mil años para la obtención de fibra y de aceite y sus propiedades terapéuticas aparecen reflejadas en varios tratados médicos de una notable antigüedad. Como en la India formaba parte de algunos rituales religiosos y curativos, la presencia colonial inglesa en la India y la expedición de Napoleón a Egipto, durante el siglo XIX, sirvieron para la difusión por Europa, y posteriormente por los Estados Unidos, de las aplicaciones tanto médicas como lúdicas del cannabis. Las propiedades intoxicantes del cannabis fueron descritas en 1840 por Jacques-Joseph Moreau³⁴, y su uso en la práctica médica fue disminuyendo a lo largo del siglo XX, ante la aparición de otros compuestos con mayor eficacia terapéutica.

Los cannabinoides son compuestos psicoactivos presentes en el cannabis y que actúan en el sistema nervioso a través de receptores específicos de membrana, situados en las neuronas de muchos circuitos encefálicos, incluyendo el

de recompensa cerebral. Disminuyen el umbral de recompensa induciendo neuroadaptaciones, que pueden manifestarse al cesar su administración en forma de síndrome de abstinencia comportamental y bioquímico específico, y su administración crónica produce tolerancia y dependencia. Actúan sinérgicamente con el sistema opioide endógeno, como factores de vulnerabilidad en el desarrollo de la conducta adictiva. Existe una interacción opioide-cannabinoide que puede servir en estudios terapéuticos para las adicciones a la heroína y al alcohol³⁵. El síndrome de abstinencia de THC está caracterizado por ansiedad, tensión, desasosiego, y alteraciones del sueño y del apetito. Además, el consumo prolongado de dosis elevadas de THC puede conducir al denominado síndrome amotivacional, del que empieza a haber evidencias neuropsicológicas, morfológicas y funcionales. El THC puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferenciables de las Psicosis y, en personas genéticamente predispuestas, se relaciona con esquizofrenias cuyo primer episodio aparece tras un periodo largo de consumo. Los esquizofrénicos consumidores de cannabis presentan más síntomas positivos y menos negativos, responden peor a los antipsicóticos y presentan más recaídas en los siguientes años que los no consumidores. Ello parece ser debido a que se produce una alteración del sistema cannabinoide endógeno en pacientes esquizofrénicos similar a la originada por la intoxicación cannábica en personas sanas³⁶.

Cocaína. Alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central obtenido de las hojas de la planta *Erythroxylon Coca*, originaria de Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador, que se cultiva en estos y otros países del Oeste Sudamericano³⁷. La utilización de las hojas de la planta en las culturas incaicas estaba inmersa en las costumbres cotidianas y se usaba como estimulante, protector del hambre y defatigante. Con el descubrimiento en el siglo XIX de su alcaloide, la cocaína, se inicia la expansión, ensalzamiento desde el punto de vista médico y social hasta principios del siglo XX y posterior prohibición. Actualmente es una de las drogas más consumidas que genera enormes beneficios en el mercado negro y que está provocando la aparición de nuevas formas adictivas más peligrosas que la propia cocaína³⁸. España está a la cabeza de los países consumidores del mundo, lo que ha sido recogido por los medios de información general³⁹, ya que en los últimos años se ha originado un importante incremento de diversos indicadores relacionados con el consumo de

cocaína, que es la segunda droga ilegal en lo que respecta a problemas socio-sanitarios en nuestro país⁴⁰. Los diferentes modos de abuso de la cocaína determinan las vías de administración de esta droga e influyen decisivamente en su farmacología. En nuestra sociedad se fuma o se esnifa, pero también se usa en inyección intravenosa³⁷. Se distinguen como más frecuentes las siguientes formas de abuso:

Clorhidrato de cocaína. Es la sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico, permanganato potásico y posterior extracción con acetona y alcohol. Se presenta en forma de cristales o escamas blancas, con variable grado de adulteración. Su administración es por vía endonasal para esnifar o en inyección intravenosa, ya que no se puede fumar al destruirse por el calor. La vía intranasal es más frecuente ya que la intensa vascularización de la mucosa nasofaríngea produce una rápida absorción. También son inmediatos sus efectos, locuacidad y sensación de energía de unos 20 a 40 minutos de duración. La administración de cocaína por vía endovenosa se combina en ocasiones con heroína (speed ball o “revuelto”) para evitar los desagradables efectos de rebote que produce la cocaína sola. Los efectos farmacológicos y psíquicos por cocaína endovenosa son de desarrollo rápido y muy fuertes, apareciendo a los 30 segundos, pero de breve duración, entre 10 y 20 minutos, con aparición posterior de un intenso “crash” que cursa con alteraciones gastrointestinales, disforia e irritabilidad.

Cocaína base. Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica que puede ser amoníaco, hidróxido sódico o bicarbonato. Posteriormente se filtra el precipitado o se disuelve con éter que se deja evaporar. Se consume de dos formas:

- Inhalando los vapores de base libre (*“free base”*), extraída del clorhidrato con éter a 800° C con mecheros de propano. Su uso está menos extendido por las complicaciones de su manejo.
- “Crack” o “rock” Es una forma de cocaína base que se obtiene al añadir amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico para alcalinizarla y calentándola a 98°C. La base libre precipita en forma de pasta, que una vez seca tiene aspecto de gránulos de

porcelana y se inhala en recipientes calentados o se fuma pulverizada y mezclada con tabaco, marihuana, fenciclidina (PCP), etc.

La difusión de pulmones a cerebro es inmediata y sus efectos son muy rápidos y efímeros: comienzan hacia los 5 segundos y desaparecen a los 4 minutos, siendo 10 veces más intensos que los de la cocaína intravenosa o esnifada. Es por ello que su desaparición o “bajada” resulta insoportable y provoca el uso compulsivo, produciendo una dependencia psicológica tan fuerte que resulta muy difícil abandonar su consumo a quienes que lo han utilizado repetidamente⁴¹.

La cocaína es un potente estimulante del SNC, y sus efectos dependen de factores varios como el tipo de consumidor, la dosis y la vía de administración entre otros. En dosis moderadas eleva el estado de ánimo, produce una sensación de mayor energía y lucidez, mayor rendimiento físico, hiperactividad motora verbal e ideadora, disminución del apetito y la fatiga y provocando insomnio. Aunque los síntomas son semejantes a los producidos por las anfetaminas, son menos duraderos y, pasado el efecto agudo, aparecen cansancio, fatiga y disforia muy pronunciados. La rapidez e intensidad de los efectos se deben fundamentalmente a la inhibición de la recaptación de dopamina. La administración de cocaína por vía endovenosa da lugar a una sensación de “flash”, intensamente placentera. En consumidores de cocaína se pueden presentar alteraciones de la percepción, pseudoalucinaciones visuales, auditivas y táctiles, bruxismo y movimientos compulsivos⁴².

Hipnótico-sedantes. A principios del siglo XX, los barbitúricos fueron los ansiolíticos e hipnóticos predominantes, y hasta los años 50 se utilizaban casi exclusivamente en clínica para estos fines, a pesar de causar problemas de adicción y la muerte de algunos pacientes. Al aparecer nuevos fármacos tranquilizantes en animales, se perfeccionaron técnicas especializadas para valorar sus efectos en humanos, y se sintetizó lo que sería la primera benzodiazepina: el clordiazepóxido, comercializada a partir de 1957 como Librium[®] cuya entrada en la clínica, en 1961, inició la nueva etapa. Algo más tarde se comercializó el diazepam como Valium[®]. Los tranquilizantes, y en especial los hipnosedantes, continúan siendo los fármacos de elección para el tratamiento de trastornos de ansiedad e insomnio convirtiéndose en uno de los grupos de medicamentos más prescritos en el mundo, ya que producen mejoría o alivio en pacientes que padecen estos

trastornos o incluso síntomas como la timidez⁴³. La mayoría de los pacientes reciben estos medicamentos por periodos de menos de tres meses, pero hay un porcentaje importante que se cifra entre el 1,0% y 3,0%% de la población mundial que recibe tratamiento con hipnosedantes durante tiempo prolongado, situación que se considera preocupante debido a que no existe clara evidencia de eficacia mantenida. Por otra parte, se conocen trastornos de memoria y accidentes asociados al uso y abuso de hipnosedantes, aunque la incidencia de abuso es pequeña en comparación con sus legítimos usos médicos⁴⁴.

1.2. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

La dependencia (se usará aquí indistintamente el término más común de “adicción”) de una sustancia psicoactiva (“droga”), es un trastorno crónico y recurrente por el cual el paciente consumidor busca de modo compulsivo la sustancia y persevera en el hábito a pesar de las importantes consecuencias negativas que ello le acarrea.

1.2.1. Mecanismos generales de la adicción

Las teorías sobre la adicción han sido desarrolladas fundamentalmente por evidencia neurobiológica y estudios de aprendizaje de conductas y mecanismos de memoria. Cuando se inician los consumos, las sustancias de abuso generan en quien las utiliza sensaciones placenteras y agradables, de euforia o alivio del dolor, pero a medida que este uso se mantiene en el tiempo se van produciendo cambios adaptativos en el sistema nervioso central y comienzan a desarrollarse fenómenos de tolerancia, dependencia física, sensibilización, deseo patológico de consumir (*craving*) y recaídas. La OMS y la APA utilizan el término “dependencia de una sustancia” antes que “adicción a una droga”. Sin embargo, este último concepto enfatiza las connotaciones comportamentales y es menos probable que se confunda con “dependencia física”⁴⁵.

La **tolerancia** se define como la reducción de los efectos de una determinada dosis de la droga, que ocurre como resultado de una exposición

continuada, lo que implica aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado⁴⁶. Para que se desarrolle el fenómeno de tolerancia suele precisarse un consumo de la sustancia suficientemente mantenido en el tiempo, pero la rapidez en desarrollarla va a depender de diversos factores tanto objetivos como subjetivos.

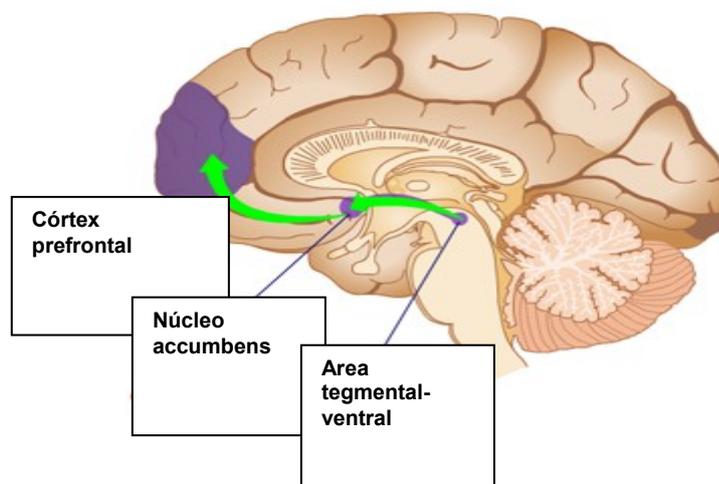
El **Síndrome de Dependencia de Drogas**⁴⁷ que desarrollan las actuales clasificaciones DSM-IV-TR y CIE 10 incluye consumo y conductas de búsqueda que a su vez incluyen tolerancia, síndrome de abstinencia, uso de las sustancias para evitar este síndrome y aumento de vulnerabilidad a la dependencia tras la abstinencia. Este concepto del síndrome de dependencia incluye una teoría de conducta caracterizada por la recaída⁴⁸. Koob y Le Moal⁴⁹ han propuesto un modelo basado en que el organismo intenta contrarrestar los efectos de una droga mediante un círculo vicioso en el que el nivel en el que se consigue el efecto placentero varía constantemente con la administración de la sustancia. La adicción a la droga conduce a un desequilibrio en los mecanismos de recompensa que se estabiliza continuamente a través de cambios sucesivos. Robinson y Berridge⁵⁰ reafirman la asociación entre el incentivo de la droga y el efecto placentero, así que el mecanismo cerebral implicado en la recompensa llega a estar muy sensibilizado tanto a los efectos directos de la droga como a los estímulos asociados indirectos. Esta hipersensibilización produce compulsión incontrolable o *craving*, independientemente de la presencia de síntomas de retirada, y conduce a la búsqueda y consumo compulsivos de la droga, porque el efecto inicial va disminuyendo paulatinamente y la droga se desea de forma patológica. El adicto busca sensaciones placenteras reforzadas por el efecto “gratificante” ya sea de euforia o relax sobre el cerebro y el organismo se habitúa a su utilización, de manera que la acción de la sustancia disminuye con la administración repetida necesitando cantidades mayores para conseguir el objetivo deseado. Se establece un círculo vicioso que propicia la búsqueda de la droga y su consumo compulsivo y se producen alteraciones en la toma de decisiones y en la objetividad para juzgar las consecuencias de los actos personales. Diferentes autores han centrado el problema de la dependencia de drogas desde dos visiones distintas: el individuo y la sustancia⁵¹. Desde la perspectiva del individuo, el cerebro de un consumidor de drogas se hallaría en un estado anormal conducente al uso continuado de la sustancia para intentar recuperar el equilibrio. La dependencia se fundamentaría en una predisposición motivada por un trastorno funcional y lo que hace el consumo de la droga es descubrirla. En oposición a esta visión, se puede considerar el problema

de la dependencia como una enfermedad neurotóxica, y la dependencia se basa en las propiedades tóxico-farmacológicas de la droga⁵² cuando hay una exposición repetida.

1.2.2. Bases neurobiológicas de la adicción

En la neurobiología de las drogas tiene gran importancia el sistema mesolímbico, que nace en el área tegmental ventral, desde donde va a la corteza prefrontal, área septal y tubérculo olfatorio, pasando por el núcleo accumbens. En el núcleo accumbens se libera dopamina ante la presencia de estímulos importantes positivos o negativos, tanto por sustancias naturales como por drogas de abuso.

Figura 1. Circuito de recompensa



La compulsión hacia el consumo de sustancias podría explicarse por la acción de la dopamina sobre las conductas de recompensa. Las células dopaminérgicas responden a estímulos de recompensa potenciando mecanismos a través de los cuales los estímulos primarios adquieren un sentido motivacional⁵³. Hay una asociación directa entre la cantidad de dopamina y su proyección al núcleo accumbens, que es la estructura más importante dentro de este sistema dopaminérgico⁵⁴, y se considera el sustrato neurobiológico del sistema de recompensa.

Durante el consumo se produce un incremento de la liberación de dopamina en la amígdala y en el núcleo accumbens, lo que provoca un “aprendizaje” del consumo. La activación puede ser directa, como posiblemente ocurra con los psicoestimulantes, o indirecta, a través de neuronas opioides o a través de vías no dopamínicas que convergen anatómicamente.

El componente dopaminérgico del sistema de recompensa es modulado por una gran variedad de sistemas neurales, que utilizan diversos neurotransmisores (GABA, glutamato, serotonina, noradrenalina, opioides, neurotensina...). Además de las neuronas y fibras dopaminérgicas del haz prosencefálico medial, muchas otras estructuras cerebrales están implicadas en los mecanismos de adicción. Cuando el consumo se hace crónico, se producen fenómenos de neuroadaptación, de manera que el organismo tiende a la regulación y sensibilización en la liberación de dopamina, disminuyendo el número de receptores en las neuronas mesolímbicas.

1.2.3. Conceptos básicos en adicciones: consumo perjudicial, dependencia, abstinencia, sensibilización, *craving* y recaída

Tanto el manual de Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)¹⁵ como el Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-TR)¹ distinguen entre dos tipos fundamentales de trastornos por uso de sustancias (TUS), y los clasifican en base a unos criterios para poder distinguirlos y diagnosticarlos. Vamos a tomar en este caso como modelo el CIE-10, aunque son muy parecidos, con la diferencia quizá más apreciable de que en el DSM se llama “abuso” al “consumo perjudicial” del CIE-10.

Consumo perjudicial: (CIE-10; F1x1)

1. Debe haber pruebas claras de que el consumo de la sustancia provoca daño físico o psicológico, incluyendo el deterioro del comportamiento.
2. El daño debe ser identificable.
3. El consumo debe ser sostenido durante un mes, o reiterado durante un periodo de doce meses.

Síndrome de dependencia: (CIE-10; F1x2). Deben presentarse tres o más de las siguientes manifestaciones durante un mes o reiteradamente durante doce meses:

1. Deseo intenso y compulsión de consumir la sustancia (*craving*).
2. Descontrol en el consumo que provoca empleo creciente de cantidad y tiempo, con deseo persistente que imposibilita la reducción.
3. Aparición de síndrome de abstinencia.
4. Tolerancia al efecto.
5. Abandono de alternativas sociales y familiares, y aumento del tiempo empleado para la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia.

Los trastornos adictivos aparecen sólo después de una utilización crónica de la sustancia. Se producen dos fenómenos:

Abstinencia: La abstinencia se manifiesta en el individuo adicto como un estado emocional negativo: disforia, ansiedad, irritabilidad y depresión. Este estado puede durar varios días después de la retirada de la droga hasta que se recupera el estado normal.

Sensibilización de las conductas de recompensa: se expresa como una respuesta dopaminérgica a la administración de la droga. Al mantener el consumo en el tiempo, se acentúan los fenómenos de abstinencia y sensibilización porque los recursos de adaptación son insuficientes para mantener el equilibrio y se produce el consumo compulsivo de la droga o *craving*. Para que exista síndrome de dependencia deben estar presentes el deseo o el consumo de una sustancia aunque se intente frenar o controlar. Este síndrome puede presentarse a una sustancia en concreto, a un tipo de sustancias semejantes o a un amplio grupo de sustancias diferentes; muchos pacientes sienten la compulsión de consumir cualquier tipo de sustancias disponibles y al verse privados de las sustancias presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia⁵⁵.

La **dependencia física** se produce por alteraciones en la función cerebral que generan un síndrome de abstinencia cuando cesa la administración de la sustancia, mientras que en la **dependencia psíquica**, hay necesidad de búsqueda y consumo de la sustancia, incluso si no existe síndrome de abstinencia. Un

conjunto de factores, como la abstinencia prolongada, la abstinencia condicionada y la interacción social, están en la base del fenómeno del *craving*⁵⁶, pero todas las drogas de abuso producen inicialmente efectos placenteros, que sirven de refuerzo para su autoadministración⁵⁷ y las **recaídas** en los consumos que se producen tras un periodo de abstinencia podrían explicarse por el deseo de retornar a ese estado, más que a evitar el malestar, ya que este deseo de euforia puede por sí mismo inducir *craving*. La autoadministración crónica de droga en el ser humano se relaciona con dos tipos de variables:

Fisiológicas: las que produce la droga por sí misma. Como ejemplo, el uso de heroína en los primeros estadios produce disminución de síntomas como tensión y ansiedad, de hasta una hora de duración, desarrollándose rápidamente tolerancia a estos cambios y la aparición posterior de actitudes agresivas, negatividad, retardo motriz y aislamiento social^{58,59}. Estas acciones son variables según el tipo de droga usada, la vía de administración y la dosis empleada⁶⁰.

Psicológicas y conductuales: dependen de la personalidad del adicto, de sus actitudes hacia el consumo de drogas⁶¹ y de la situación social en que se desenvuelve⁶². La droga modifica diferentes aspectos de la vida^{63,64, 65} y modula la conducta social. Los mecanismos ambientales también modifican la respuesta a la droga y pueden provocar una respuesta de abstinencia condicionada⁶⁶ que fue descrita por Wikcler en 1948 basándose en la teoría conductista y sugiriendo que los estímulos ambientales pueden desencadenar en adictos abstinentes síntomas que imitan el síndrome de abstinencia, y que generan el deseo inmediato de consumir la droga^{67,68}. Este síndrome de abstinencia condicionado generalmente no es valorado por el paciente ni por el personal que le atiende, pudiendo mantenerse durante largo tiempo tras la desintoxicación del adicto, ya que puede durar de 3 a 6 meses, y se produce un periodo de inestabilidad del sistema nervioso autónomo durante el cual el adicto es muy sensible al estrés. Los cambios fisiológicos observados (ansiedad, insomnio y aumento de la sensibilidad al dolor) son interpretados como necesidad de droga, lo que contribuye a reiniciar su uso. Estos cambios se caracterizan por un aumento de reactividad a los estímulos, respuestas autonómicas anormalmente duraderas, disforia e intenso *craving*²⁹. El “síndrome de abstinencia condicionado” se ha observado cuando adictos aparentemente rehabilitados vuelven a su entorno tras un largo periodo en un hospital o comunidad terapéutica, y también se ha reproducido en animales de laboratorio⁶⁹.

Inicialmente, las propiedades euforizantes de las drogas actúan como un fuerte refuerzo, que es conceptualizado como “conducta de búsqueda de droga” en la persona dependiente. A la búsqueda de esos efectos se añade la necesidad de evitar el síndrome de abstinencia, que induce a continuar las conductas de búsqueda y consumo de drogas. El uso de drogas depende de refuerzos positivos y negativos, que provocan el abuso continuado, pero sugiere la teoría de la extinción, en que la euforia puede ser bloqueada y los adictos aprenden a no usar opiáceos⁷⁰.

Además de estas teorías sobre la dependencia de drogas, se han desarrollado otras que tratan de explicar la adicción en términos de interacción social⁷¹ o de crisis conceptual personal y social⁷². La facilidad de disposición de la droga, el papel de la familia y la presión social que realizan determinados grupos subculturales donde las drogas son consumidas como distintivo grupal, condicionan el inicio y continuación del uso de drogas. Se puede decir que las perturbaciones de la individuación relacional se manifiestan en los individuos con toxicomanías en dos ámbitos: por un lado, en su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos, y por otro en su menguada capacidad para guiarse a sí mismos con responsabilidades propias y orientadas al futuro. Esto produce un bloqueo en el desarrollo evolutivo (impide un crecimiento sano del adulto) convirtiendo al toxicómano en dependiente de su familia; por tanto se puede decir que esta perturbación de la individuación casi siempre va acompañada de la correspondiente perturbación del sistema familiar. Aparecen diferentes modos de interacción caracterizados bien por una ligazón extrema, bien por una expulsión lo que hace necesarias distintas estrategias terapéuticas, es decir, bien una labor con la familia o bien un trabajo de grupo con jóvenes de la misma edad⁷³.

1.2.4. Trastornos por uso de sustancias (TUS): conceptualización histórica

La conceptualización de la dependencia de drogas ha ido modificándose a lo largo del tiempo y al igual que en el resto de la psiquiatría, con la diversidad de teorías se han desarrollado diferentes criterios diagnósticos. En la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual*, (DSM-I), de la *American Psychiatric Association*, los problemas de consumo de drogas se engloban dentro de los

trastornos de personalidad al presentarse como un patrón de rasgos sociopáticos. En el DSM-II, estos cuadros se separan bajo el epígrafe de “Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos”, subrayando el término dependencia sobre el de adicción, con confusión sobre el significado de ambos términos. El DSM-III incluye definiciones más específicas utilizando abuso y dependencia como entidades diagnósticas, y abandonando el concepto de adicción. El de abuso supone un patrón de uso patológico, con empeoramiento en el funcionamiento social o laboral y duración de la alteración de al menos un mes. La dependencia es definida por la presencia de tolerancia y abstinencia, pero no se distingue el uso prolongado con fines médicos, remarcando las consecuencias sociales como criterio de abuso⁷⁴. Esta clasificación intenta describir un cuadro clínico independiente, con el uso de criterios propios de los trastornos primarios y su enfoque diagnóstico se ha mantenido en las clasificaciones posteriores. En el DSM-III-R, el trastorno por uso de sustancias psicoactivas mantiene un lugar independiente en la clasificación. Los elementos conductuales definidos por la pérdida de control son centrales en el síndrome de dependencia como signo clínico fundamental de su naturaleza crónica y recidivante. Sin embargo, sigue enfatizando los aspectos fisiológicos, ya que el diagnóstico de dependencia puede hacerse con sólo tres criterios que incluyan tolerancia y dependencia fisiológica sin un solo criterio de uso adictivo. En el DSM-IV se abandona el término “psicoactivo” y se diferencian dependencia, abuso y los trastornos mentales orgánicos inducidos. Se incrementa el reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes consumidores de drogas, sustituyendo los términos “orgánico” y “no orgánico” referidos a trastorno mental, por tres categorías que pueden facilitar un diagnóstico más preciso⁵⁵ y catalogando los trastornos mentales en primarios, esperados o inducidos por sustancias según su relación con el consumo, la intoxicación o la abstinencia, y descartando una enfermedad orgánica. En el DSM-IV-TR se recogen como novedades que la presencia de antecedentes de tolerancia o abstinencia se asocian con un peor curso clínico del TUS, y que pueden darse diversos grados de tolerancia del sistema nervioso central a los efectos de una determinada sustancia. Parece que en el futuro DSM-V se incluirán también las llamadas “adicciones sin sustancia”, como Juego patológico y la adicción a Internet, en la categoría del TUS, que pasará a llamarse “Trastornos de adicción y relacionados”. La presencia de tolerancia y abstinencia no se tendrán en cuenta para el diagnóstico de un TUS en el contexto de un tratamiento médico adecuado con los medicamentos prescritos.

CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES MENTALES

En este capítulo introducimos la definición y clasificaciones de las enfermedades mentales, esbozando los aspectos relevantes en la epidemiología de estas patologías y su consideración como patología social. Atendiendo a los criterios de las clasificaciones internacionales describimos los trastornos mentales que se estudian: Trastornos psicóticos, Trastornos afectivos, Trastornos de la personalidad, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Trastornos graves de ansiedad, Trastornos orgánicos y Trastornos graves de conducta alimentaria.

2.1. Definición y clasificaciones de las enfermedades mentales

“Las enfermedades mentales se consideran trastornos del pensamiento, emoción o conducta, que producen sufrimiento en el ser humano y que alteran su integridad en el plano físico, psicológico o social”⁷⁵. Debido a su enorme complejidad, es necesario contar con una clasificación fiable y consensuada por el mayor número posible de autores, que facilite el estudio epidemiológico. En la actualidad hay dos modelos de aceptación internacional:

1. Los trastornos mentales de la CIE-10¹⁵. (10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. OMS).
2. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR¹. (Asociación Americana de Psiquiatría).

2.2. Epidemiología de la enfermedad mental

En el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012⁷⁶ se recogen datos correspondientes a la incidencia estimada de enfermedades mentales en la población general europea, que es del 25,0% y menor en España (19,5%)⁷⁷. Según la Encuesta Nacional de Salud 2006⁷⁸, un 14,9% de la población andaluza mayor de 15 años (8,4% hombres y 21,2% mujeres) declara haber padecido algún problema de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales. En España, según datos de esta encuesta, el porcentaje de personas mayores de 15 años que declara haber padecido alguno de estos problemas es del 13,7% (19,0% en mujeres y 8,1% en hombres), ocupando Andalucía el sexto puesto en orden de frecuencia. En las encuestas nacional y andaluza, se destaca que en los grupos de menor edad, el riesgo de mala salud mental es muy parecido en ambos sexos. Este riesgo aumenta a medida que avanza la edad, y disminuye a medida que mejoran el nivel de estudios y de ingresos, siendo mayor en las mujeres, hasta el doble en todos los Trastornos afectivos y de ansiedad.

2.3. Patología social

El abordaje de la enfermedad mental necesita de un proceso global y complejo de tratamiento, con un coste tanto en recursos humanos como económicos muy elevado, porque además de la consideración de patología médica generalmente de larga duración, hay una asociación clara entre los trastornos mentales y la marginación y estigmatización de las personas que los padecen, aunque esta visión negativa a nivel social parece estar mejorando en los últimos años⁷⁶.

2.4. Trastornos mentales graves

En este trabajo hemos analizado únicamente a los pacientes con trastornos mentales graves, según las pautas que define el Sistema Andaluz de Salud en su mapa de procesos asistenciales, con algunas modificaciones⁷⁹. Para describir brevemente los trastornos mentales estudiados, nos basamos literalmente en los manuales CIE-10 y DSM-IV-TR.

2.4.1 Trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de ideas delirantes persistentes

Esquizofrenia

Este trastorno se caracteriza por distorsiones de la percepción, pensamiento y emociones, en forma de embotamiento o falta de adecuación. Suelen conservarse la claridad de conciencia y la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse deficiencias cognitivas. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos íntimos son conocidos o compartidos por otros. Pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en los actos y pensamientos del individuo afectado que se siente el centro de todo lo que sucede. Se presentan frecuentemente alucinaciones auditivas, que pueden comentar la conducta o pensamientos del enfermo. Aparecen además trastornos de la percepción en

colores y sonidos y los detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal, creyendo el enfermo que situaciones cotidianas tienen especial significado dirigido contra él. El pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro con expresiones verbales incomprensibles. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, o gradual y el curso presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Trastornos esquizoafectivos

Trastornos episódicos que combinan síntomas afectivos y esquizofrénicos durante el mismo episodio de la enfermedad, simultáneamente o con pocos días de diferencia. Su relación con los trastornos afectivos y esquizofrénicos típicos no está aún clara y generalmente los enfermos esquizoafectivos tienden a un deterioro menor en sus capacidades cognitivas que en el caso de la esquizofrenia.

Trastornos de ideas delirantes persistentes

Se caracteriza por ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Es un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras. Por otra parte, es importante y diversa la influencia de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y de las circunstancias vitales.

2.4.2. Trastornos psicóticos inducidos por sustancias

Se trata de un grupo de fenómenos psicóticos que se producen durante o después del consumo de una sustancia psicoactiva y se caracterizan por alucinaciones auditivas, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia, a menudo de naturaleza paranoide o de persecución, trastornos psicomotores, como excitación o estupor, y estados emocionales anormales, desde el miedo hasta el éxtasis. El diagnóstico de Trastorno psicótico inducido por sustancias sólo debe realizarse si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando son de suficiente gravedad para merecer atención clínica. Esto es debido a que los trastornos psicóticos primarios preceden generalmente al inicio del consumo de la sustancia o bien pueden producirse tras largos periodos de abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, pero pueden persistir durante semanas.

2.4.3. Trastornos afectivos: Depresión mayor y Trastorno bipolar

Es un grupo de trastornos cuya alteración fundamental es un cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión o la euforia, generalmente recurrentes y en que el comienzo de un episodio suele estar relacionado con acontecimientos o situaciones estresantes.

Depresión mayor (DSM-IV) o Episodio depresivo grave (CIE-10)

El paciente sufre un estado de ánimo bajo con reducción de energía, disminución de la actividad y aparición de enlentecimiento psicomotor. El sueño está alterado en forma de insomnio o hipersomnia y también el apetito, afectando a la autoestima y acompañándose en ocasiones de síntomas somáticos. Pueden aparecer pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o bien tentativas de suicidio con planes elaborados.

Trastorno bipolar

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados de alteración del estado de ánimo y la actividad del enfermo, con exaltación del estado de ánimo y aumento de la vitalidad y del nivel de actividad denominados manía o hipomanía, o bien disminución del estado de ánimo y descenso de la vitalidad y actividad, conocidos como depresión. Generalmente se produce una recuperación completa entre los episodios aislados y, a diferencia de otros trastornos afectivos, la incidencia en ambos sexos es semejante. Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un periodo de tiempo que oscila entre dos semanas a cinco meses. Las depresiones tienden a durar entre seis meses y un año, aunque los periodos largos se presentan raramente y casi siempre en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios derivan a menudo de acontecimientos que han provocado en el paciente un tremendo estrés o traumas psicológicos, aunque su presencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. Aunque la frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas, al sobrepasar la edad media de la vida.

2.4.4. Trastornos de personalidad: límite, paranoide, esquizoide, esquizotípico y antisocial

Se incluyen diversas alteraciones clínicamente relevantes y persistentes y que alteran el estilo de vida y la manera característica en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. Pueden aparecer en estadios precoces del desarrollo, o adquirirse a lo largo de la vida. Se presentan desviaciones acusadas en la forma de pensar, sentir y relacionarse de una persona normal y suelen acompañarse de dificultades de adaptación social.

Trastorno límite de personalidad (DSM-IV) o Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (CIE-10)

Este trastorno se ha diferenciado del resto de trastornos de la personalidad, dada su alta prevalencia en la muestra estudiada. El Trastorno límite de personalidad (TLP) aparece como una pauta duradera de percepción, relación y pensamiento en diversos aspectos como la autoimagen y la conducta interpersonal, marcada por inestabilidad en las relaciones e impulsividad en las acciones, que más tarde pueden reconocer irracionales. Comienza a principios de la edad adulta y se caracteriza por la inestabilidad en los estados de ánimo y la intensidad de las reacciones emocionales, que van del estado depresivo a otro marcado por intensa ira o ansiedad. Hay ideación paranoide transitoria relacionada con estrés que puede surgir como respuesta a un abandono real o imaginado, o síntomas disociativos graves, como la despersonalización. La incapacidad de tolerar la soledad los lleva a reaccionar de manera angustiada o furiosa. Los enfermos que padecen este tipo de trastorno experimentan sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento fácil por lo que buscan actividades que los puedan mantener ocupados de las que se hastían con facilidad. Sus relaciones interpersonales son inestables e intensas caracterizadas por extremos de idealización y devaluación. Los gestos hacia las personas del entorno pretenden satisfacer sus propias necesidades y conseguir atención y preocupación. La autoimagen es persistentemente inestable. Se producen cambios bruscos y dramáticos de opiniones y planes sobre el futuro en los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. La impulsividad es potencialmente dañina para sí mismos, con incrementos notables en gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida, intentos o amenazas recurrentes de automutilación o suicidio. Estos pacientes son hipersensibles a estímulos ambientales, lo que les lleva a una reactividad frente a las situaciones interpersonales que se acompañan de tensión ya que es frecuente que expresen ira con extremo sarcasmo o explosiones verbales y que tengan problemas para su control.

Dentro de la categoría de “Otros Trastornos de la personalidad” del estudio hemos agrupado los siguientes trastornos:

Trastorno paranoide de la personalidad

Se caracteriza por una sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires, incapacidad para perdonar agravios o predisposición a rencores persistentes. Se presenta además suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias, interpretando las manifestaciones de los demás como hostiles o despectivas, sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad, predisposición a los celos patológicos y una actitud autorreferencial constante.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Se trata de un Trastorno de la personalidad caracterizado por incapacidad para sentir placer (anhedonia), frialdad emocional, desapego afectivo, e incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás. Se da una marcada preferencia por devaneos fantásticos acompañada de una actitud de reserva y de introspección, además de una gran dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Trastorno esquizotípico

Para este trastorno se ha elegido el lugar de clasificación tomando como referencia en este caso el DSM-IV-TR, para encuadrarlo dentro de los Trastornos de la personalidad. (En el manual CIE-10 aparece incluido dentro de "Otras Psicosis") Se caracteriza por comportamiento excéntrico con anomalías del pensamiento y de la afectividad semejantes a las de la Esquizofrenia, con aparición de algunos rasgos como afectividad fría y anhedonia. El comportamiento o la apariencia se hacen excéntricos o peculiares, con tendencia al retraimiento social y a la suspicacia. La persona tiene ideas de referencia, paranoides o extravagantes, pero no claramente delirantes. Hay rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos, así como ilusiones corporales somato-sensoriales de despersonalización o desrealización ocasionales. Aunque no presentan una clara incoherencia o divagación del pensamiento, suelen desencadenarse episodios casi psicóticos transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudodelirantes, que aparecen sin provocación externa.

Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara y es más frecuente en individuos emparentados con esquizofrénicos por lo que se cree que es una parte del espectro genético de la Esquizofrenia.

Trastorno antisocial (DSM-IV) o disocial (CIE-10) de la personalidad

En este trastorno hay una gran disparidad entre las normas sociales y el comportamiento del paciente que se caracteriza por despreocupación y falta de empatía con los demás, actitud de irresponsabilidad y despreocupación por las normas y obligaciones sociales, e imposibilidad para mantener relaciones personales duraderas con mínima tolerancia a la frustración e incluso comportamiento violento, sin capacidad para sentir culpa y aprender de las experiencias previas, y predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo. Puede presentarse también irritabilidad persistente. El diagnóstico se ve apoyado por la presencia de un Trastorno disocial durante la infancia y adolescencia, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

2.4.5. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Las primeras descripciones clínicas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se realizaron en niños a comienzos del siglo pasado⁸⁰. Durante más de 70 años, la investigación se ha centrado en la población infantil, ya que se creía que el trastorno no se manifestaba en la edad adulta. A partir de 1976, se han publicado diferentes trabajos que han aportado evidencias sólidas de la validez del diagnóstico del TDAH en adultos⁸¹. Los estudios de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes con un TDAH diagnosticado en la infancia muestran diferencias significativas en el rendimiento académico respecto a los individuos sin el trastorno. Los pacientes tienden a conseguir una menor formación académica en comparación con los grupos control, aunque presenten niveles de inteligencia semejantes^{82,83}. Del mismo modo, los adultos con TDAH presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito laboral. La presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH es frecuente en los adultos y hasta un 60-70% de adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica⁸⁴, que es similar a la hallada

en la infancia⁸⁵, excepto por la existencia de una mayor prevalencia de drogodependencias⁸⁶ y la aparición de Trastornos de la personalidad⁸⁷. En los estudios prospectivos y controlados de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, los trastornos comórbidos más frecuentes son el Trastorno depresivo mayor (hasta un 28,0%), el Trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23,0%), los trastornos por consumo de sustancias (hasta un 19,0%). Las drogodependencias constituyen una de las asociaciones más frecuentes con TDAH⁸⁵. En los pacientes en que el TDAH se mantiene en la edad adulta el riesgo de desarrollarlas es mayor⁸⁸. La presencia de un TDAH repercute de forma negativa sobre la evolución de la drogodependencia, pues existe mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias⁸⁹. Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia del 4,0% en pacientes adultos, lo que indica que en la práctica clínica habitual el TDAH en edad adulta está infradiagnosticado, y por tanto, incorrectamente tratado⁸⁵. Una posible causa es que los síntomas experimentan variaciones en los adultos respecto a los niños, ya que disminuyen la hiperactividad, y la impulsividad, en tanto que la inatención se mantiene prácticamente igual. Goldstein realizó una revisión de los estudios sobre la evolución del TDAH en la edad adulta⁸², hallando que sólo del 10,0%-20,0% de los adultos con historia de TDAH infantil experimentan apenas problemas, mientras que el 60,0% continúan presentando síntomas de TDAH con alteraciones en la adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos. El 10,0%-30,0%% desarrolla problemas de conducta antisocial relacionados con las alteraciones producidas por el TDAH y otros trastornos comórbidos⁸⁷.

2.4.6. Trastornos de ansiedad graves: agorafobia, fobia social generalizada, y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Se han analizado sólo tres tipos de Trastornos de ansiedad por su gravedad prácticamente constante: Agorafobia, Fobia social generalizada (con conductas de evitación) y Trastorno obsesivo-compulsivo.

Agorafobia

El término "Agorafobia" se utiliza con un sentido amplio y se incluyen en él los temores a lugares abiertos, y otros miedos relacionados. Abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, destacando los temores a salir del hogar, a entrar en centros comerciales, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar sin compañía en trenes, autobuses o aviones. Es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos pacientes llegan a quedar completamente aislados en su casa por el terror que les produce la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos y sin ayuda en público. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno empieza normalmente al principio de la vida adulta. Se presentan con frecuencia síntomas depresivos, obsesivos y fobias sociales, pero no son predominantes en el cuadro clínico. Cuando el tratamiento no resulta efectivo la Agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Fobias sociales generalizadas

Suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al temor a ser juzgado por otras personas en el entorno de un grupo pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales. Se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras más difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del ámbito familiar. Las más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a la crítica. El paciente, que puede consultar por rubor, temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción, está convencido de que el problema primario es alguna de las manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico, provocando conductas de evitación intensas y originando en casos extremos un aislamiento social casi absoluto.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Estos pensamientos obsesivos aparecen como ideas, imágenes o impulsos mentales que interfieren una y otra vez en la actividad mental del individuo. Son casi siempre desagradables, con contenido violento u obsceno, o simplemente percibidos como carentes de sentido. La persona que los padece suele intentar resistirse a ellos sin lograrlo normalmente y los percibe como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez pero no son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. A menudo, aunque no siempre ocurre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace repetidos intentos de resistencia que en casos de larga evolución, puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre se presenta un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un Trastorno depresivo recurrente a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos. El Trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

2.4.7. “Otras patologías psiquiátricas”: Trastornos mentales orgánicos y Trastornos graves de la conducta alimentaria

Bajo este epígrafe se ha agrupado a un conjunto patologías heterogéneas presentes en la muestra objeto de este estudio por su gravedad, aunque de escasa prevalencia:

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (CIE-10)

Pueden comenzar a cualquier edad, exceptuando quizá la primera infancia y la mayoría empiezan en la edad adulta. Algunas de estas patologías son aparentemente irreversibles y progresivas y otras son transitorias o responden a tratamientos específicos. El uso del término "orgánico" significa que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término "sintomático" se utiliza para los trastornos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémica extracerebral.

Trastornos graves de la conducta alimentaria

En este apartado hemos incluido dos síndromes importantes y claramente delimitados: la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa.

Anorexia nerviosa

El trastorno se caracteriza por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo y aparece con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y jóvenes, aunque más raramente pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La Anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, ya que los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.

Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y preocupación exagerada por el peso corporal con adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Comparte la misma psicopatología que la anorexia nerviosa y la distribución por sexo y edad es similar aunque la presentación tiende a ser ligeramente más tardía. Puede ser considerado como una secuela de la Anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria).

CAPÍTULO 3. PATOLOGÍA DUAL

En este capítulo se define el concepto de Patología dual, y las implicaciones neurobiológicas, diagnósticas y terapéuticas de esta entidad clínica. Se describen las relaciones entre la patología psiquiátrica y la dependencia de sustancias de abuso. Repasamos las hipótesis etiológicas y los modelos de comorbilidad, las dificultades para su diagnóstico, y algunos de los estudios epidemiológicos. Analizamos las patologías psiquiátricas asociadas a cada sustancia de abuso e introducimos el abordaje de su tratamiento integrado.

3.1. Patología dual: concepto e implicaciones

El término Patología dual (PD), Diagnóstico dual o Trastorno dual comenzó a utilizarse a partir de la década de los 80, por la existencia de numerosos estudios epidemiológicos que constataban dos hechos repetidos: la incidencia de trastornos mentales era mucho mayor en los individuos con trastorno por uso de sustancias (TUS) que entre la población general, y los pacientes con trastornos psiquiátricos presentaban mayor tendencia al uso de sustancias de abuso. Esta comorbilidad entre patología psiquiátrica y TUS tiene gran importancia desde el punto de vista neurobiológico, diagnóstico y terapéutico, y ha originado una nueva entidad clínica, cada vez más frecuente en las consultas de salud mental y drogodependencias, llamada Patología dual (PD)⁹⁰, que supone la coexistencia en el mismo individuo de un doble diagnóstico: uno por uso de sustancias + otro trastorno psiquiátrico convencional. El pronóstico varía según la sustancia, la psicopatología asociada, la forma de consumo y las posibles patologías médicas que puede presentar cada individuo. A pesar de que el término “Patología dual” se usa en el ámbito de la psiquiatría cada vez con más frecuencia, no aparece recogida en ninguno de los dos modelos hasta la fecha actual, ni en la clasificación CIE-10 ni en la DSM-IV-TR, y los avances en el diagnóstico y tratamiento son todavía bastante pobres.

La presencia de un trastorno mental convencional asociado al trastorno por uso de sustancias de abuso incide negativamente en la evolución de ambos trastornos, y los resultados en los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos son bastante peores cuando se trata de pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al trastorno por uso de sustancias⁹¹. La Patología dual ocasiona problemas de diagnóstico por la dificultad para diferenciar los efectos de intoxicación o abstinencia de drogas, los trastornos mentales inducidos por ellas, y los trastornos psiquiátricos independientes. Uno de los problemas principales que presentan los pacientes con trastorno por uso de sustancias es la dificultad para identificar de forma fiable la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante⁹².

El diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas se asemejan a los síntomas de muchos de los trastornos mentales, lo que dificulta la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos

del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro, en la actualidad los diagnósticos psiquiátricos están definidos más por un conjunto de síntomas (diagnósticos sindrómicos) que por unos marcadores biológicos directos y propios de cada una de las distintas entidades nosológicas psiquiátricas⁹³.

Los criterios diagnósticos para las enfermedades mentales han ido cambiando respecto a la relación entre el consumo de sustancias y la presencia comórbida de otros síntomas psiquiátricos. Como las clasificaciones existentes no proporcionaban criterios específicos para distinguir entre trastornos orgánicos y no orgánicos, los estudios realizados usando estos criterios diagnósticos, incluso mediante la utilización de entrevistas diagnósticas estructuradas adecuadas, mostraron escasa fiabilidad y validez en la mayor parte de diagnósticos psiquiátricos (principalmente Trastornos afectivos y de ansiedad) cuando se estudiaban pacientes con trastornos por uso de sustancias^{94,95}. En respuesta al cada vez mayor reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de los pacientes consumidores de drogas, los criterios del DSM-IV incrementaron el énfasis en esta comorbilidad, sustituyendo la diferenciación entre “orgánico” y “no orgánico” por tres categorías con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso⁵⁵.

- Primario: cuando se trata de un trastorno mental que no parece inducido por sustancias ni producido por una enfermedad médica.
- Efecto esperado: cuando los síntomas son los habitualmente considerados como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia.
- Inducido por sustancias: cuando los síntomas se consideran excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación o de abstinencia a una sustancia.

3.2. Relaciones entre trastorno mental y dependencia de drogas⁹⁶

1. Cualquier tipo de trastorno mental puede comportarse como factor de riesgo para un trastorno adictivo.
2. La psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro clínico y evolución a largo plazo.
3. Los síntomas psiquiátricos pueden desarrollarse en el curso de intoxicaciones crónicas.
4. Algunos trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia del uso y persisten tras el periodo de remisión. Se considera periodo de remisión la abstinencia de al menos cuatro semanas de duración.
5. Algunas condiciones psicopatológicas ocurren en adictos sin mayor frecuencia que en la población general, sugiriendo que el trastorno psiquiátrico y el adictivo no están específicamente relacionados.

La prevalencia de trastornos mentales en dependientes de drogas en la población general se estima en un 53,0%; mucho más elevada que en no adictos aunque los estudios en muestras clínicas producen un sesgo en la estimación de la prevalencia⁹⁷ ya que un individuo con dos trastornos suele buscar tratamiento más frecuentemente (sesgo tipo Berkson). Además, existe otra fuente de error por motivos clínicos, pues dependiendo del trastorno comórbido cambia la probabilidad de ponerse en tratamiento por otro. Por ejemplo, la presencia de Depresión mayor aumenta la probabilidad de buscar tratamiento para la dependencia de alcohol o drogas, Fobias, pánico o Trastorno antisocial⁹⁸. Los trastornos más frecuentes en dependientes de drogas como opiáceos, cocaína o inhalantes, son la Depresión mayor, el alcoholismo y la personalidad antisocial. En dependientes de alcohol son frecuentes los diagnósticos de Depresión mayor, Trastorno antisocial de personalidad y Fobia⁹⁹. El consumo de sustancias se considera la mayor complicación de los trastornos psiquiátricos, ya que incrementa la mortalidad, el número de hospitalizaciones, el consumo de otros servicios y los problemas psicosociales, a la vez que disminuye la eficacia de los tratamientos en estos pacientes.

3.3. Etiología: hipótesis explicativas y modelos de comorbilidad

Las relaciones etiológicas entre ambos trastornos no están todavía muy claras¹⁰⁰. La relación entre ellos puede estudiarse desde diferentes perspectivas y existen varias posibilidades que intentan explicar la coexistencia de ambas patologías^{101,102}:

- Modelos basados en la presencia de un factor común.
- Modelos basados en la presencia de un trastorno psiquiátrico primario y un trastorno de abuso de drogas secundario.
- Modelos basados en la presencia de un trastorno psiquiátrico secundario al abuso de drogas.
- Modelos bidireccionales.

Es posible otro planteamiento sobre la dependencia-independencia etiológica:

- Considerar que ambos trastornos son independientes a nivel etiológico aunque coincidan en el tiempo: cada trastorno puede seguir su propio curso o bien ser necesariamente interactivos¹⁰³, lo que condiciona el curso y la evolución de cada uno de ellos.
- Suponer que ambos trastornos son dependientes a nivel etiológico^{104,105,106}.

Si las dos patologías se plantean con un origen independiente suele denominarse “Diagnóstico dual”. Si se considera que ambos trastornos tienen un origen común, hablaríamos de “Patología dual” (PD)¹⁰⁷. En este caso hay que tener en cuenta que este término implica la presencia una patología mental con entidad propia, no inducida por sustancias, que permanecerá activa aún cuando la adicción se estabilice, originando un trastorno nuevo con curso clínico y tratamientos distintos que la simple unión de ambos.

Dixon et al. distinguen 5 modelos causales¹⁰⁸:

- 1) Modelo etiológico: explica la enfermedad mental como una patología causada por la dependencia de las drogas¹⁰⁹.
- 2) Modelo de disfunción dopaminérgica: implica una vulnerabilidad biológica común a ambos trastornos.
- 3) Modelo de promoción de la socialización: explica que las drogas favorecen la socialización del psicótico.
- 4) Modelo de la automedicación: según este modelo, los pacientes con trastorno mental se automedican para paliar síntomas positivos o negativos de la enfermedad, con drogas que contrarrestan dichos síntomas y los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos^{104,110}.
- 5) Independencia de los dos trastornos, es decir, coincidirían simplemente por la alta prevalencia de ambos sobre todo en la población juvenil.

La hipótesis de la automedicación ha sido muy estudiada y según esta teoría la cocaína y la heroína interactúan con los trastornos psíquicos y estados afectivos negativos predisponiendo a la adicción^{111,104}. El resultado de una interacción entre las propiedades farmacológicas de la droga y el estado experimentado va a influir en la elección de la sustancia. Esta teoría se ha desarrollado basándose en una serie de datos como el hecho de que los pacientes con Trastornos de ansiedad o depresivos tienen más riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias y por la evidencia de que los síntomas depresivos predicen un consumo de drogas posterior. En la descripción de casos clínicos se destaca el hecho de que ciertas drogas alivian determinados estados psicopatológicos y así, los opiáceos, el alcohol y los psicoestimulantes pueden mejorar los síntomas depresivos¹¹², por lo que pueden usarse para el autotratamiento de una alteración subyacente, ya que la intervención sobre el sistema opioide puede tener repercusiones positivas en el humor. Básicamente, se distinguen dos perspectivas de enfoque, aunque ambas visiones no son contrarias sino que se complementan:

Neurotoxicidad: el origen de los síntomas sería la acción de una sustancia sobre un sistema nervioso previamente intacto. Según esta visión, más cercana al diagnóstico dual, sería prioritaria la supresión del consumo y el mantenimiento de la abstinencia¹¹³.

Vulnerabilidad: basada en la hipótesis de que hay una alteración, inicial o adquirida, en los sistemas de neurotransmisión o neuroregulación, y que el uso de las drogas llevaría al individuo a un estado de mayor equilibrio. Al cesar el consumo de drogas, se alteraría este equilibrio, lo que conduciría al individuo a continuar con el consumo. Se fundamenta en que existe algún déficit que afecta al sistema de recompensa y habría que controlar los mecanismos biológicos que mantienen o facilitan el uso continuado de la droga. Esta teoría está relacionada con el concepto de Patología dual^{114,115,116}.

3.4. Diagnóstico de Patología dual

El diagnóstico de los pacientes duales, caracterizados por problemas de abuso de sustancias combinados con problemas de salud mental, es complicado tanto por la propia singularidad de su comorbilidad como por la naturaleza específica de cada uno de los sistemas de atención a la salud. En Andalucía, al igual que en la mayor parte del territorio nacional, existen recursos de atención paralelos para el tratamiento de las patologías psiquiátricas conocidas como convencionales, y las adicciones. Los pacientes duales, sobre todo los que presentan una elevada gravedad de ambas patologías, suelen ser tratados sólo para uno de los aspectos de su problema por cada una de las redes. Además el propio diagnóstico es a menudo difícil, porque el abuso y la dependencia de drogas se asocian a menudo con síntomas psiquiátricos, y frecuentemente los pacientes y sus familias no reconocen el consumo de drogas, por lo que se recomienda el análisis de tóxicos en orina y siempre debe preguntarse por los consumos en una evaluación longitudinal de la patología. Una vez asegurado el cumplimiento del tratamiento, debe sospecharse una adicción ante cuadros psiquiátricos resistentes. Dada la dificultad diagnóstica, se debe mantener una postura flexible respecto al diagnóstico inicial ya que a veces queda como definitivo.

Cuando existen antecedentes personales o familiares del trastorno mental y éste se presenta antes que la adicción, nos encontraríamos ante un trastorno primario. Si los síntomas son excesivos con relación a los habituales en síndromes de intoxicación o abstinencia, o son de suficiente gravedad para merecer atención clínica independiente, podría tratarse de un trastorno inducido o secundario y para valorarlo muchas veces es necesaria la desintoxicación y que haya pasado un

tiempo tras la abstinencia. Los trastornos secundarios se tratan sintomáticamente, mientras que si el trastorno es primario habrá que tratarlo específicamente. Un error frecuente es identificar una sustancia como factor etiológico o desencadenante de un trastorno psiquiátrico, olvidando el papel desempeñado por un traumatismo cráneo-encefálico u otra enfermedad orgánica.

Se podría concluir que siempre que se sospeche de Patología dual, deben seguirse unas pautas de actuación:

- Establecer si existe relación entre la patología mental y alguna sustancia o es un trastorno psiquiátrico independiente del consumo.
- Si hay relación con alguna sustancia, valorar si el paciente cumple criterios de abuso y /o dependencia.
- Determinar si la patología mental es más grave que la habitual durante la intoxicación o abstinencia de esa sustancia y merece atención clínica independiente.
- Realizar el diagnóstico diferencial entre trastorno inducido o dual mediante la cronología y los antecedentes y si no queda claro esperar la resolución o no del episodio tras la abstinencia.

Este protocolo se basa en el diagnóstico diferencial paso a paso del manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV⁵⁵.

3.5. Estudios epidemiológicos de comorbilidad

Los estudios epidemiológicos realizados sobre la comorbilidad de trastornos por uso de sustancias en pacientes aquejados de trastornos mentales, y a la inversa, revelan un intervalo de prevalencia muy variable dependiendo de muchos factores. Son difíciles de comparar porque utilizan distintas metodologías, pero destacan estudios americanos que se usarán como referencia en este trabajo.

3.5.1. Estudio ECA (Epidemiological catchment area study)

Se estudió una muestra muy amplia: más de 20.000 personas. La encuesta se realizó tanto en comunidad como en instituciones, excluyendo los trastornos mentales detectados exclusivamente en el contexto del consumo de sustancias. De este modo se intentó la detección de los trastornos mentales primarios, en la población de cinco ciudades de EEUU en 1990. Se encontró que en pacientes adictos al alcohol, la frecuencia de trastornos mentales es del 37,0% y en personas dependientes de drogas ilegales, la frecuencia de aparición de trastornos mentales es del 53,0%. A lo largo de su vida entre el 85,05 y el 93,0% de los adictos a sustancias padecerán un trastorno mental. Los más frecuentes son la Depresión mayor, la comorbilidad con otra adicción y los Trastornos de personalidad, sobre todo antisocial. De la misma manera, el riesgo para los enfermos psiquiátricos de sufrir un trastorno por uso de sustancias, es muy elevado. En los pacientes con trastornos psiquiátricos la prevalencia de trastornos por uso de sustancias alcanza hasta el 29,0% a lo largo de la vida, pero hay cambios en función de las diferentes patologías psiquiátricas:

- El 14,6% de los pacientes con Trastornos de ansiedad sufren una adicción.
- El 32,0% de pacientes con Depresión mayor.
- El 47,0% de pacientes con Esquizofrenia.
- El 81,6% de pacientes con Trastorno bipolar eran alcohólicos.
- El 83,6% de pacientes con Trastorno antisocial (TAP) son adictos.

El estudio ECA encontró una prevalencia de vida del 13,5% para el trastorno por abuso o dependencia del alcohol, del 16,1% para el abuso o dependencia de otras drogas y un 22,5% para los demás trastornos psiquiátricos. Asociando los trastornos psiquiátricos y todos los trastornos por abuso de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos mentales llegaría al 33,0% de la población de EEUU.

Entre los usuarios de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos sería todavía más elevada que en la población general. Un 36,6% de las personas con alcoholismo y un 53,1% de las personas con otras drogodependencias presentaban además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. Estos porcentajes son superiores al 22,5% de la población general y

también se encuentra una mayor prevalencia de alcoholismo y de otras drogodependencias entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados con la población general. En resumen: aproximadamente una tercera parte de los pacientes psiquiátricos presentan también abuso de alguna sustancia, en algún momento de su vida y la mitad de los pacientes drogodependientes han presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida⁹⁷.

3.5.2. Estudio NCS (National Comorbidity Survey)

Es un estudio posterior realizado en 1997, que ha utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas en una muestra de más de 8.000 personas no institucionalizadas, entre los 15 y los 54 años de edad y ha encontrado una mayor prevalencia de vida para cualquier trastorno psiquiátrico, un 48,0% de la población de EEUU¹¹⁷. También se ha detectado una prevalencia más elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias que entre los que nunca lo han tenido. Además, se postula que el inicio de la mayoría de dichos trastornos psiquiátricos habría sido previo al inicio del abuso de sustancias, excepto para los trastornos afectivos, como depresión, entre los hombres alcohólicos, cuyo inicio suele ser posterior al inicio del alcoholismo¹¹⁸.

3.5.3. Otros estudios

Casi todos los estudios posteriores parecen confirmar estos resultados bien en el sentido de la elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados a los trastornos por usos de sustancias y a la inversa, en la alta prevalencia de drogodependencias en pacientes psiquiátricos:

- Estudio de Hasin et al. de 2002¹¹⁹. n = 6.050; OR=4 de Depresión mayor en sujetos con TUS.
- Trabajos de Villagómez et al.¹²⁰, de 1995 y Dansky et al.¹²¹ de 1997: 20,0%-25,0% de TEPT en sujetos con TUS.

- Estudio de Compton et al.¹²² de 2007: más del 30,0% en Trastornos de ansiedad y Trastornos depresivos.
- Estudio de Biederman et al.¹²³ de 1995: doble prevalencia de TUS en TDAH.
- Estudio de Vieta et al.¹²⁴ de 2000: 21,0% de TUS en pacientes con Trastorno bipolar tipo II.
- Estudio de Randall et al.¹²⁵ de 2002: 20,0% de TUS en Fobia social.

3.6. Patologías psiquiátricas asociadas a cada tipo de sustancia de abuso

3.6.1. Alcohol y Patología dual

Los pacientes alcohólicos que padecen trastornos mentales graves presentan un mayor riesgo de problemas psicosociales, legales, de quedarse sin hogar, médicos y de hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes recaídas además de un mayor riesgo de suicidio⁹¹. El 86,0% de las mujeres dependientes del alcohol han presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. Para ambos sexos, la dependencia de alcohol aparece asociada a Trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que sería imputable al azar. Es frecuente que los síntomas aislados de ansiedad y depresión aparezcan asociados al alcoholismo, de manera que entre un 23,0% y un 70,0% de pacientes alcohólicos presentan también Trastornos de ansiedad¹¹⁸. Por otro lado, del 20,0% al 45,0% de pacientes con Trastorno de ansiedad tiene antecedentes de alcoholismo¹²⁶, que es el trastorno comórbido más frecuente en personas con enfermedad mental grave, como Esquizofrenia o Trastorno bipolar. La Esquizofrenia tiene una mayor prevalencia de vida entre los alcohólicos (3,8%) que en la población general (1,5%). Además, entre los pacientes esquizofrénicos, la prevalencia de alcoholismo (33,7%) es también más elevada que en la población general (13,5%), según el estudio ECA⁹⁷. En este estudio, el 33,7% de esquizofrénicos y el 42,6% de bipolares reunían criterios de alcoholismo respecto al 16,7% de la población general.

3.6.2. Tabaco y Patología dual

Con la progresiva disminución en los últimos años del hábito tabáquico en la población general, hay estudios clínicos que han mostrado un considerable aumento de la prevalencia de fumadores entre los pacientes psiquiátricos frente a grupos de control (52,0% frente al 30,0%), con relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica¹²⁷. Esta asociación es más evidente y relevante a medida que disminuye el porcentaje de población general fumadora. En EEUU los pacientes psiquiátricos consumen el 44,3% del total de cigarrillos¹²⁸. Es importante destacar que los casos de dependencia nicotínica más severa se dan entre personas con otras alteraciones comórbidas. En las sociedades desarrolladas se observa que aproximadamente el 50,0% de los pacientes que demandan tratamiento para dejar de fumar, presentan patología psiquiátrica detectable¹²⁹. El consumo de tabaco puede ser considerado como un marcador de enfermedad psiquiátrica. En adolescentes y jóvenes el consumo de tabaco es un predictor de psicopatología. Hughes¹³⁰ encontró que los porcentajes de fumadores según diagnósticos psiquiátricos fueron: 88,0% en Esquizofrenia, 70,0% en Manía, 49,0% en Depresión mayor, 47,0% en Trastornos de ansiedad, 46,0% en Trastornos de la personalidad y 45,0% en Trastornos adaptativos. Estos datos son coincidentes con los de estudios posteriores¹³¹, en los que observamos que la enfermedad mental con la prevalencia más elevada de fumadores es la Esquizofrenia, con cifras entre el 52,0% y el 88,0%, llegando incluso al 90,0% entre pacientes esquizofrénicos crónicos institucionalizados. La prevalencia en la Depresión mayor oscila entre el 31,0% y el 61,0% según estudios. Los más extensos y mejor documentados sobre la comorbilidad entre tabaquismo y trastornos psiquiátricos se han realizado en el campo de los Trastornos afectivos, y más concretamente en los pacientes con Depresión mayor, observándose una fuerte correlación entre ambas patologías. Esta relación es más significativa en mujeres, en pacientes con Depresión mayor recurrente y en sujetos con altos niveles de dependencia nicotínica, que existe en todas las franjas etarias. Se ha observado que la relación entre Depresión y tabaquismo es independiente de la presencia de trastornos por abuso de alcohol y de Trastornos de ansiedad, que son las dos patologías con mayor comorbilidad¹³².

3.6.3. Opiáceos y Patología dual

Muchos estudios clínicos y epidemiológicos han revelado un alto grado de comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en dependientes de opiáceos. La prevalencia a lo largo de la vida de trastornos psiquiátricos entre pacientes dependientes de opiáceos suele ser superior al 40,0%¹³³ aunque algunos estudios han mostrado porcentajes superiores al 80,0%¹³⁴. El trastorno mental más frecuente es el Trastorno depresivo, con una prevalencia a lo largo de la vida del 4,0% al 54,0%. Esta gran variabilidad entre los diferentes estudios puede reflejar diferencias entre las poblaciones estudiadas. Globalmente, parece que la prevalencia-vida de la Depresión entre los pacientes con dependencia a opiáceos se sitúa entre el 25,0% y el 30,0%, mientras que la prevalencia actual es aproximadamente el 15,0%. En un gran número de pacientes dependientes de opiáceos aparecen trastornos inducidos por sustancias de tal manera que se debe realizar una valoración cuidadosa de los síntomas depresivos y de ansiedad en pacientes dependientes a opiáceos, e instaurar tratamiento para tales síntomas cuando éstos son independientes del trastorno por uso de sustancias subyacente⁹³. La mayor parte de los estudios proporcionan únicamente información sobre Trastornos de ansiedad específicos. El Trastorno de ansiedad que aparece con mayor frecuencia entre los pacientes dependientes de opiáceos es la Fobia si agrupamos las Fobias sociales y la simple, siendo la prevalencia a lo largo de la vida de la Fobia simple del 4,0% y de Fobia social del 3,0%-6,0%^{133,135}. Sin embargo, hay al menos un estudio¹³⁶ donde se encontraron unos porcentajes mucho mayores de Fobia simple (33,0%) y Fobia social (39,0%). La prevalencia de otros trastornos psiquiátricos mayores tales como la Esquizofrenia, el Trastorno obsesivo-compulsivo y los Trastornos alimentarios, es generalmente baja pero los Trastornos de personalidad ocurren en elevadas proporciones entre los pacientes dependientes a opiáceos. Los estudios muestran como entre una tercera parte y dos terceras partes de dichos pacientes cumplen criterios de Trastorno de personalidad, y el diagnóstico más frecuente es el Trastorno antisocial de personalidad.

3.6.4. Cannabis y Patología dual

En los pacientes esquizofrénicos el consumo de cannabis puede reactivar la sintomatología positiva de la enfermedad, aunque también parece mejorar la sintomatología negativa. Se hipotetiza que por este motivo estos pacientes consumen más cannabis que la población general como forma de automedicación, y también puede ser la razón de que el inicio de su consumo suele ir asociado a un rápido desarrollo de abuso y dependencia en esta población¹³⁷. Por otra parte, el consumo de THC influye claramente sobre el inicio y curso de la Esquizofrenia, de modo que en pacientes vulnerables puede precipitar la aparición de esta enfermedad, e incluso existen evidencias de que el consumo de cannabis puede ser un agente causal en el desarrollo de la Esquizofrenia. Los factores de riesgo encontrados para esta asociación son el comienzo precoz del consumo y la utilización de altas dosis¹³⁸. Los episodios psicóticos que aparecen directamente relacionados con el consumo de cannabis (Psicosis cannábica), suelen presentar angustia, humor inestable de aspecto hipomaníaco, sentimientos de grandiosidad, aceleración del pensamiento y fuga de ideas, conducta desorganizada y hostilidad, suspicacia, ideación paranoide, alucinaciones no verbales y autolesiones, sin disminución del nivel de conciencia^{139,140}. En la práctica clínica es frecuente observar que el consumo de cannabis en pacientes con Trastorno bipolar provoca el empeoramiento de la enfermedad propiciando el desarrollo de cuadros mixtos de depresión-manía. El inicio del cuadro psiquiátrico es más precoz que entre los pacientes no consumidores, y suelen necesitar mayor número de ingresos hospitalarios para controlar los síntomas, acompañándose además de un peor cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico¹⁴¹. Existe una mayor presencia de síntomas depresivos entre los consumidores de cannabis¹⁴², y los pacientes que presentan dependencia de cannabis tienen 6,4 veces más riesgo que los que no la presentan de padecer cualquier Trastorno depresivo a lo largo de la vida¹⁴³, y 3,4 veces más riesgo de presentar un cuadro de Depresión mayor¹⁴⁴. El inicio precoz del uso de cannabis en adolescentes y una elevada frecuencia de consumo también se asocian con incremento de síntomas de ansiedad en adultos^{145,146}. Algunos pacientes aquejados de Trastornos de ansiedad, como ataques de pánico o Fobia social, pueden automedicar sus crisis o miedos con cannabis, aunque se ha observado que el consumo de cannabis puede precipitar o desencadenar crisis de pánico por vez primera en sujetos vulnerables¹⁴⁷.

El TDAH presenta una elevada comorbilidad con otras patologías psiquiátricas y adictivas^{148,149,150,151} siendo el cannabis la sustancia ilegal más utilizada por estos pacientes, a pesar de que agrava los síntomas del trastorno, fundamentalmente el déficit de atención. Si además del TDAH existe un Trastorno disocial o un Trastorno bipolar comórbidos, se favorece mucho más el riesgo de abuso o dependencia de cualquier sustancia^{152,153,154}.

3.6.5. Cocaína y Patología dual

La comorbilidad psiquiátrica asociada a la adicción a cocaína supera en 11 veces a la de la población general norteamericana, según resultados del estudio ECA. Los cocainómanos que solicitan tratamiento tienen trastornos psiquiátricos activos en aproximadamente el 50,0% de los casos⁹⁷ y los han tenido en el 75,0%-85,0%, según distintas series revisadas recientemente de este epígrafe en español¹⁵⁵. El consumo de cocaína en esquizofrénicos americanos está en torno al 15,0%-60,0%^{156,157}. Este porcentaje es mucho mayor que en la población general e influye de forma negativa en el curso de la Esquizofrenia pudiendo desencadenar su inicio en un paciente vulnerable, acelerar su curso o complicar el cuadro con ansiedad, depresión, agitación, insomnio, o agresividad¹⁵⁸. Los pacientes esquizofrénicos que siguen la medicación antipsicótica se mantienen más abstinentes de cocaína e ingresan menos días, pero aunque hay programas de intervención dual con resultados alentadores, no están suficientemente generalizados¹⁵⁹. Las tasas de prevalencia-vida de los Trastornos afectivos y por ansiedad en pacientes con trastornos por uso de cocaína están en torno al 50,0% en hombres y 70,0% en mujeres¹⁶⁰. Son frecuentes los Trastornos depresivos y los pacientes que los presentan tienen peor respuesta terapéutica¹⁶¹. La asociación de la cocainomanía con el Trastorno bipolar y la ciclotimia es más frecuente que en otras adicciones y llega hasta el 20,0%. Frecuentemente los pacientes cocainómanos presentan Trastornos bipolares previos a su cocainomanía o una personalidad con rasgos hipertímicos¹⁶² y en la clínica, el consumo de cocaína se asocia más a Trastornos afectivos bipolares que a Trastornos depresivos puros. Los pacientes cocainómanos presentan desde la infancia rasgos de carácter desinhibido e hiperactivo sin llegar a presentar nunca manía clara, pero mostrando un estado de ánimo próximo a la hipomanía. Suele ser en los periodos de hipertimia

cuando los pacientes tienden al consumo de cocaína, pero también hay casos de recaída en algunos pacientes con síntomas depresivos, a modo de automedicación. Aunque los tratamientos antidepresivos pueden ser efectivos para reducir síntomas depresivos resultan poco eficaces en la reducción del consumo de cocaína¹⁶³. Entre los pacientes dependientes de cocaína son frecuentes altos porcentajes de Trastorno de personalidad antisocial¹⁶¹. Este hallazgo puede condicionar peores resultados terapéuticos y no tiene tratamiento farmacológico específico. También a menudo, en la intoxicación por cocaína aparecen muchos síntomas de ansiedad y crisis de angustia que pueden llevar a los cocainómanos a urgencias¹⁶⁴. Otros cuadros de angustia como la Fobia social, la Agorafobia, el Trastorno por estrés postraumático y el Trastorno obsesivo-compulsivo se presentan más también en cocainómanos que en población general.

Se ha comprobado que los niños con TDAH tienen un riesgo mayor de adicción a cocaína y de otros trastornos por abuso de sustancias. El antecedente de TDAH infantil llega hasta el 30,0% en algunas series de cocainómanos¹⁶⁵. En los pacientes con TDAH residual, la cocaína podría producir el efecto paradójico de mejorar transitoriamente la alteración de la concentración, la impulsividad, y la inquietud propias de estos pacientes.

3.6.6. Hipnosedantes y Patología dual

La coexistencia frecuente de desórdenes psiquiátricos y de abuso de drogas en pacientes dependientes de hipnosedantes tiene importancia para la identificación y tratamiento adecuado de los desórdenes secundarios y puede ser importante en el tratamiento y pronóstico de estos pacientes que en múltiples ocasiones acuden a los servicios especializados en drogodependencias por existir algún otro tipo de adicción, en especial al alcohol, sin plantearse su consumo de hipnosedantes. En un estudio sobre pacientes admitidos a desintoxicación de benzodiacepinas¹⁶⁶, se halló que los antecedentes de trastornos más frecuentemente asociados con la adicción fueron 100,0% de TUS, 33,0% de Depresión mayor, 30,0% de Trastorno de pánico y los trastornos psiquiátricos activos eran: 42,0% de Trastorno de personalidad antisocial, 17,0% de T. límite, 20,0% de T. de ansiedad generalizada. En otro, con pacientes diagnosticadas de T. de estrés postraumático, el 36,0% usaba benzodiacepinas de forma crónica¹⁶⁷.

Clark et al. estudiaron el uso y adicción en pacientes con trastornos mentales graves¹⁶⁸. Hubo diferencias significativas para Depresión mayor, Esquizofrenia, Trastorno bipolar y otros trastornos no especificados, en cuanto al tipo de benzodiacepina usada, por potencia y duración de acción. En general, en todos los pacientes con trastornos mentales graves, deben ser prescritas con mayor precaución y por periodos más cortos por la posibilidad de dependencias colaterales¹⁶⁹.

3.7. Actuación terapéutica

La Patología dual constituye un interesante reto no sólo desde la perspectiva de la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes, para tratar de mejorar el conocimiento de la enfermedad mental en general, sino también en el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados por profesionales formados en salud mental y con una buena planificación sanitaria¹⁷⁰. El problema fundamental reside en la creencia profesional de que un paciente aquejado de Patología dual necesita dos tratamientos diferentes, sin llegar a entender la relación entre ambos diagnósticos. Sería adecuado tomar la decisión sobre cuál es la secuencia más apropiada en cada caso, para programar un plan de actuación integral con el conocimiento claro del impacto que cada tratamiento pueda tener sobre el cuadro dual¹⁷¹. En ocasiones no se instauran tratamientos farmacológicos específicos para pacientes psiquiátricos cuando presentan dependencia a sustancias de abuso y viceversa, por el riesgo de interacciones, tolerancia y efectos adversos, y en previsión de que produzcan abuso o empeoramiento de alguna de las patologías^{93,172}. Pese a las dificultades de evaluación e implantación por su elevado coste, se apunta claramente en la dirección de un sistema de tratamiento de la adicción y la otra patología psiquiátrica de forma conjunta y simultánea con estrategias a largo plazo¹⁷³ que se conoce como tratamiento integrado. Los estudios realizados en este sentido en el Programa de Apoyo Comunitario desarrollado por el Instituto Americano de Salud Mental¹⁷⁴, mostraron que los pacientes tratados de este modo sufrían menos hospitalizaciones, manteniendo una adecuada atención comunitaria y una mejora en sus trastornos por usos de sustancias. El modelo integrado aborda ambas patologías simultáneamente y es realizado por el mismo equipo terapéutico, lo que permite solventar los inconvenientes encontrados en modelos anteriores. Este

modelo de tratamiento integral es más eficaz, ya que facilita una intervención precoz y coordinada en caso de reagudización, aumenta la adhesión al tratamiento ambulatorio, disminuyendo las hospitalizaciones y los problemas legales y sociales. Para llevar a cabo su función, las unidades de Patología dual necesitan una infraestructura sencilla, un equipo profesional multidisciplinar y un marco metodológico que facilite el desarrollo de una intervención multidireccional, continua y longitudinal. El proceso terapéutico es largo y complejo, y se estructura en torno a fases, con unos objetivos específicos y una duración variable, en las que mediante intervenciones clínico-rehabilitadoras se pretende facilitar la modificación de hábitos y actitudes, propiciar la adquisición de estrategias de afrontamiento más adaptadas y establecer las bases sobre las que el paciente pueda plantearse un nuevo estilo de vida. Dicho abordaje resulta compatible con los denominados programas “libres de drogas” y de “reducción del daño” en función de los casos¹⁷⁵. En los modelos integrados se incluye el manejo individualizado de casos, las intervenciones en grupo, el entrenamiento en habilidades sociales, los programas educativos sobre aspectos relacionados con las drogas y con el trastorno psiquiátrico comórbido, las intervenciones sobre la motivación o las intervenciones familiares, además de intervenciones orientadas a manejar el *craving* y las recaídas en el consumo. La terapia grupal es un componente fundamental en los tratamientos integrados, donde la confrontación con el consumo no es lo básico, sino el apoyo y la actitud psicoeducativa sobre el consumo de drogas, los síntomas psíquicos y la medicación. En los casos de Patología dual, los grupos han de ser más reducidos que los habituales en adicciones, se debe fomentar el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico, discutir los puntos de vista sobre el consumo, y evitar actitudes de reproche sobre los consumidores activos, aunque con límites respecto a acudir intoxicados al grupo, y exigir motivación para dejar de consumir.

Guardia et al. consideran necesarios los siguientes recursos terapéuticos en el modelo integrado¹⁷⁶: hospitalización inicial para desintoxicación y parcial para el seguimiento, análisis de drogas en orina, atención psicofarmacológica, educación del paciente y familiares, técnicas cognitivo-conductuales, grupos de prevención de recaídas y multifamiliares y un equipo multidisciplinar bien formado y coordinado. Por otra parte, la Consejería de Asuntos Sociales y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía presentaron en 2002 un protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. Se reflejan las dificultades de coordinación entre ambas redes

asistenciales, básicamente en relación a la desconfianza entre profesionales, la inadecuada derivación de pacientes entre los dispositivos por el desconocimiento mutuo (incluyendo Atención Primaria) y sobre todo en la respuesta ofrecida a los pacientes afectados de Patología dual. Esto es debido a que la Patología dual genera problemas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, que hace complicada una intervención integrada y complementaria entre Atención Primaria, los Centros de Drogodependencias y Salud Mental. En este protocolo se defiende también el tratamiento integrado, frente al secuencial o el paralelo como el tratamiento ideal para estos pacientes, que combinaría estrategias terapéuticas dirigidas a ambos trastornos desde un único equipo terapéutico con la suficiente competencia para abordar integralmente estos casos, aunque como alternativas adaptadas a la realidad del sistema sanitario español se propone la designación de un psiquiatra con experiencia en drogodependencias, en los equipos de salud mental, que se haga cargo de los trastornos duales y se coordine con un profesional, con conocimientos de psiquiatría, que centralice estos pacientes en los centros de atención a drogodependientes¹⁷⁷. La comorbilidad de los trastornos mentales y por uso de sustancias (Patología dual), lejos de ser una excepción, debe considerarse un hecho común que forma parte de la clínica habitual de ambos procesos. La coexistencia de ambos trastornos incrementa los resultados negativos en términos de mortalidad, hospitalizaciones y consumo de otros servicios asistenciales y más problemas psicosociales, siendo el tratamiento más costoso y menos eficaz.

Aunque no hay acuerdo sobre si el doble diagnóstico se corresponde con un único trastorno o cualquiera de los dos componentes es primario o secundario al otro, es cierto que la coexistencia de los dos forma parte de una realidad clínica nueva a la que hay que dar una respuesta eficaz. Desde la perspectiva del Modelo de Manejo de Casos el terapeuta de referencia integra los recursos terapéuticos, de Salud Mental y Drogodependencias, en un plan terapéutico individual. Coordina el proceso del paciente de una manera flexible y reconduce el tratamiento cuando es necesario. La retención y la continuidad en el tratamiento del paciente son fundamentales, junto con la flexibilidad de los recursos terapéuticos para la adaptación a los diferentes niveles de gravedad, adherencia y motivación, y a las diferentes fases del tratamiento¹⁷⁸.

CAPÍTULO 4. LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Se estudia el tratamiento de las drogodependencias en las comunidades terapéuticas, describiendo primero la evolución histórica y estructura de estos centros, así como los métodos de intervención en estos recursos y las indicaciones de tratamiento, además de la importancia de su adaptación a la comorbilidad psiquiátrica. Por último, describimos las características del lugar de estudio, la Comunidad Terapéutica Profesional “Hacienda de Toros” de Marbella.

Las comunidades terapéuticas son recursos clásicos en el abordaje terapéutico de las adicciones y, en los primeros años de la “crisis de drogas”, constituían prácticamente la única alternativa de tratamiento de las adicciones. Aunque posteriormente fueron implantándose otros programas en régimen ambulatorio, un gran número de usuarios han pasado en alguna ocasión por ellas.

4.1. Historia y evolución de las comunidades terapéuticas

El tratamiento de pacientes con trastornos mentales ha ido cambiando a lo largo de la historia. En la segunda mitad del XIX todos los considerados “locos” estaban encerrados, a menudo de por vida, pero ya en el siglo XX, hacia la década de los 60, comenzó a extenderse la liberación indiscriminada de los internos psiquiátricos, dejando a los gravemente enfermos en la calle y sin recursos alternativos¹⁷⁹. Entre ambas situaciones extremas, comenzó a proponerse un modo de internamiento para casos de necesidad con diagnóstico confirmado, con un papel activo del enfermo, con una función reeducadora y con profesionales cualificados; así nacieron las comunidades terapéuticas. El término se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50 y aunque estos programas habían surgido en principio independientemente del contexto hospitalario, a lo largo de su trayectoria comenzó a perfilarse una nueva alternativa: la atención a los drogodependientes. El concepto de comunidad terapéutica como tratamiento para el abuso y dependencia de drogas surgió por los años 60 en Norteamérica basándose en el modelo de autoayuda, y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos y drogodependientes en recuperación. Apareció en España como alternativa a los tratamientos en trastornos mentales, situándose a finales de los 70 y comienzos de los 80 como tratamiento de elección en drogadicciones, propiciado en parte por la alarma social creada por la “crisis de drogas” que supuso la irrupción de la heroína en nuestro país. Aquellas comunidades terapéuticas no eran aparentemente del agrado de nadie¹⁸⁰ pero se les remitían pacientes y contaban con procedimientos extraordinarios de financiación. La comunidad terapéutica sobrevivió, en principio, en clínicas privadas de salud mental y en dispositivos concertados en los que se trataba a los adictos en régimen de internamiento. En el ámbito público, algunos profesionales, a título personal, mantienen aún un modelo de intervención basado en el concepto de

comunidad terapéutica¹⁸¹. La situación cambió con la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas de 1985, ya que se comenzaron los primeros estudios sobre el funcionamiento de las comunidades terapéuticas al tiempo que se pusieron en marcha sistemas de autorización, acreditación y homologación y se construyó un discurso técnico y metodológico sobre las CCTT¹⁸². Entre aquellos dispositivos hay diferencias: en la clasificación de Comas, los llamados “Red profesional” son en general, más o menos afines al “Modelo Jones” o comunidad terapéutica profesional (CTP). Los conocidos como “Red Proyecto Hombre” y “Red El Patriarca” representan, con diferencias entre sí, el “Modelo Daytop” o comunidad terapéutica tradicional (CTt). Hoy en día se mantienen ambos modelos.

4.2. Estructura de la comunidad terapéutica

El tratamiento en comunidad terapéutica (CT), está diseñado como un recurso de elevado impacto que implica tratamientos “libres de drogas”, con fármacos de uso médico y terapéutico (antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos y fármacos sustitutivos o agonistas: metadona, antagonistas: naltrexona o agonistas-antagonistas: buprenorfina). Además se trata de resolver los problemas legales y psiquiátricos que suelen presentar los pacientes ingresados.

Las **comunidades terapéuticas tradicionales (CCTTt)** incluyen ex drogodependientes rehabilitados que actúan como terapeutas, se apoyan en el voluntariado y en los propios usuarios que ejercen diferentes funciones ordenadas en jerarquías de responsabilidad. El equipo profesional suele ser reducido.

La estructura de las **comunidades terapéuticas profesionales (CCTTP)** está formada por los usuarios y el equipo profesional en un entorno residencial en régimen interno, con procedimientos y normas establecidos con un objetivo estrictamente terapéutico. Los equipos de las CCTTP españolas son multidisciplinares¹⁸³ y aplican estrategias de intervención científica basadas en la psiquiatría, la psicología, la medicina general y otras ciencias sociales, una vez establecido el diagnóstico previo. Las CCTT españolas profesionales, privadas o públicas, suelen estar normalmente integradas en redes asistenciales más amplias o utilizan servicios sociales y comunitarios para satisfacer necesidades específicas de sus usuarios, formando parte de una red profesional.

En ambos modelos, el profesional y el tradicional, aunque con diferente composición, el equipo de las CCTT se encarga de monitorizar y valorar el estado de los internos, supervisar y dirigir las sesiones grupales, asignando las tareas y supervisando el funcionamiento general de la CT. Se conducen las sesiones clínicas individuales o de grupo, se organizan toda clase de actos recreativos y sociales, informando a los familiares y decidiendo en materia de disciplina, control de usuarios y planificación del tratamiento. En todas ellas, el funcionamiento diario está muy estructurado, con la participación de los internos en todas las reuniones, actividades ocupacionales y recreativas, grupos terapéuticos y terapia individual.

4.3. Metodología de intervención

Las CCTT profesionales tienen un programa terapéutico con actuaciones muy diversificadas, que incluyen tanto el tratamiento psiquiátrico como el desarrollo de distintas técnicas de tratamiento psicológico. Las estrategias cognitivo-conductuales incluyen el aprendizaje y práctica de habilidades para afrontar craving agudo y prevenir las recaídas; la promoción y refuerzo de habilidades sociales y conductas compatibles con vida abstinente e incompatibles con las drogas, así como técnicas que se basan en la adaptación de las teorías cognitivas¹⁸⁴ y del aprendizaje social¹⁸⁵ y se enfocan en la identificación de patrones de pensamiento desadaptativos como instrumento para modificar o eliminar estados afectivos y conductas negativas. Se trabaja en la motivación del paciente hacia el cambio, valorando de modo especial las ventajas e inconvenientes de una conducta específica, las expectativas, metas y objetivos y la actitud del usuario acerca de la consecución de esas metas¹⁸⁶. La aplicación de estas técnicas conlleva el desarrollo de una metodología de evaluación, diagnóstico y seguimiento de pacientes^{187,188}. En las CCTT profesionales, tanto las estrategias de intervención individuales como las terapias grupales, son el fundamento de la intervención psicológica. Sirven para comprender el impacto del abuso y dependencia de drogas en el desarrollo vital de cada uno de los componentes del grupo. Es esencial ofrecer asistencia sanitaria integral a los residentes que presenten graves problemas orgánicos asociados al abuso de drogas de larga evolución: hepatitis, tuberculosis, SIDA, etc. ya que estos trastornos necesitan un control adecuado, así como un cumplimiento estricto de los protocolos farmacológicos. Las CCTT

profesionales proporcionan una adecuada supervisión, tratamiento y seguimiento de estas patologías orgánicas. Además, los usuarios presentan con frecuencia comorbilidad psiquiátrica con intervención farmacológica. Del mismo modo que en las patologías orgánicas señaladas, la medicación psiquiátrica exige supervisión para evitar el uso inadecuado o abuso, o los posibles problemas derivados. Este control puede efectuarse en la CT con mayor facilidad que en otros programas asistenciales no residenciales, ya que en muchos casos, los pacientes tratados en las CCTT provienen de familias con deficiente comunicación y con dificultades para establecer límites y normas de comportamiento. Las intervenciones familiares específicas son aplicadas habitualmente cuando la abstinencia del paciente interfiere en el estilo de vida familiar establecido o cuando otros miembros de la familia necesitan ayuda para adaptarse a un nuevo sistema de normas, actitudes y comportamientos^{189,190}.

Las CCTT profesionales e integradas en redes asistenciales públicas utilizan recursos comunitarios en fases iniciales y finales del proceso. En total son cuatro fases: evaluación, tratamiento, contacto con el medio y reinserción. El periodo de introducción o evaluación tiene como objetivo principal la incorporación del usuario al programa, su evaluación y diagnóstico y la planificación del tratamiento. La evaluación suele incluir una historia psicosocial y clínica, y un diagnóstico médico, psicológico y psiquiátrico del usuario. Cuando es posible, la evaluación del paciente incluye la recogida de información con el consentimiento del paciente por parte de familiares, pares y otras instituciones, tratamientos, etc. Para planificar el tratamiento se precisa el diagnóstico previo, además de la explicación al usuario del programa, ventajas y cambios esperados y alternativas disponibles, conjuntamente con el usuario. El tratamiento principal se orienta al crecimiento psicológico, mediante el desarrollo de habilidades y de una visión objetiva de las limitaciones y posibilidades del paciente. La fase de reinserción tiene como objetivo esencial preparar al usuario para el retorno a la vida fuera de la CT. Supone una toma de decisiones autónomas creciente, a través del estatus de desvinculación progresiva, combinado con la participación en actividades ocupacionales o formativas fuera de la CT, aunque supervisadas desde el programa. La importancia de esta fase es variable, siendo menor en los centros públicos e integrados en una red de recursos comunitarios, donde la reinserción social es llevada a cabo por otros servicios.

4.4. Indicación de tratamiento en la comunidad terapéutica

La oferta asistencial para drogodependientes es relativamente amplia y bien conocida, por lo que la elección del contexto y modalidad de intervención debe basarse en las demandas de un plan de tratamiento, las necesidades del paciente y las características de los servicios disponibles. Los pacientes deberían ser tratados en el entorno menos restrictivo posible respecto al acceso a las sustancias y otras conductas de riesgo, y que tenga la mayor probabilidad de ser seguro y efectivo, pudiendo ser derivados de un nivel asistencial a otro en función de estos criterios y de la evaluación clínica acerca de la disposición del paciente y posibilidad de beneficiarse de un nivel de asistencia de menor intensidad¹⁹¹. Las decisiones sobre el lugar de tratamiento deberían tener en cuenta el deseo y capacidad del paciente para permanecer seguro y alejado de actividades y entornos que le promueven el uso y abuso de sustancias. Del mismo modo debe valorarse la necesidad específica de tratamientos por comorbilidad psiquiátrica. Los estudios que comparan los beneficios relativos de diferentes modalidades de tratamiento presentan diversos problemas metodológicos derivados de la heterogeneidad de las muestras y tipos de programas, altas tasas de abandono, medidas de resultados diferentes, etc.¹⁹². A continuación se indican algunos criterios de indicación del tratamiento en una comunidad terapéutica para problemas de abuso o dependencia a drogas: pacientes con comorbilidad psiquiátrica de intensidad moderada, con pobre control de impulsos o alto riesgo de uso de drogas que no pueden ser tratados con seguridad en medio no residencial; pacientes con historia documentada de falta de respuesta en tratamientos menos intensivos y cuya problemática de abuso constituye riesgo para la salud física o mental, sin llegar a reunir criterios para una hospitalización como ocurre en los casos de comorbilidad médica o psiquiátrica severa. Específicamente, los pacientes con dependencia a opiáceos, cocaína, o dependencia de diversas sustancias pueden presentar indicación de tratamiento residencial de duración media o larga, especialmente si hay poca probabilidad de que se beneficien de un tratamiento no residencial¹⁹³. Las ventajas del tratamiento en una CTP serían las siguientes:

- Abstinencia controlada.
- Mayor intensidad y continuidad en el tratamiento.
- Reproducción de comportamientos sociales bajo unas condiciones de observación e intervención óptimas.

- Mayor potencial de intervención sobre el grupo.
- Separación temporal del entorno habitual.

La duración del tratamiento residencial debería adaptarse al tiempo necesario para alcanzar criterios específicos de aprovechamiento, que faciliten la transición a un entorno de tratamiento menos restrictivo como por ejemplo, seguir un tratamiento ambulatorio, capacidad para mantener la abstinencia en situaciones de riesgo para la recaída, disponibilidad de vínculos sociales que apoyen la abstinencia, la estabilización de la comorbilidad médica y psiquiátrica en niveles tratables en régimen ambulatorio, y la existencia de un plan de seguimiento que incluya un plan de readmisión en régimen residencial si fuese necesario. También se plantean inconvenientes, que se deben tener en cuenta¹⁹⁴:

- El mantenimiento de los pacientes en un medio “burbuja” alejado de su contexto social, en condiciones de ausencia total de drogas. Un elevado porcentaje de enfermos recaen al volver a su medio habitual.
- Elevado coste de los tratamientos en muchos de los centros.
- Poca adaptación a situaciones especiales como embarazadas o madres con hijos pequeños.
- Gran porcentaje de abandonos y expulsiones disciplinarias.

4.5. Adaptación de las comunidades terapéuticas a la comorbilidad psiquiátrica

Aunque no existen muchos estudios que evalúen sistemáticamente la comorbilidad psiquiátrica en los usuarios de las CCTT españolas, la evidencia clínica sugiere que un porcentaje cada vez mayor de usuarios presenta trastornos psiquiátricos concurrentes o pasados, especialmente Trastornos afectivos y de personalidad. Tanto la cronicidad como la comorbilidad aparecen habitualmente asociadas a peores resultados del tratamiento por abuso de drogas y los datos disponibles muestran que los usuarios de CT son pacientes con una larga trayectoria adictiva y antecedentes de múltiples tratamientos seguidos de

recaídas¹⁸³ máxime si presentan Patología dual. Es por ello que se ha planteado que las CCTTP existentes en España se adapten a nuevos tratamientos que están demostrando utilidad en pacientes crónicos, muchos de ellos con trastornos psiquiátricos concomitantes no diagnosticados. Fundamentalmente se trataría de la creación de unidades psiquiátricas integradas en la propia CT y la instauración de medicación psicofarmacológica, incluido el tratamiento de mantenimiento con metadona (un agonista opiáceo con potentes efectos antipsicóticos, ansiolíticos¹⁹⁵ e incluso antidepresivos¹⁹⁶ y buprenorfina¹⁹⁷). Existen algunas experiencias en EEUU, Europa e incluso en España (como la CT donde se ha realizado este estudio) que ilustran la adaptación de CCTT para pacientes con doble diagnóstico, que podrían proporcionar algunas ideas acerca de nuevas modalidades de tratamiento en CT.

Muy recientemente, una investigación realizada en la Universidad de Granada (UGR)¹⁹⁸ muestra que el 70,0% de consumidores de drogas que ingresan en comunidades terapéuticas de Andalucía presentan algún tipo de trastorno mental, aunque generalmente estos centros basan su tratamiento en tratar la conducta adictiva, dejando en segundo plano el resto de psicopatologías. Esta investigación sostiene que todos los pacientes que ingresan en estos centros presentan un deterioro psicosocial generalizado y necesitan un mínimo de tres meses de estancia para empezar a apreciar una mejoría relevante. Además los resultados de este estudio corroboran la hipótesis inicial de que aquellos pacientes con presencia de comorbilidad psicopatológica tienen una peor evolución a lo largo del tratamiento. La mayoría nunca habían sido diagnosticados hasta el momento del ingreso y de su participación en el estudio, y apenas la mitad fueron tratados en algún servicio de salud mental, por lo que consideran imprescindible una evaluación diagnóstica completa y sistemática en la historia clínica del paciente. Los autores de este estudio opinan que es importante organizar y protocolizar la evaluación diagnóstica y analizar la Patología dual en pacientes drogodependientes desde una perspectiva de género, ya que existen diferencias específicamente relacionadas con el sexo y el género, y en función de ello se deben diseñar las respuestas a nivel terapéutico y preventivo más adecuadas para cada grupo.

Tanto la OMS como la mayoría de los profesionales defienden el tratamiento integral de la Patología dual, pero en muchos casos los pacientes afectados no pueden beneficiarse de los recursos asistenciales destinados al tratamiento de problemas de salud mental o drogas por la especificidad de los dispositivos,

generalmente focalizados en una de ambas patologías, y a menudo excluyentes entre sí. Es por ello que el recurso tradicional de la Comunidad terapéutica, parece útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, ya que el paciente puede ser desintoxicado en un medio controlado y, sin el estrés que ocasiona el ingreso psiquiátrico en una unidad hospitalaria, el profesional puede observar al paciente en un medio semi-normalizado para realizar o confirmar el diagnóstico psiquiátrico.

4.6. Comunidad Terapéutica Profesional “Hacienda de Toros” de Marbella

La CTP “Hacienda de Toros” es un recurso municipal especializado perteneciente a “Marbella Solidaria” con capacidad para 60 plazas, 10 de las cuales están concertadas con la Junta de Andalucía, lo que le permite estar integrada en la Red Pública de Drogodependencias Andaluza, y también proporciona admisiones por vía privada. Es un Organismo Autónomo Local del Ayuntamiento de Marbella (Málaga), que integra la red de centros y servicios dedicados a la atención de personas con problemas adictivos del municipio a través de los distintos programas asistenciales y otras numerosas actividades en el marco de la prevención y la incorporación social. Desde el inicio de los años 90 se ha reorganizado la red de centros y servicios municipales de atención al drogodependiente, formada por dos centros ambulatorios, uno en Marbella y otro en San Pedro de Alcántara, la CTP “Hacienda de Toros” y una Unidad de Administración y Gestión. En la actualidad, con motivo del cambio en los tipos de drogas de consumo (declive de la heroína y auge de la cocaína y las drogas de diseño), la aparición de adicciones sin sustancia como la ludopatía, el desarrollo adquirido por los programas de reducción de daños (programas de mantenimiento con metadona, prevención, etc.) se han modificado los programas, unificando los criterios de actuación y la oferta de los mismos, en virtud de lo recogido en los objetivos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2004-2009)¹⁹⁹. Los programas terapéuticos abarcan el tratamiento de todas las adicciones.

En el año 2002 se realizó un estudio de descripción y análisis de una muestra de adictos sometidos a tratamiento en todos los centros de la Fundación “Marbella Solidaria” que incluye los dos centros ambulatorios y la CT, cuyos datos se detallan a continuación²⁰⁰ : (n=320).

El perfil es mayoritariamente masculino con el 83,8% de hombres frente a sólo un 16,3% de mujeres, de edad comprendida entre los 26 y los 46 años (85,1%); (edad media 37,01±7,45 años) y residente en el municipio de Marbella (88,7%). El resto de las procedencias se distribuye del siguiente modo: el 9,7% son de la provincia de Málaga, el 0,6% del resto de Andalucía y el 1,0% de fuera de Andalucía. Un poco más de la mitad de los usuarios de los diferentes programas son solteros; el 29,0% casados o conviviendo en pareja, el 18,0% divorciados. Sólo el 1,3% son viudos y el 0,6% separados. El 46,9% de los pacientes no tienen hijos. La unidad de convivencia familiar más habitual en los usuarios objeto de estudio es la familia de origen, representando esta circunstancia el 55,3%. El 25,9% reside con su familia propia y el 7,4% vive con su familia de origen junto a su familia propia. El 11,3% restante viven solos, con amigos, o en instituciones.

El 55,6% de los usuarios carece de cualificación profesional, frente al 33,1% que posee un trabajo cualificado. El 6,4% de la muestra no tiene una profesión definida. El 2,9% pertenece a profesiones liberales. Tan sólo el 1,3% de los pacientes son empleados y el 0,3% pertenece al grupo de funcionarios y estudiantes. Casi las dos terceras partes de la muestra se enfrenta a dificultades para acceder al mercado laboral.

En el capítulo de variables relacionadas con el tratamiento, en principio se analizan las características de la demanda que estos pacientes dirigen a la Fundación Marbella Solidaria. El 64,8% de los usuarios atendidos viene por iniciativa propia, mientras que el 26,7% solicita tratamiento por las presiones familiares. El 4,6% de los pacientes ha sido derivado de instituciones penitenciarias, y el 3,6% restante por la pareja o los servicios sanitarios. Respecto a los tratamientos previos, es destacable que la mayoría de los pacientes ha sido atendida en otros programas terapéuticos con anterioridad (el 91,4% de los usuarios ha recibido algún tratamiento previo, frente al 8,6% que recibe su primer tratamiento).

Por modalidades terapéuticas, casi las tres cuartas partes de la muestra ha estado en alguna comunidad terapéutica en el pasado, el 39,0% en un programa de mantenimiento con metadona y el 30,0% en un programa de naltrexona.

Con respecto a las incidencias legales el 29,3% de los pacientes refiere antecedentes judiciales de algún tipo, el 18,2% ha cumplido o cumple actualmente condena; el 9,9% tiene sanciones administrativas y el 4,1% ha sufrido arrestos.

En cuanto a las variables relacionadas con el estado de salud físico y mental de los pacientes, se encuentra que el 57,6% padece al menos una enfermedad infecto-contagiosa. De éstas, la más frecuente en la muestra es la hepatitis C (54,4%), y el 18,0% presenta serología positiva al VIH. Un dato a destacar es que el 34,0% presenta algún trastorno mental añadido al problema de drogas (patología dual), y casi el 12,0% de la muestra reconoce haber intentado suicidarse alguna vez en el pasado.

Respecto a las características del consumo tóxico, el consumo conjunto de heroína con cocaína (“herococaína”), sigue siendo el que genera mayor demanda de tratamiento, suponiendo el 86.5% de los pacientes admitidos. Por consumo de heroína como droga principal ingresa el 11,8% de los usuarios. Los usuarios de la muestra de estudio son policonsumidores: el análisis de los consumos tóxicos concomitantes a la droga principal encuentra que el 31,1% de ellos consume habitualmente cocaína de forma añadida a la “herococaína”. El 30,3% también consume cannabis habitualmente, siendo la droga ilegal más prevalente, y el 23,2% alcohol. Casi una tercera parte de los pacientes consume cocaína de forma regular y el 21,8% de ellos realiza un consumo habitual de benzodiazepinas sin prescripción médica.

En relación a la edad de inicio en el consumo de la sustancia principal, el 48,0% de los usuarios se inicia en el intervalo 18-25 años, el 36,4% se inicia antes de los 18 años y el 15,7% después de los 26 años.

Tabla 1. Descripción de la muestra		
Variable	Categoría	Porcentaje
Género	Hombre	83,8
	Mujer	16,3
Rango de edades	14-25 años	4,4
	26-36 años	47,9
	37-47 años	37,2
	48-70	10,4
Origen	Marbella	63,6
	San Pedro de Alcántara	25,1
	Málaga Capital	0,6
	Málaga Provincia	9,1
	Resto de Andalucía	0,6
	Resto de España	0,9
Estado civil	Soltero	51,1
	Pareja de hecho	12,0
	Casado	17,0
	Divorciado	18,0
	Viudo	1,3
	Separado	0,6
Nº hijos	Sin hijos	46,9
	1 Hijo	25,6
	2 Hijos	15,6
	3 Hijos	7,8
	4 Hijos	3,21
	Más de 4 Hijos	0,9
Convivencia	Familia de origen	55,3
	Familia propia	25,9
	Familia origen+propia	7,4
	Solo	7,4
	Instituciones	0,3
	Sin domicilio fijo	3,6
Profesión	Sin profesión	6,4
	Estudiante	0,3
	Trabajador no cualificado	55,6
	Trabajador cualificado	33,1
	Empleado	1,3
	Funcionario	0,3
	Liberal	2,9
Origen de la demanda	Del propio paciente	64,8
	Del familiar o amigo	26,7
	De la pareja	1,1
	De prisión	4,6
	Del médico de la zona	1,1
	Otros	1,4
Tratamientos previos	Ninguno	8,9

II. JUSTIFICACIÓN

El término Patología dual (PD) define la coexistencia en un mismo paciente de un trastorno psiquiátrico convencional con otro derivado del uso de sustancias. Como esta definición es amplia y poco operativa para establecer su relevancia clínica y los recursos necesarios para su abordaje, al agrupar procesos sintomatológicos muy distintos entre sí, se han diferenciado en este estudio los tipos y gravedad de los trastornos mentales para extraer conclusiones útiles en la práctica clínica.

En cuanto al concepto de enfermedad mental grave se han tenido en cuenta las pautas que define el Sistema Andaluz de Salud en su mapa de procesos asistenciales, con algunas modificaciones⁷⁹. Según esta clasificación, quedan incluidas en la definición del Trastorno Mental Grave (TMG) una serie de categorías diagnósticas del CIE-10 que afectan a una o más áreas del funcionamiento personal y social, y que necesitan un abordaje y actuación integrales. Estas categorías incluyen todas las Psicosis, los Trastornos graves del humor y los Trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico y límite. Además de esta definición de Trastorno Mental Grave del SAS, se han incluido en el estudio pacientes de otras categorías diagnósticas de la CIE-10 que han requerido también en su tratamiento atención psiquiátrica. Estas categorías adicionales se han obtenido de otro proceso asistencial del SAS, el denominado “Ansiedad, Depresión, Somatizaciones”²⁰¹: Agorafobias, Fobias sociales generalizadas y Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y se han incorporado además los Trastornos mentales orgánicos, los Trastornos alimentarios y los Trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), siempre siguiendo los criterios internacionales de la clasificación CIE-10.

Respecto a los trastornos por uso de sustancias (TUS), se ha restringido el análisis exclusivamente a aquellos que cumplieran criterios de dependencia según las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-IV-TR. Las sustancias que se han incluido en este estudio son: alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína e hipnosedantes, por ser las únicas que presentaban suficiente prevalencia para sostener un análisis estadístico.

Por último, se pretende justificar la elección de un determinado contexto espacial para realizar este estudio.

En Andalucía, como en la mayor parte del territorio nacional, existen redes paralelas para el tratamiento de las patologías psiquiátricas convencionales y las adicciones y los pacientes duales más graves, suelen tener dificultades para ser evaluados y diagnosticados correctamente. El trabajo se ha realizado en una Comunidad Terapéutica Profesional (CTP) con todos los recursos necesarios para la desintoxicación, el diagnóstico y el tratamiento integral de los pacientes duales graves incluyendo unidad psiquiátrica específica e integrada dentro de la propia CT.

Se ha considerado que es un buen medio para realizar esta investigación porque representa un modelo integrado, con un único equipo terapéutico competente para el abordaje de ambos trastornos. Los pacientes que ingresan en la CPT son evaluados a través de un modelo de entrevista clínica semi-estructurada que se adjunta en Anexo I, y de entrevistas de cribaje psiquiátrico (MINI, SCL-90-R), por los psicólogos encargados de su seguimiento. Aquellos casos susceptibles de cumplir los criterios de Patología Dual Grave (PDG) según la modificación de las recomendaciones de la Junta de Andalucía son reevaluados por un único psiquiatra, que en función de la entrevista clínica y los criterios de clasificación internacionales, diagnostica, confirma o desestima el diagnóstico previo. Estos pacientes tienen ciertas características de homogeneidad en cuanto a la gravedad, evaluación psiquiátrica y seguimiento, y en algunos casos han sido reevaluados y rediagnosticados tras ver la evolución de sus síntomas, cuando habían permanecido en el programa el tiempo suficiente para descartar sintomatología secundaria a intoxicación o abstinencia.

Con base en estos aspectos, se ha decidido seleccionar a este grupo de pacientes, que se definen como pacientes con PDG. Los pacientes con diagnóstico confirmado de PDG y que cumplen el resto de criterios de inclusión constituyen la muestra objetivo de este estudio.

III. OBJETIVOS

1. OBJETIVOS

El objetivo principal en la presente investigación es identificar la importancia del problema de la Patología Dual Grave, su definición operativa y repercusiones en un entorno local, en este caso en una ciudad de tamaño medio, como Marbella, en la línea del objetivo marcado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) de obtener una estimación en cada comunidad autónoma.

Para ello se han definido otros objetivos específicos:

1. Cuantificar la prevalencia de Patología Dual Grave (PDG) en la población dependiente de drogas de abuso ingresada en la Comunidad Terapéutica.
2. Describir la distribución de las variables socio-sanitarias y de comorbilidad psiquiátrica, teniendo en cuenta de manera especial las diferencias existentes por razón de género.
3. Valorar la frecuencia de las dependencias de sustancias de abuso y de las patologías psiquiátricas más prevalentes así como sus posibles relaciones.
4. Estudiar las diferencias sociodemográficas, de consumo y comorbilidad psiquiátrica, de los diferentes subtipos de PDG en función de su patología psiquiátrica de base.
5. Estudiar el tipo de alta y las variables predictoras de la misma en la muestra global y en los diferentes subgrupos de PDG.
6. Establecer el perfil del paciente que mejor o peor se adapta al recurso asistencial estudiado en función de su pronóstico medido por el éxito terapéutico.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En relación a los objetivos expuestos en el correspondiente apartado, se formulan las hipótesis siguientes:

- Cabe esperar una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica para los diferentes trastornos mentales que se analizan en este estudio, entre los dependientes de drogas de abuso ingresados en la CTP “Hacienda de Toros”
- Se espera que la descripción general de la muestra de pacientes con PDG difiera de otras realizadas en recursos diferentes al de la Comunidad Terapéutica Profesional en que se ha realizado este estudio.
- Se espera encontrar diferencias en función del género.
- Se esperan diferencias en los perfiles de los pacientes en función de los diferentes subtipos de PDG.
- Se esperan diferencias de evolución y pronóstico en función de la comorbilidad, en especial para determinados subgrupos de PDG.
- Cabe esperar que determinadas variables condicionen el pronóstico en el tratamiento de los pacientes con PDG tanto en el global de la muestra como en el subtipo de PDG.

IV. METODOLOGÍA

1. FUNDAMENTOS ÉTICOS

Todas las actuaciones llevadas a cabo a lo largo de este estudio, tanto en lo referido al proceso de tratamiento de los pacientes como en la recogida de datos y análisis posterior, se han realizado con el consentimiento informado del paciente, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos y su uso para fines exclusivamente terapéuticos y científicos. Se ha respetado así la necesidad de un tratamiento ético adecuado basado en la aceptación voluntaria de todo el proceso por parte del usuario una vez que ha sido informado del mismo y que es plenamente capaz de comprender y aceptar dicho programa²⁰². Los criterios necesarios para asegurar la competencia de un sujeto son: entender la naturaleza de su enfermedad y del tratamiento recomendado, y conocer las consecuencias derivadas tanto de la aceptación como del rechazo de dicho tratamiento²⁰³. Se respetan de esta manera los requisitos básicos del consentimiento informado, tanto para la inclusión en el programa propiamente dicho como para el proceso de recogida de datos que emplea el presente estudio. Dichos principios son: información, capacidad para la comprensión y voluntariedad en el consentimiento. Los datos recogidos respetan en todo momento el principio de confidencialidad de los mismos estipulados por la normativa legal al respecto. Para garantizar la confidencialidad de los pacientes, los nombres han sido sustituidos por sus números de expediente y tanto los cuestionarios como la base de datos se han custodiado y manejado en base a estos principios.

2. POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO

Entre junio de 2000 y junio de 2009, el número total de pacientes ingresados en la Comunidad Terapéutica “Hacienda de Toros” por trastornos relacionados con el uso de sustancias (TUS) fue de 805. De este gran grupo, se seleccionó a la población objeto de estudio, compuesta por 325 pacientes diagnosticados de PDG por un mismo psiquiatra en la Comunidad Terapéutica Profesional “Hacienda de Toros” en función de los Criterios DSM-IV-TR /CIE 10/ entrevista semi-estructurada, MINI, y su experiencia clínica durante el proceso terapéutico y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1. Criterios de inclusión

Pacientes de entre 18 y 75 años, diagnosticados de PDG según criterios CIE-10, DSM-IV-TR, y las modificaciones del Sistema Andaluz de Salud, ya mencionadas, para los trastornos mentales: T. psicóticos. T. afectivos graves, ciertos T. de personalidad, determinados T. de ansiedad, TDAH, T. mentales orgánicos y T. de conducta alimentaria graves, y que ingresaron en la Comunidad Terapéutica entre junio 2000 y junio de 2009 para someterse a tratamiento de desintoxicación y deshabituación de sustancias de abuso. Todos ellos cumplen los criterios de dependencia para una o más de las sustancias de estudio: alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína e hipnosedantes, establecidos en los ya mencionados manuales de clasificación internacional. Todos ellos firmaron el consentimiento informado.

3.2. Criterios de exclusión

Para el presente estudio, no se han tenido en cuenta los pacientes ingresados en Comunidad Terapéutica que no reunían los criterios establecidos para el diagnóstico de Patología Dual Grave (según CIE-10 /DSM-IV-TR) ni las pacientes embarazadas. También se excluyeron del estudio los pacientes con baja fiabilidad en la recogida de datos del cuestionario y /o con grave daño cerebral que impidiera la comprensión del estudio.

4. DESCRIPCIÓN Y MÉTODO DEL ESTUDIO

Estudio observacional y transversal de serie de casos, sin grupo control. Está basado en el análisis detallado de la información recogida en un modelo de entrevista clínica semi-estructurada diseñado en la CTP (ANEXO I), que integra la historia clínica de cada paciente. Se denomina “Historia unificada” porque engloba la historia personal y familiar, historia social y judicial, historia clínica, historia psiquiátrica y seguimiento terapéutico. En el seguimiento terapéutico se ha

elaborado un diario pormenorizado en el que constan, desde la fecha del ingreso, todas las incidencias referidas a la valoración ambulatoria y diagnóstica, plan de tratamiento individualizado, e ingreso en Comunidad Terapéutica. La fiabilidad de los datos se ha tratado de reforzar confrontando la información ofrecida por el paciente con informes previos, informes de derivación y aportaciones del entorno familiar. Se ha procedido a la revisión exhaustiva y detallada de las historias de todos los pacientes finalizando el estudio en cada caso en la fecha del último registro de alta en Comunidad Terapéutica. Para realizar el adecuado análisis de todas las características que nos interesan para el estudio se ha elaborado un cuestionario de 25 ítems. (ANEXO II), en el que se ha hecho constar su situación socio-demográfica, edad y género, estudios y estado laboral. Se han ordenado y catalogado los trastornos por uso de sustancias una a una, incluyendo alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína e hipnosedantes, y teniendo en cuenta todas en los casos de policonsumo, que son la mayoría. Se han estudiado todos los pacientes diagnosticados de T. psicóticos, T. de ansiedad, T. afectivos, T. de personalidad y TDAH incluidos en nuestra definición de PDG. En el apartado de "Otras patologías psiquiátricas", se han agrupado los T. orgánicos junto a los T. graves de conducta alimentaria, en este caso por la baja prevalencia encontrada por separado en la muestra.

Se han hecho constar la edad al inicio de estudio, la edad de inicio del consumo de sustancias de abuso, y la edad del diagnóstico psiquiátrico. En el cuestionario se anotan también los ingresos en unidades terapéuticas y hospitalarias, y las causas o tipos del alta en cada caso: bien alta terapéutica, o abandono voluntario o forzoso sin completar los programas, así como el fallecimiento en caso de producirse durante el periodo de estudio.

4.1. Apoyo informático

Los datos obtenidos en el cuestionario que consta en el anexo II se introdujeron en una base de datos confeccionada específicamente en Excel, a la que se dio tratamiento estadístico con el software IBM SPSS Statistics 19.

4.2. Apoyo bibliográfico

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva de artículos relacionados con drogas, enfermedad mental y Patología dual en las bases de datos MEDLINE, Cochrane Plus, SCIELO España, IBECS (índice bibliográfico español en ciencias de la salud) usando, entre otros muchos descriptores: “substance abuse” “dual diagnosis”, “mental diseases”, “alcohol and bipolar disorder” “cocaine and affective disorders” “schizophrenia and dual diagnosis”. Así sucesivamente para cada grupo de sustancias y cada trastorno mental estudiado, se han seleccionado trabajos publicados en los últimos veinticinco años. También para el capítulo de comunidades terapéuticas se utilizaron entre otros los descriptores “therapeutic community and dual diagnosis”. Para la descripción y evaluación de los trastornos mentales estudiados se han utilizado el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la American Psychiatric Association (APA) y el manual de Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

4.3. Estudio estadístico

En principio se realiza el estudio descriptivo de la muestra para el cual se presentan: media, desviación estándar, porcentaje válido, valores mínimo y máximo.

En la comparación de variables cuantitativas, para comprobar estadísticamente las diferencias significativas de medias, se ha realizado la prueba de la T de Student para muestras independientes. Previamente se realiza la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de varianzas.

Para el análisis comparativo de las variables cualitativas se emplea el Test de la chi-cuadrado de independencia de variables cualitativas, que permite comparar cómo se comportan las diferentes categorías de una variable independiente cualitativa, respecto de otra variable dependiente también cualitativa. Dicho procedimiento permite afrontar la hipótesis nula de la no existencia de diferencias significativas entre los valores categóricos de una determinada variable

respecto a otra, en tablas de contingencia y en tablas 2×2. Se elige la significación bilateral.

Para analizar de qué variables dependen los distintos subtipos de PDG, y el tipo de alta, se ha realizado Regresión logística binaria: método backward (hacia atrás) con la prueba de razón de verosimilitud.

En los análisis por subgrupos de PDG y en el estudio por regresión logística del Tipo de Alta, los incrementos de riesgo o disminución de riesgo han de ser entendidos como un incremento o disminución de la probabilidad (medida en riesgo) de ser clasificado o diagnosticado en un grupo concreto o subtipo de alta en función de tener un atributo determinado (factor de riesgo).

V. RESULTADOS

1. PREVALENCIA DE PDG EN LA MUESTRA

Una vez descrito el perfil general de la muestra total de pacientes con Trastornos por uso de sustancias (TUS) ingresados en la Comunidad Terapéutica “Hacienda de Toros” para someterse al programa de tratamiento, el primer objetivo es determinar la prevalencia de Patología Dual Grave en la muestra de estudio. El total de pacientes con TUS que siguieron programa de desintoxicación y rehabilitación en la Comunidad Terapéutica “Hacienda de Toros” fue de 805 personas, durante este periodo que abarca desde junio de 2000 a junio de 2009. Entre el total de ingresados, 325 pacientes han sido diagnosticados de Patología Dual Grave (PDG) presentando comorbilidad con algún trastorno mental según los criterios establecidos en CIE-10 y DSM-IV-TR. La prevalencia de Patología Dual Grave en la muestra es por tanto 0,4037; lo que significa que el 40,37% de los pacientes con trastorno por uso de sustancias presentan uno o más trastornos psiquiátricos comórbidos graves.

2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

De los 805 pacientes ingresados en la CTP “Hacienda de Toros” a lo largo de nueve años, desde junio de 2000 a junio de 2009, se seleccionó la muestra de estudio que a continuación se describe, formada por los 325 pacientes diagnosticados de PDG en la Comunidad Terapéutica. El porcentaje de PDG encontrado en la muestra es del 40,37%.

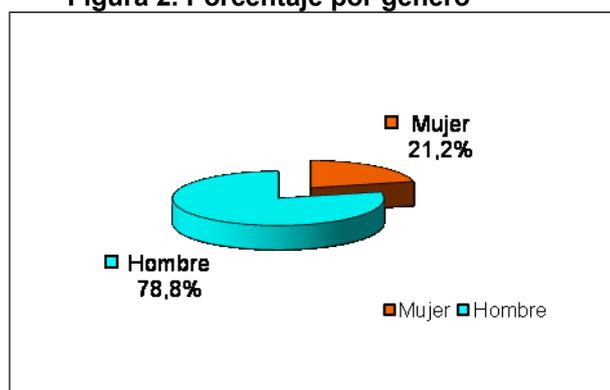
La edad media al inicio del estudio es de 38,12 años (ds: 9,165) y de 20,05 años (ds: 6,876) para el inicio del consumo de sustancias de abuso. La media de edad en el momento del diagnóstico de PDG es de 31,23 años (ds: 9,384). La media de ingresos en el centro de adicciones es de 2,25 (ds: 1,888) y de 1,26 ingresos hospitalarios (ds: 2,180).

Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio de estudio	38,12	9,165	18	71
Edad al inicio del consumo	20,05	6,786	8	50
Edad del diagnóstico psiquiátrico	31,23	9,384	5	71
Ingresos en Comunidad Terapéutica	2,25	1,888	1	12
Ingresos hospitalarios	1,26	2,180	0	10

Género: De los 325 pacientes con diagnóstico de PDG, 256 son hombres y 69 mujeres.

Figura 2. Porcentaje por género



Grado de estudios y situación laboral: El 7,1% de los pacientes ingresados en Comunidad Terapéutica ha cursado estudios superiores. El 30,9% no tiene estudios. El 14,5% de los pacientes de la muestra mantiene actividad laboral habitual, en tanto que el porcentaje de parados alcanza el 55,7% y el 29,8% se encuentran de baja laboral temporal o permanente.

Tabla 3. Nivel de estudios y situación laboral

Nivel estudios			Situación laboral		
	Frecuencia	Porcentaje válido		Frecuencia	Porcentaje válido
Sin estudios	101	30,9	Activo	47	14,5
Primarios / secundarios	201	62,0	ILT /ILP ¹	97	29,8
Superiores	23	7,1	Parado	181	55,7
Total	325	100,0	Total	325	100,0

Policonsumo: El 94.5% de los pacientes tienen diagnóstico de consumo de más de una sustancia, si se incluye el tabaco. Estos resultados varían si excluimos el tabaco, en cuyo caso el 15,4% de los pacientes son dependientes de una sola sustancia y el 84,6 son dependientes de más de una.

Tabla 4. Policonsumo

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	307	94,5
No	18	5,5
Total	325	100,0

Dependencia de alcohol y tabaco: Son fumadores de tabaco el 81,8% de los pacientes de la Comunidad Terapéutica. Para el alcohol se obtiene que el 61,8% de ingresados presentan dependencia.

Tabla 5. Dependencia de alcohol y / o de tabaco

Alcohol			Tabaco		
	Frecuencia	Porcentaje válido		Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	201	61,8	Sí	266	81,8
No	124	38,2	No	59	18,2
Total	325	100,0	Total	325	100,0

¹ ILT /ILP Incapacidad laboral temporal o permanente

Dependencia de opiáceos y cannabis: El 43,1% de los pacientes de Comunidad Terapéutica son dependientes de opiáceos y este porcentaje aumenta hasta el 51,7% para el caso del cannabis.

Tabla 6. Dependencia de opiáceos y / o cannabis

Opiáceos			Cannabis		
	Frecuencia	Porcentaje válido		Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	140	43,1	Sí	168	51,7
No	185	56,9	No	157	48,3
Total	325	100,0	Total	325	100,0

Dependencia de cocaína e hipnosedantes: El 78,2% de los ingresados en Comunidad Terapéutica sufren dependencia de cocaína, siendo la droga ilegal más consumida en la muestra de estudio. El porcentaje de dependientes de hipnosedantes es el 26,5%.

Tabla 7. Dependencia de cocaína e hipnosedantes

Cocaína			Hipnosedantes		
	Frecuencia	Porcentaje válido		Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	254	78,2	Sí	86	26,5
No	71	21,8	No	239	73,5
Total	325	100,0	Total	325	100,0

Comorbilidad psiquiátrica. El 39,7% de los pacientes tiene más de un diagnóstico psiquiátrico. Posteriormente, al analizar cada diagnóstico psiquiátrico por separado veremos con cuáles de los otros diagnósticos tiende a asociarse.

Tabla 8. Comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	129	39,7
No	196	60,3
Total	325	100,0

Trastornos psicóticos. Son el 30,5% del total.

Tabla 9. Trastornos psicóticos

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	99	30,5
No	226	69,5
Total	325	100,0

Trastornos afectivos graves: El 36,3% de los pacientes padecen un Trastorno afectivo grave, bien Depresión mayor o Trastorno bipolar.

Tabla 10. Trastornos afectivos graves

	Frecuencia	Porcentaje válido
No Trastorno afectivo	207	63,7
Depresión mayor	91	28,0
Trastorno bipolar	27	8,3
Total	325	100,0

Trastornos graves de la personalidad: El 42,4% de los pacientes padece un Trastorno de la personalidad de los incluidos en el análisis destacando por su elevada prevalencia el Trastorno límite de la personalidad (TLP) con un 20,6% sobre el total de la muestra.

Tabla 11. Trastornos de la personalidad (TP)

	Frecuencia	Porcentaje válido
No presentan TP	187	57,5
Trastorno límite personalidad (TLP)	67	20,6
Otros trastornos de la Personalidad	71	21,8
Total	325	100,0

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) afecta al 14,5% de los pacientes.

Tabla 12. TDAH

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	47	14,5
No	278	85,5
Total	325	100,0

Trastornos graves de ansiedad: Los Trastornos graves de ansiedad alcanzan un porcentaje del 16,3%.

Tabla 13. Trastornos graves de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	53	16,3
No	272	83,7
Total	325	100,0

“Otras patologías psiquiátricas graves” (Trastornos mentales orgánicos y Trastornos graves de la conducta alimentaria): Los Trastornos de tipo orgánico y los Trastornos graves de conducta alimentaria se presentan con menor frecuencia que los anteriores en la población muestral, sólo en el 8,9% de los pacientes analizados. Por ello se agrupan bajo la denominación de “Otras patologías psiquiátricas”.

Tabla 14. Trastornos orgánicos y de conducta alimentaria graves (Otras patologías)

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	29	8,9
No	296	91,1
Total	325	100,0

Lugar de diagnóstico psiquiátrico: El diagnóstico de trastorno mental se ha realizado en todos los lugares asistenciales, como atención primaria, unidades de salud mental o centros hospitalarios tanto públicos como privados y centros de adicciones. Del total los pacientes, el 57,2% han sido diagnosticados en la propia Comunidad Terapéutica, mientras que el 42,8% ingresaron en el centro con un diagnóstico psiquiátrico previo procedente de otros recursos distintos.

Tipo de alta: En el 29,5% de los casos el alta es terapéutica (Plan terapéutico cumplido). En el 70,5% restante el alta se debe a abandonos voluntarios o altas disciplinarias.

Fallecimientos: Del total de la muestra de estudio, 14 pacientes, lo que supone el 4,3% del total, han fallecido durante el periodo en que se ha realizado el estudio.

Tabla 15. Resumen descriptivo general	
Hombres	78,8 %
Mujeres	21,2 %
Sin estudios	31,1 %
Estudios primarios o secundarios	61,8 %
Estudios superiores	7,1 %
Actividad laboral permanente	14,5 %
Desempleados	55,7 %
Baja laboral temporal o permanente	29,8 %
Dependencia de alcohol	61,8 %
Dependencia de tabaco	81,8 %
Dependencia de opiáceos	43,1 %
Dependencia de cannabis	51,7 %
Dependencia de cocaína	78,2 %
Dependencia de hipnosedantes	25,5 %
Policonsumo (sin tabaco)	84,5%
Comorbilidad psiquiátrica	39,7%
Trastornos psicóticos	30,5 %
Trastornos afectivos graves	36,3 %
Trastornos de personalidad	42,4 %
Trastornos por déficit de atención	14,5 %
Trastornos graves de ansiedad	16,3 %
Trastornos orgánicos y de conducta alimentaria	8,9 %
Diagnóstico en centro de adicciones	57,2 %
Diagnóstico en otro lugar asistencial	42,8 %
Alta terapéutica	29,5 %
Alta no terapéutica	70,5 %
Fallecimiento	4,3 %

3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA GENERAL POR GÉNERO

En este apartado se va a describir la muestra en función del género. De los 325 pacientes de CT diagnosticados de PDG, 256 son hombres y 69 mujeres. La relación es 3,72/1 en número de admisiones. Las diferencias de género son importantes cuando se habla de dependencias y es probable que el perfil de cada uno difiera. La variable **género** se va a introducir como una variable de ajuste en el posterior análisis, por lo que se va a estudiar el contenido y perfil de cada uno de ellos.

3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS

3.1.1. Hombres

256 pacientes varones fueron diagnosticados de PDG, con una media de edad al inicio del estudio de 37,14 años (ds: 8,836) y 30,46 años en el momento del diagnóstico psiquiátrico (ds: 30,46). Se iniciaron en el consumo de sustancias a los 19,27 años de media de edad (ds: 6,096). Han ingresado una media de 2,350 veces en CT (ds: 1,998) y requerido 1,320 ingresos hospitalarios (ds: 2,196).

Tabla 16. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en hombres

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	37,14	8,836	18,000	71,000
Edad inicio del consumo	19,27	6,096	8,000	46,000
Edad diagnóstico psiquiátrico	30,46	8,779	6,000	71,000
Ingresos en CT	2,35	1,998	1,000	12,000
Ingresos hospitalarios	1,32	2,196	0,000	10,000

3.1.2. Mujeres

De los 325 pacientes de CT, 69 son mujeres, con una media de edad al inicio del estudio de 41,76 años (ds: 9,506), con una edad media al realizarse el diagnóstico de 34,07 años (ds: 10,963) y de 22,93 años al iniciarse en el consumo (ds: 8,327). Los ingresos en CT han sido 1,880 de media (ds: 1,356) y 1,030 ingresos hospitalarios (ds: 2,121).

Tabla 17. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en mujeres

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	41,76	9,506	21,000	68,000
Edad inicio del consumo	22,93	8,327	12,000	50,000
Edad del diagnóstico	34,07	10,963	5,000	64,000
Ingresos en CT	1,88	1,356	1,000	6,000
Ingresos hospitalarios	1,03	2,121	0,000	10,000

3.2. COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS SEGÚN EL GÉNERO

Tabla 18. Estadísticos de grupo según género

	Género	n	Media	Desviación típica.
Edad inicio del estudio	Hombre	256	37,14	8,836
	Mujer	69	41,76	9,506
Edad inicio del consumo	Hombre	256	19,27	6,096
	Mujer	69	22,93	8,327
Edad diagnóstico psiquiátrico	Hombre	256	30,46	8,779
	Mujer	69	34,07	10,963
Ingresos hospitalarios	Hombre	256	1,32	2,196
	Mujer	69	1,03	2,121
Ingresos en CT	Hombre	256	2,35	1,998
	Mujer	69	1,88	1,356

Para comprobar estadísticamente las diferencias significativas empleamos la **T de Student** para muestras independientes y en la tabla 19 se muestran las variables que cumplen criterios de significación estadística para $p < 0,05$.

Tabla 19. Prueba T de Student. Diferencia de medias y significación estadística de variables cuantitativas para PDG por género

	t	gl	Sig.	Df. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	-3,796	323	<0,001	-4,264	-7,021	-2,227
Edad al inicio del consumo	-4,072	323	<0,001	-3,661	-5,430	-1,893
Edad dx². psiquiátrico	-2,863	323	0,004	-3,604	-6,081	-1,127
Ingresos hospitalarios	0,972	323	0,332	0,287	-0,294	0,869
Ingresos en C. Terapéutica	1,832	323	0,068	0,468	-0,035	0,970

En el análisis de género se han encontrado diferencias significativas para las siguientes variables cuantitativas:

Edad de inicio del estudio: (37,14 años en hombres y 41,76 en mujeres) ($p < 0,001$). Edad de inicio de consumo de sustancias: (19,27 en hombres; 22,93 en mujeres) ($p < 0,001$). Edad de diagnóstico psiquiátrico: (30,46 años en hombres y 34,07 en mujeres) ($p = 0,004$).

Para la variable que registra el número de ingresos en CT el valor se acerca a la significación (1,32 en hombres y 1,03 en mujeres) ($p = 0,068$).

² Diagnóstico.

3.3. COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES CUALITATIVAS SEGÚN EL GÉNERO

Tabla 20. Diferencias por género para variables sociodemográficas y dependencias

		Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Nivel Estudios	sin estudios	85	33,2%	15	21,7%
	primaria/secundaria	160	62,5%	41	59,4%
	superiores	10	3,9%	13	18,8%
Situación laboral	activo	35	13,7%	12	17,4%
	ILT/ILP	77	30,1%	20	29,0%
	en paro	144	56,3%	37	53,6%
Dependencia de alcohol	sí	159	62,1%	42	60,9%
	no	97	37,9%	27	39,1%
Dependencia de tabaco	sí	216	84,4%	50	72,5%
	no	40	15,6%	19	27,5%
Dependencia de opiáceos	sí	116	45,3%	24	34,8%
	no	140	54,7%	45	65,2%
Dependencia de cannabis	sí	146	57,0%	22	31,9%
	no	110	43,0%	47	68,1%
Dependencia de cocaína	sí	206	80,5%	48	69,6%
	no	50	19,5%	21	30,4%
Dependencia de hipnosedantes	sí	70	27,3%	16	23,2%
	no	186	72,7%	53	76,8%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro de adicciones	153	59,8%	33	47,8%
	otros	103	40,2%	35	50,7%

Tabla 21. Diferencias por género para Trastornos mentales y tipo de alta

		Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
PDG T. psicóticos	no	165	64,5%	61	88,4%
	sí	91	35,5%	8	11,6%
PDG T. afectivos graves	no	176	68,8%	31	44,9%
	Depresión mayor	64	25,0%	27	39,1%
	Trastorno bipolar	16	6,3%	11	15,9%
PDG T. límite de personalidad	no	210	82,0%	48	69,6%
	sí	46	18,0%	21	30,4%
PDG TDAH	sí	41	16,0%	6	8,7%
	no	215	84,0%	63	91,3%
PDG T. de ansiedad	sí	41	16,0%	12	17,4%
	no	215	84,0%	57	82,6%
PDG "Otras patologías" ³	sí	16	6,3%	13	18,8%
	no	239	93,4%	56	81,2%
Tipo de alta	voluntaria	130	50,8%	31	44,9%
	terapéutica	69	27,0	27	39,1%
	disciplinaria	57	22,3%	11	15,9%
Alta terapéutica	no terapéutica	187	73,0%	42	60,9%
	terapéutica	69	27,0%	27	39,1%

En el estudio comparativo por género se encuentran variaciones notables en algunas de estas variables cualitativas analizadas en la muestra. Para establecer las diferencias significativas se ha realizado la prueba de chi-cuadrado de Pearson, cuyo valor estadístico es significativo para $p < 0,05$. En la tabla siguiente, se muestran los resultados que cumplen criterios de significación estadística, encontrándose además indicios de significación para otras variables, como en el caso de la variable "dependencia de cocaína" en que el valor de $p = 0,052$.

³ Trastornos orgánicos y de conducta alimentaria.

Tabla 22. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

	Género	
Nivel Estudios	Chi cuadrado	19,489
	gl	2
	Sig.	<0,001
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	5,190
	gl	1
	Sig.	0,023
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	13,764
	gl	1
	Sig.	<0,001
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	3,785
	gl	1
	Sig.	0,052
PDG T. psicóticos	Chi cuadrado	14,721
	gl	1
	Sig.	<0,001
PDG Trastornos afectivos graves	Chi cuadrado	14,864
	gl	2
	Sig.	0,001
PDG T. límite personalidad	Chi cuadrado	5,161
	gl	1
	Sig.	0,023
PDG "Otras patologías graves"	Chi cuadrado	10,522
	gl	1
	Sig.	0,001
Alta terapéutica	Chi cuadrado	3,872
	gl	1
	Sig.	0,049

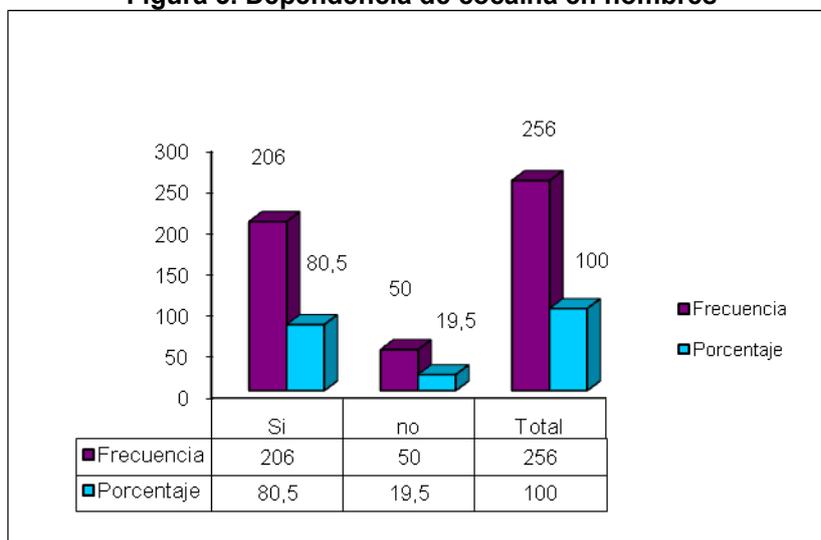
Hay diferencias significativas en:

Nivel de estudios: mayor porcentaje de estudios superiores en las mujeres. Esta diferencia es del 18,8% de estudios superiores en mujeres frente al 3,9% en los hombres. La diferencia es menor en estudios primarios / secundarios (59,4% mujeres frente a 62,5% hombres) y también hay menor número de mujeres sin estudios (21,7% mujeres, 33,2% hombres) ($p < 0,001$).

Dependencia de tabaco: mayor porcentaje entre los hombres, 84,4% frente al 72,5% en mujeres ($p = 0,023$). Dependencia de cannabis y derivados: mayor porcentaje (57,0%) entre los hombres que entre las mujeres que alcanza el 31,9%; ($p < 0,001$).

Para la dependencia de cocaína se roza la significación estadística siendo el valor de $p=0,052$. En los varones aparece un porcentaje mayor de sujetos dependientes con el 80,50% frente al 69,60% en mujeres.

Figura 3. Dependencia de cocaína en hombres



En cuanto a las patologías psiquiátricas:

Trastornos psicóticos: mayor porcentaje de Psicosis en los varones, hasta el 35,5% frente al 11,6% en mujeres ($p<0,001$). Trastorno afectivo grave: mayor porcentaje entre las mujeres, con el 55,0% frente al 31,3% en los varones ($p=0,001$). PDG Trastorno límite de personalidad: mayor porcentaje entre las mujeres de TLP con el 30,4% frente al 18,0% encontrado en hombres ($p=0,023$). "Otras patologías psiquiátricas graves" (Trastornos orgánicos y T. de conducta alimentaria): mayor porcentaje entre las mujeres con el 18,8% frente al 6,3% en hombres ($p=0,001$). Alta terapéutica: mayor porcentaje entre las mujeres con el 39,1% frente al 27,0% de los hombres ($p=0,049$).

3.4. CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS SEGÚN EL GÉNERO

Los hombres son más precoces al iniciarse en el consumo de sustancias y más jóvenes al inicio del estudio.

Su edad es también menor cuando se realiza el diagnóstico psiquiátrico e ingresan más veces en CT, pero no requieren más ingresos hospitalarios.

Los hombres tienen en general un menor nivel de estudios, y peor pronóstico, en el tratamiento medido por el tipo de alta (cumplimiento terapéutico).

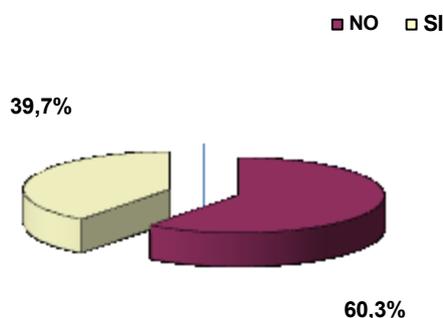
Suelen tener más frecuencia de diagnóstico de dependencia de sustancias en general. Presentan más porcentaje de Psicosis y menos de T. afectivo grave.

En las mujeres es más frecuente el TLP. También son más frecuentes entre las mujeres “Otras patologías psiquiátricas” como Trastornos orgánicos y de conducta alimentaria.

4. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA POR SUBTIPOS DE TRASTORNOS MENTALES

En primer lugar, se describe la situación diagnóstica referida a trastornos mentales de los 325 pacientes con trastornos por uso de sustancias (TUS) ingresados en la CT. De ellos, el 30,5% tienen un cuadro de T. psicótico; el 36,3% padece de Trastorno afectivo (Depresión mayor y T. bipolar); el 42,5% está diagnosticado de T. de personalidad; el 14,5% padecen TDAH; el 16,3% tienen T. de ansiedad; y el 8,9% padece “Otras patologías psiquiátricas graves”, bien T. orgánicos o T. de conducta alimentaria. El 39,7% de los pacientes tiene más de un diagnóstico psiquiátrico, como ya se vio en la tabla referida a comorbilidad psiquiátrica.

Figura 4. Comorbilidad psiquiátrica



4.1. DESCRIPTIVO PARA TRASTORNOS PSICÓTICOS

n =99

99 pacientes con PDG fueron diagnosticados de T. psicóticos no afectivos en cualquiera de sus formas. La edad media al inicio del estudio fue de 36,60 años (ds: 8,002). Comenzaron sus consumos a los 18,82 años (ds: 4,903), con una edad en el momento del diagnóstico psiquiátrico de 27,75 años (ds: 8,254).

Tabla 23. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en T. psicóticos

	media	desviación típica	mínimo	máximo
Edad al inicio del estudio	36,60	8,002	19	55
Edad inicio del consumo	18,82	4,903	8	37
Edad del diagnóstico	27,75	8,254	6	46
Ing. en Comunidad Terapéutica	2,37	2,165	1	10
Ingresos hospitalarios	1,94	2,769	0	10

El 91,9% de este subgrupo está formado por varones. La mayor parte (54,5%) tiene estudios primarios /secundarios. El 60,6% está desempleado. El 84,4% presenta patrón de policonsumo (excluido el consumo de tabaco).

Tiene diagnóstico de dependencia de alcohol el 54,5%; de opiáceos el 48,5%; de cannabis y derivados el 60,6%; de cocaína el 77,8%; y de hipnosedantes el 22,2%. El 84,8% tiene diagnóstico de dependencia del tabaco.

El 15,1% padece además de Trastorno afectivo grave, en su mayoría Depresión mayor. El 17,2% tiene diagnóstico de Trastorno de personalidad; el 3% de TDAH; el 5,1% de T. de ansiedad y el 6,1% de "Otras patologías". En resumen, el 34,3% padece otra patología mental además del diagnóstico de Psicosis. El 4,0% falleció durante el periodo de estudio, y sólo el 19,2% terminó el programa (alta terapéutica).

4.2. DESCRIPTIVO PARA TRASTORNOS AFECTIVOS

n =118

Para los Trastornos afectivos, fueron 118 los pacientes diagnosticados de Depresión o Trastorno bipolar. La edad media al inicio del consumo fue de 21,21 años (ds: 7,439) pero la edad en el momento del diagnóstico alcanzó la media de 34,17 años (ds: 8,175) y al inicio del estudio la media de edad era de 41,54 años (ds: 7,968).

Tabla 24. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en T. afectivos

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	41,54	7,968	20	60
Edad inicio del consumo	21,21	7,439	10	46
Edad del diagnóstico	34,17	8,175	14	54
Ing en Comunidad Terapéutica	2,11	1,419	1	6
Ing hospitalarios	1,27	2,229	0	10

De los 118 pacientes que recibieron este diagnóstico, el 32,2% son mujeres. El 77,1% padece Depresión mayor y el 22,9% Trastorno bipolar. El 8,5% había cursado estudios superiores. Estaba desempleado el 53,4% y el 35,6% en baja laboral temporal o permanente.

Si incluimos el tabaco, el 92,6% son policonsumidores. El 68,6% de este grupo presenta dependencia de alcohol y el 76,3% de tabaco. El 40,7% de ellos es dependiente de opiáceos y el 44,1% de cannabis. De cocaína, el 70,3% y de hipnosedantes el 26,3%.

Los correspondientes diagnósticos se hicieron mayoritariamente en el centro de adicciones, hasta el 59,3%, siendo en el 61,0% de los casos, diagnosticados de otros trastornos mentales. En este apartado se encuentran, T. psicóticos en el 12,7% de los pacientes; 33,1% de Trastorno de personalidad, con el 15,3% que padecen Trastorno límite. Están diagnosticados de Trastornos de ansiedad el 18,6%, de TDAH el 8,5% y 6,8% sufren "Otras patologías psiquiátricas".

Fueron dados de alta por plan terapéutico cumplido (alta terapéutica) el 34,7% y han fallecido el 5,9%.

4.3. DESCRIPTIVO PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

n =138

Los resultados encontrados para los 325 pacientes de este estudio muestran que 138 de ellos padecen Trastornos de personalidad. La edad al inicio del estudio es de media 37,25 años (ds: 9,059) iniciándose en el consumo de sustancias con una media de edad de 20,45 años (ds: 7,836) y siendo diagnosticados con una edad media de 31,30 años (ds: 8,995).

Tabla 25. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en T. de personalidad

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	37,25	9,059	19	68
Edad inicio del consumo	20,45	7,836	10	50
Edad del diagnóstico	31,30	8,995	5	64
Ing. en Comunidad Terapéutica	2,48	1,997	1	12
Ing. hospitalarios	1,20	1,925	0	10

De los 138 pacientes, son hombres el 76,4%. El 48,6% padece Trastorno límite y 51,4% otros Trastornos de personalidad. El 14,5% tiene estudios superiores, pero sólo el 17,4% mantiene actividad laboral. Están desempleados el 57,2%. El 65,9% de los diagnosticados de Trastornos de personalidad son dependientes del alcohol, y en un elevado porcentaje, el 83,3%, del tabaco. Son policonsumidores el 96,4% si incluimos esta última droga. Hay 42,0% de dependientes de opiáceos, 46,4% de cannabis y aparece también un porcentaje muy elevado de dependientes de cocaína, con el 80,4% y de hipnosedantes con el 29,0%. El 12,3% tienen T. psicóticos y el 28,3% Trastornos afectivos. Padecen TDAH el 15,2% y están diagnosticados de Trastornos de ansiedad el 12,3%, presentando "Otras patologías psiquiátricas" el 11,6%. En total, el 60,1% de los pacientes con Trastornos de personalidad, padece más de una patología

psiquiátrica. Se han diagnosticado en el centro de adicciones el 61,6% de los casos. El 5,8% fallecieron, durante el periodo de estudio y recibieron alta terapéutica el 30,4%.

Dentro de los Trastornos de personalidad, 67 pacientes con PDG han sido diagnosticados de **Trastorno límite de personalidad**. El 48,6% del total de diagnosticados de Trastornos de personalidad. En este subgrupo, la media de edad al inicio del estudio es de 34,75 años (ds: 8,095), y se iniciaron en el consumo de sustancias de abuso a los 18,96 años de media (ds: 5,907), siendo diagnosticados de patología psiquiátrica a los 30,11 años (ds: 7,457). La media de ingresos hospitalarios es de 1,45 (ds: 2,311) y han requerido de media 2,46 ingresos en CT (ds: 1,997). De ellos, el 31,3% son mujeres. El 22,4% no tiene estudios; el 29,9% está en situación laboral activa. Son dependientes de alcohol el 62,7%, y de tabaco el 77,6%. El 88,8% de este subgrupo presenta dependencia de cocaína. Padecen comorbilidad psiquiátrica el 59,7% y sólo el 19,4% recibieron alta terapéutica en el centro.

4.4. DESCRIPTIVO PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD

n = 53

53 pacientes con PDG han sido diagnosticados de Trastornos de ansiedad en cualquiera de sus formas. La media de edad al inicio del estudio es de 40,07 años (ds: 11,287), y se iniciaron en el consumo de sustancias de abuso a los 22,25 años de media (ds: 8,755), siendo diagnosticados de patología psiquiátrica a los 34,08 años (ds: 11,375).

Tabla 26. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en T. de ansiedad

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	40,07	11,287	21	71
Edad inicio del consumo	22,25	8,755	12	46
Edad del diagnóstico	34,08	11,375	14	71
Ingresos en CT	1,85	1,499	1	8
Ingresos hospitalarios	0,77	1,625	0	10

De los 53 pacientes con Trastornos de ansiedad, el 77,4% son hombres. El 7,5% tienen estudios superiores, y mantienen actividad laboral el 18,9% estando desempleados el 49,1%. El 77,4% presentan dependencia de alcohol y el 69,8% del tabaco. Si excluimos el tabaco, son policonsumidores el 81,1%. Son dependientes de opiáceos el 28,3%, de cannabis el 50,9%. La dependencia de cocaína se da en el 71,7% de los casos y de hipnosedantes en el 37,7%. El 79,2% de los diagnosticados de Trastornos de ansiedad presentan comorbilidad psiquiátrica. Padecen T. psicóticos el 9,4% de los pacientes y Trastornos afectivos el 41,5%. El 32,1% tienen diagnóstico de Trastorno de personalidad y el 11,3% de TDAH. El 15,1% presentan comorbilidad con "Otras patologías En el 58,5% de los casos el diagnóstico de este grupo se realizó en el centro de adicciones El 39,6 % se fueron del centro con alta terapéutica y el 9,4% han fallecido.

4.5. DESCRIPTIVO PARA TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

n = 47

47 pacientes con PDG presentan diagnóstico de TDAH. Al inicio del estudio la edad media fue de 31,63 años (ds: 8,032). Se iniciaron en el consumo a los 17,80 años (ds: 4,639) y fueron diagnosticados con una media de edad de 28,95 años (ds: 9,496). Es reseñable que no haya ningún ingreso en hospital por su patología (ds: 0,974).

Tabla 27. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en TDAH

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	31,63	8,032	18	55
Edad inicio del consumo	17,80	4,639	10	35
Edad del diagnóstico	28,95	9,496	6	55
Ing. en Comunidad Terapéutica	2,02	1,635	1	8
Ingresos hospitalarios	0,55	0,974	0	4

El 87,2% es un dato destacable por ser el porcentaje de hombres. El 34% de los TDAH no tienen estudios y sólo el 2,1% tienen estudios superiores pero trabajan el 25,5%. En el 97,9% de los casos se presenta patrón de policonsumo. Dependientes del alcohol encontramos el 55,3% y 91,5% del tabaco. Son dependientes de opiáceos el 38,3% y presentan elevados porcentajes de dependencia de cannabis, (66%); cocaína, el 87,2%, así como de hipnosedantes el 38,34%. En este apartado, el 91,5% de los diagnósticos se han realizado en el centro de adicciones. El 70,2% padecen comorbilidad con otras patologías. El 6,4% del grupo de TDAH está diagnosticado de T. psicóticos y el 4,3% de Trastornos orgánicos o T. alimentarios. El 44,7% padece Trastornos de personalidad destacando el 27,7% de Trastorno límite. Para los Trastornos afectivos encontramos el 21,3% y el 12,8% para Trastornos de ansiedad. El 2,1% han fallecido, y los porcentajes de alta terapéutica y voluntaria son iguales, en el 38,3% de los casos para cada tipo de alta.

4.6. DESCRIPTIVO PARA “OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS”

n =29

29 pacientes fueron diagnosticados de Trastornos orgánicos y de T. de conducta alimentaria, con una edad media de 38,91 años (ds: 10,094) años al inicio del estudio. Su media de edad al inicio del consumo fue de 19,09 años (ds: 6,033) y la media de edad en el momento del diagnóstico psiquiátrico fue de 32,60 años (ds: 9,810).

Tabla 28. Estadística descriptiva de las variables cuantitativas en “Otras patologías”⁴

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad al inicio del estudio	38,91	10,094	21	56
Edad inicio del consumo	19,09	6,033	8	37
Edad del diagnóstico	32,60	9,810	17	52
Ing. en Comunidad Terapéutica	2,10	1,698	1	8
Ingresos hospitalarios	1,34	2,454	0	10

⁴ Trastornos orgánicos y de conducta alimentaria.

Son mujeres el 44,8%. El 31,0% de los pacientes no tienen estudios y trabajan el 27,6%. Para las dependencias de sustancias se encontró que el 58,6% son dependientes de alcohol y el 65,5% de tabaco. Presentan dependencia de opiáceos el 24,1%; de cannabis el 37,9%. El 72,4% son dependientes de cocaína y el 17,2% lo son de hipnosedantes. Son policonsumidores el 79,3% incluyendo el tabaco. El 44,8% de los pacientes fueron diagnosticados en el centro de adicciones. El 82,8% presentan comorbilidad con otra patología psiquiátrica. Entre estos últimos, el 20,7% padecen T. psicóticos. Tienen además diagnóstico de Trastornos afectivos el 27,6%. Para Trastornos de personalidad la frecuencia es de 55,2% con el 24,1% de Trastorno límite. Padecen Trastornos de ansiedad el 27,6% y el 6,9% sufren TDAH. No hubo ningún fallecimiento y obtuvieron alta terapéutica el 37,9% de los pacientes

4.7. RESUMEN DE DESCRIPTIVA PARA LOS DIFERENTES SUBTIPOS DE TRASTORNO MENTAL

En este apartado se presentan los principales datos agrupados en función del diagnóstico de trastorno mental a modo de resumen y conclusiones principales.

Los pacientes diagnosticados de Trastornos afectivos y de ansiedad se inician en el consumo a edades tempranas y tienen más edad al iniciar el estudio: 21,21 (ds: 7,439) y 22,25 (ds: 8,755) años respectivamente. Se someten a tratamiento en edades más tardías; 41,54 años para los primeros (ds: 7,968) y 40,07 años en los Trastornos de ansiedad (ds: 11,287). El TDAH se asocia con la edad más precoz en el inicio del consumo de sustancias (17,80 años) (ds: 4,639.) Los T. psicóticos (27,75 años; ds: 8,254) y el TDAH (28,95 años; ds: 9,496) son los trastornos que más tempranamente se diagnostican. Las Psicosis son las que requieren más ingresos hospitalarios (1,94; ds: 2,769), seguidos de los TLP (1,45; ds: 2,311).

Son mínimos los ingresos hospitalarios por TDAH (0,55; ds: 0,974) y por trastornos de ansiedad (0,77; ds: 1,625). Los pacientes diagnosticados de T. de personalidad, especialmente los de tipo límite, ocasionan mayor número de ingresos (2,48; ds: 1,997) tal como se muestra en la tabla 29.

Tabla 29. Media de edades y desviación típica (D s :) en subgrupos de Trastorno mental

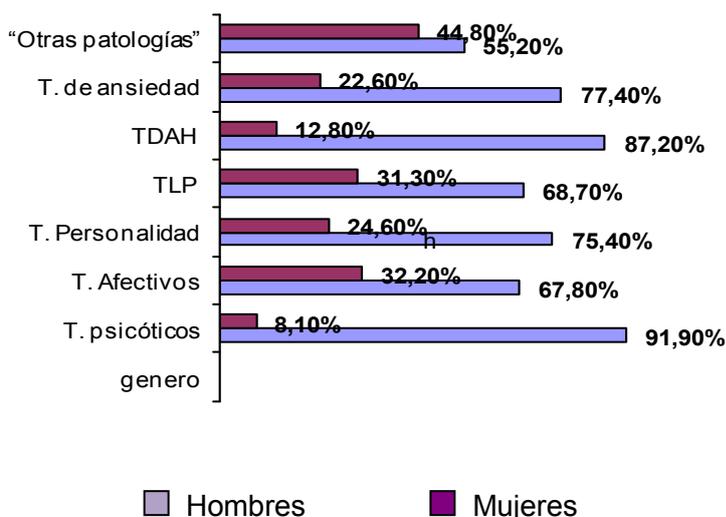
	T. psicóticos	Trastornos afectivos	T. de personalidad	TLP	TDAH	T. de ansiedad	“Otras patologías”
	n = 99	n =118	n =138	n = 67	n = 47	n = 53	n = 29
	Media y ds ⁵	Media y ds	Media y ds	Media y ds	Media y ds	Media y ds	Media y ds
Edad al inicio del estudio	36,60	41,54	37,25	34,75	31,63	40,07	38,91
Ds:	8,002	7,968	9,059	8,095	8,032	11,287	10,094
Edad inicio consumo	18,82	21,21	20,45	18,96	17,80	22,25	19,09
Ds:	4,903	7,439	7,836	5,907	4,639	8,755	6,033
Diagnóstico psiquiátrico	27,75	34,17	31,30	30,11	28,95	34,08	32,60
Ds:	8,254	8,175	8,995	7,457	9,496	11,375	9,810
Ingresos hospitalarios	1,94	1,27	1,20	1,45	0,55	0,77	1,34
Ds:	2,769	1,419	1,925	2,311	0,974	1,625	2,454
Ingresos en CT	2,37	2,11	2,48	2,46	2,02	1,85	2,10
Ds:	2,165	2,229	1,997	1,803	1,635	1,499	2,454

⁵ Desviación típica.

Tabla 30. Datos sociodemográficos por subgrupos de Trastorno mental								
		T. psicóticos	T. Afectivos	T. Personalidad	TLP	TDAH	T. de ansiedad	“Otras patologías”
		n =99	n =118	n =138	n =67	n =47	n =53	n =29
		% del n de la columna						
Género	Hombre	91,9%	67,8%	75,4%	68,7%	87,2%	77,4%	55,2%
	Mujer	8,1%	32,2%	24,6%	31,3%	12,8%	22,6%	44,8%
Nivel Estudios	Sin estudios	43,4%	24,6%	24,6%	22,4%	34,0%	17,0%	31,0%
	Primaria /Secundaria	54,5%	66,9%	60,9%	62,7%	63,8%	75,5%	65,5%
	Superiores	2,0%	8,5%	14,5%	14,9%	2,1%	7,5%	3,4%
Situación laboral	Activo	10,1%	11,0%	17,4%	29,9%	25,5%	18,9%	27,6%
	ILT /ILP	29,3%	35,6%	25,4%	22,4%	17,0%	32,1%	24,1%
	En paro	60,6%	53,4%	57,2%	47,8%	57,4%	49,1%	48,3%

En general las mujeres están poco representadas. Esta baja presencia condiciona la gran mayoría de varones encontrada en todos los subgrupos de diagnóstico de PDG estudiados. Las mayores variaciones en la frecuencia se observan en Trastornos psicóticos (con sólo el 8,1% en mujeres) y en el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en que el porcentaje de mujeres es el 12,8%. Estas variaciones tienden a equipararse en “Otras patologías psiquiátricas” ya que la anorexia y la bulimia son más frecuentes en mujeres que en hombres. Los Trastornos psicóticos aparecen con más frecuencia en hombres (91,9%) y lo mismo ocurre con el TDAH (87,2%).

Figura 5. Género por subgrupos de Trastorno mental



En cuanto al nivel de estudios, las frecuencias más bajas de estudios superiores se encuentran entre los pacientes afectados por Trastornos psicóticos (2,0%) y por TDAH (2,1%). Para el TLP se obtienen los mayores porcentajes de estudios superiores (14,9%) y de población en situación laboral activa (29,9%).

En la tabla 31 se agrupan las frecuencias obtenidas para cada tipo de dependencia de sustancias en función de los distintos subtipos de trastorno mental:

Se encuentra que la dependencia de alcohol es mayor en los Trastornos de ansiedad (77,4%), T. de personalidad (62,7%) y T. afectivos (67,6%). Los opiáceos son menos consumidos por los pacientes que sufren Trastornos de ansiedad (28,3%) y "Otras patologías psiquiátricas" (24,1%). La dependencia de cannabis es frecuente entre los T. psicóticos (60,6%) y el TDAH (66,0%). Esto mismo ocurre con la dependencia de tabaco. Los hipnosedantes son más consumidos en los Trastornos de ansiedad (37,7%) y TDAH (38,65%). La cocaína es la sustancia que se reparte de un modo más uniforme entre todos los distintos trastornos, alcanzando su máximo en el Trastorno de personalidad límite (88,1%) y en TDAH (87,2%). El patrón de policonsumo es menor en "Otras patologías psiquiátricas" (79,3%) y se distribuye de modo equiparable en los demás con un valor algo más elevado para TDAH con el 97,9% y Trastornos de personalidad con el 96,4%.

Tabla 31. Dependencias y policonsumo para subgrupos de trastornos mentales

Dependencia		T. psicóticos	T. Afectivos	T. de personalidad	TLP	TDAH	T. de ansiedad	“Otras patologías”
		n =99	n =118	n =138	n =67	n =47	n =53	n =29
		% del n de la columna						
Alcohol	Sí	54,5%	68,6%	65,9%	62,7%	55,3%	77,4%	58,6%
	No	45,5%	31,4%	34,1%	37,3%	44,7%	22,6%	41,4%
Tabaco	Sí	84,8%	76,3%	83,3%	77,6%	91,5%	69,8%	65,5%
	No	15,2%	23,7%	16,7%	22,4%	8,5%	30,2%	34,5%
Opiáceos	Sí	48,5%	40,7%	42,0%	37,3%	38,3%	28,3%	24,1%
	No	51,5%	59,3%	58,0%	62,7%	61,7%	71,7%	75,9%
Cannabis	Sí	60,6%	44,1%	46,4%	50,7%	66,0%	50,9%	37,9%
	No	39,4%	55,9%	53,6%	49,3%	34,0%	49,1%	62,1%
Cocaína	Sí	77,8%	70,3%	80,4%	88,1%	87,2%	71,7%	72,4%
	No	22,2%	29,7%	19,6%	11,9%	12,8%	28,3%	27,6%
Hipnosedantes	Sí	22,2%	26,3%	29,0%	26,9%	38,3%	37,7%	17,2%
	No	77,8%	73,7%	71,0%	73,1%	61,7%	62,3%	82,8%
Policonsumo	Sí	94,9%	92,4%	96,4%	95,5%	97,9%	90,6%	79,3%
	No	5,1%	7,6%	3,6%	4,5%	2,1%	9,4%	20,7%
Policonsumo sin tabaco	Sí	84,8%	79,7%	87,0%	83,6%	87,2%	81,1%	69,0%
	No	15,2%	20,3%	13,0%	16,4%	12,8%	18,9%	31,0%

Tabla 32. Comorbilidad psiquiátrica para subgrupos de trastornos mentales

		Psicosis	T. Afectivos	T. de personalidad	TLP	TDAH	T. Ansiedad	"Otras patologías"
		n =99	n =118	n =138	n =67	n =47	n =53	n =29
		% del n válido de columna						
PDG Psicosis	No Psicosis		87,3%	87,7%	86,6%	93,6%	91,6%	79,3%
	Psicosis		12,7%	12,3%	13,4%	6,4%	9,4%	20,7%
PDG T. Afectivos	No	84,8%		71,7%	73,1%	78,7%	58,5%	72,4%
	Sí	15,2%		28,3%	26,9%	21,3%	41,5%	27,6%
PDG TLP	No TLP	90,9%	84,7%	51,4%		72,3%	86,8%	75,9%
	TLP	9,1%	15,3%	48,6%		27,7%	13,2%	24,1%
PDG T. de personalidad	No	82,8%	66,9%			55,3%	67,9%	44,8%
	Sí	17,2%	33,1%			44,7%	32,1%	55,2%
PDG TDAH	Sí	3,0%	8,5%	15,2%	19,4%		11,5%	6,9%
	No	97,0%	91,5%	84,8%	80,6%		88,5%	93,1%
PDG T. de ansiedad	Sí	5,1%	18,6%	12,3%	10,4%	12,8%		27,6%
	No	94,9%	81,4%	87,7%	89,6%	87,2%		72,4%
PDG "Otras patologías"	Sí	6,1%	6,8%	11,6%	10,4%	4,3%	15,1%	
	No	93,9%	93,2%	88,4%	89,6%	95,7%	84,6%	

En la tabla 32 se muestra la comorbilidad psiquiátrica para los diferentes subtipos de trastornos mentales, valorando la frecuencia de aparición de otra patología mental. Es destacable que los valores más bajos se encuentran en el grupo de los pacientes con Trastornos psicóticos.

En la siguiente tabla (nº 33), se han valorado tanto la comorbilidad psiquiátrica para cada trastorno mental, como la evolución, referida al alta ya sea voluntaria, terapéutica o disciplinaria.

Destaca la baja comorbilidad en los Trastornos psicóticos (34,3%). Muy al contrario, encontramos que en Trastornos de ansiedad (79,2%) y TDAH (70,2%) es frecuente el diagnóstico de otras patologías.

Para el alta terapéutica, los porcentajes menores se dan en los Trastornos psicóticos (19,2%) y en el Trastorno límite de personalidad (19,40%). Se reparten de modo más uniforme en el resto de los trastornos estudiados, y el nivel máximo de alta terapéutica se alcanza en los Trastornos de ansiedad (39,6%).

Tabla 33. Comorbilidad psiquiátrica y tipo de alta

		T. psicóticos	T. Afectivos	T. Personalidad	TLP	TDAH	T. de ansiedad	“Otras patologías”
		n =99	n =118	n =138	n =67	n =47	n =53	n =29
		% del n válido de columna						
Comorbilidad psiquiátrica	No	65,7%	39,0%	39,9%	40,3%	29,8%	20,8%	17,2%
	Sí	34,3%	61,0%	60,1%	59,7%	70,2%	79,2%	82,8%
Tipo de alta	Voluntaria	59,6%	49,2%	48,6%	64,2%	38,3%	37,7%	34,5%
	Terapéutica	19,2%	34,7%	30,4%	19,4%	38,3%	39,6%	37,9%
	Disciplinaria	21,2%	16,1%	21,0%	16,4%	23,4%	22,6%	27,6%
Alta terapéutica	No terapéutica	80,8%	65,3%	69,6%	80,6%	61,7%	60,4%	62,1%
	Terapéutica	19,2%	34,7%	30,4%	19,4%	38,3%	39,6%	37,9%

5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE DIFERENCIAN LOS SUBTIPOS DE PATOLOGÍA DUAL GRAVE EN FUNCION DE SU PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE BASE

Una vez realizado el estudio descriptivo para cada grupo de pacientes con PDG por trastorno mental, y en función del género, se estudian los diferentes tipos o subgrupos de pacientes diagnosticados de Patología Dual Grave agrupados por su diagnóstico de trastorno mental. Se valoran las diferencias para variables cuantitativas y cualitativas recogidas del grupo correspondiente, respecto a los pacientes que no presentan ese diagnóstico. Para ello, se establece la significación para valores estadísticos de $p < 0,05$ considerando indicios de significación para valores ligeramente más elevados.

5.1. GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL GRAVE-TRASTORNOS PSICÓTICOS

5.1.1. Estudio de las variables cuantitativas

Al estudiar el grupo de 99 pacientes diagnosticados de PDG con Trastornos psicóticos se observa que son significativamente más jóvenes al inicio del estudio ($p=0,048$; df. de medias: 2,182); (IC95%: 0,019-4,346). También presentan menor edad al inicio del consumo de sustancias de abuso ($p=0,012$); (df. de medias: 1,765); (IC95%: 0,393-3,137) frente a los que no tienen ese diagnóstico. Requieren significativamente más ingresos hospitalarios ($p=0,001$); (df. de medias: -0,984) (IC95%: -1,582- -0,385) si bien no precisa un mayor número de ingresos en CT ($p=0,444$).

Tabla 34. Estadísticos de grupo para PDG con Trastornos psicóticos				
	PDG con T. psicóticos	n	Media	Desviación típica.
Edad al inicio del estudio	No psicóticos	226	38,78	9,572
	T. psicóticos	99	36,60	8,002
Edad inicio consumo	No psicóticos	226	20,59	7,408
	T. psicóticos	99	18,82	4,903
Nº ingresos hospitalarios	No psicóticos	226	0,96	1,791
	T. psicóticos	99	1,94	2,769
Nº de ingresos en CT	No psicóticos	226	2,20	1,756
	T. psicóticos	99	2,37	2,165

Tabla 35. Prueba T de Student. Diferencia de medias y significación estadística de variables cuantitativas para PDG con Trastornos psicóticos						
	t	gl	Sig.	Dfcia. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	1,984	323	0,048	2,182	0,019	4,346
Edad al inicio del consumo	2,533	273,081	0,012	1,765	0,393	3,137
Ingresos hospitalarios	-3,249	135,212	0,001	-0,984	-1,582	-0,385
Ingresos en C. Terapéutica	-0,767	323	0,444	-0,175	-0,623	0,273

5.1.2. Estudio de las variables cualitativas

Tabla 36. Variables cualitativas para el grupo de PDG con Trastornos psicóticos					
		PDG con Trastornos psicóticos			
		No T. Psicóticos		Sí T. Psicóticos	
		% del n total		% del n total	
		Recuento	de columna	Recuento	de columna
Género	hombre	165	73,0%	91	91,9%
	mujer	61	27,0%	8	8,1%
Nivel Estudios	sin estudios	58	25,7%	42	42,4%
	primaria /secundaria	147	65,0%	54	54,5%
	superiores	21	9,3%	2	2,0%
Situación laboral	activo	37	16,4%	10	10,1%
	ILT /ILP	68	30,1%	29	29,3%
	en paro	121	53,5%	60	60,6%
Dependencia de alcohol	sí	147	65,0%	54	54,5%
	no	79	35,0%	45	45,5%
Dependencia de tabaco	sí	182	80,5%	84	84,8%
	no	44	19,5%	15	15,2%
Dependencia de opiáceos	sí	92	40,7%	48	48,5%
	no	134	59,3%	51	51,5%
Dependencia de cannabis	sí	108	47,8%	60	60,6%
	no	118	52,2%	39	39,4%
Dependencia de cocaína	sí	177	78,3%	77	77,8%
	no	49	21,7%	22	22,2%
Dependencia de hipnosedantes	sí	64	28,3%	22	22,2%
	no	162	71,7%	77	77,8%
Policonsumo	sí	213	94,2%	94	94,9%
	no	13	5,8%	5	5,1%

Tabla 37. Variables cualitativas para el grupos de PDG con Trastornos psicóticos					
		PDG con Trastornos psicóticos			
		No T. Psicóticos		Sí T. Psicóticos	
		% del n de		% del n de	
		Recuento	columna	Recuento	columna
Comorbilidad psiquiátrica	sí	95	42,0%	34	34,3%
	no	131	58,0%	65	65,7%
PDG Trastornos psicóticos	sí	0	,0%	99	100,0%
	no	226	100,0%	0	,0%
PDG Trastornos Afectivos	sí	103	45,6%	15	15,2%
	no	123	54,4%	84	84,8%
PDG T. Limite de personalidad	sí	58	25,7%	9	9,1%
	no	168	74,3%	90	90,9%
PDG Trastornos de ansiedad	sí	48	21,2%	5	5,1%
	no	178	78,8%	94	94,9%
PDG TDAH	sí	44	19,5%	3	3,0%
	no	182	80,5%	96	97,0%
PDG "Otras patologías"	sí	23	10,2%	6	6,1%
	no	202	89,4%	93	93,9%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro adicciones	148	65,5%	38	38,4%
	otros	77	34,1%	61	61,6%
Fallecimiento	sí	10	4,4%	4	4,0%
	no	216	95,6%	95	96,0%
Alta terapéutica	terapéutica	77	34,1%	19	19,2%
	no terapéutica	149	65,9%	80	80,8%

Para el estudio de las variables para las cuales las diferencias son significativas, se ha realizado la prueba de la chi cuadrado de Pearson registrada en la tabla 38.

Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para PDG- T. Psicóticos					
Género	Chi cuadrado	14,721	Comorbilidad psiquiátrica	Chi cuadrado	1,702
	gl	1		gl	1
	Sig.	<0,001		Sig.	0,192
Nivel Estudios	Chi cuadrado	12,700	PDG T. Afectivos	Chi cuadrado	27,555
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,002		Sig.	<0,001
Situación laboral	Chi cuadrado	2,504	PDG T. límite de personalidad	Chi cuadrado	11,554
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,286		Sig.	0,001
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	3,216	PDG Trastorno de ansiedad	Chi cuadrado	13,219
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,073		Sig.	<0,001
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	0,864	PDG TDAH	Chi cuadrado	15,039
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,353		Sig.	0<,001
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	1,698	PDG “Otras patologías”	Chi cuadrado	1,461
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,193		Sig.	0,227
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	4,530	Lugar del diagnóstico psiquiátrico	Chi cuadrado	21,100
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,033		Sig.	<0,001
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	0,012	Fallecimiento	Chi cuadrado	0,025
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,914		Sig.	0,875
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	1,315	Alta terapéutica	Chi cuadrado	7,323
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,252		Sig.	0,007
Policonsumo	Chi cuadrado	0,065			
	gl	1			
	Sig.	0,799			

Las variables significativas son: género, nivel de estudios, dependencia de cannabis, PDG con Trastornos afectivos, PDG con Trastorno límite de personalidad, PDG con T. de ansiedad, PDG con TDAH, lugar de diagnóstico y alta terapéutica.

Así pues, los pacientes con Patología Dual Grave con Trastornos psicóticos presentan diferencias significativas frente a los diagnosticados de Patología Dual con otros trastornos que no son psicóticos, en las siguientes variables:

En relación al género: hay más varones en los diagnosticados de PDG con Psicosis que en el resto de diagnósticos de Patología Dual Grave ($p < 0,001$).

Nivel de estudios: entre los del grupo de Psicosis hay menos personas con estudios superiores y más sin estudios ($p = 0,002$).

Dependencia de sustancias: no hay diferencias en las dependencias salvo en la de cannabis, más frecuente entre los diagnosticados de Psicosis ($p = 0,033$) y una cierta tendencia no significativa en dependencia de alcohol.

Patologías psiquiátricas: entre los pacientes con T. psicóticos son menos frecuentes los diagnósticos de Trastorno afectivo grave ($p < 0,001$), TDAH ($p < 0,001$), Trastorno límite de personalidad ($p < 0,001$) y Trastorno de ansiedad ($p < 0,001$). No hay diferencias para otros trastornos.

Alta: por último, los psicóticos salen del centro con alta terapéutica con menor frecuencia ($p = 0,007$).

5.1.3. Regresión logística por razón de verosimilitud

En el modelo de regresión logística realizado por razón de verosimilitud se han introducido las variables: sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo, dependencia de alcohol, de tabaco, de opiáceos, de cannabis, de cocaína, hipnosedantes, policonsumo y comorbilidad psiquiátrica. De todas ellas sólo resultan realmente significativas el género y el nivel de estudios.

Tabla 39. Variables incluidas en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo	-1,286	0,405	10,076	1	0,002	0,276	0,125	0,611
Estudios			9,154	2	0,010			
Estudios(1)	1,656	0,784	4,468	1	0,035	5,240	1,128	24,343
Estudios(2)	0,989	0,773	1,636	1	0,201	2,688	0,591	12,231
Constante	-0,506	0,920	0,302	1	0,582	0,603		

Para el género, el ser mujer supone un factor de protección frente al diagnóstico de Psicosis. Este factor de protección es: 0,276 (IC95%: 0,125-0,611) veces mayor que para ser varón. Ser hombre supone un riesgo 3,623 veces mayor que el ser mujer (IC95%:1,636-8,00) para padecer Patología Dual Grave con Trastornos psicóticos. El nivel de estudios también se relaciona con el riesgo del diagnóstico de Psicosis. El no tener estudios multiplica por 5,24 (IC95%: 1,128-24,343) la probabilidad de diagnóstico de Psicosis frente al tener estudios superiores. Lo mismo ocurre para el tener estudios primarios /secundarios frente a estudios superiores 2,688 (IC95%: 0,591-12,231).

Las variables que no están incluidas en la ecuación, con su correspondiente significación, se muestran en la tabla nº 40.

Tabla 40. Variables que no están incluidas en la ecuación			
	Puntuación	gl	sig
edad	1,246	1	0,264
situación laboral	2,105	2	0,349
situación laboral(1)	2,009	1	0,156
situación laboral(2)	0,005	1	0,945
edad inicio consumo	1,011	1	0,315
alcohol	2,111	1	0,146
tabaco	0,285	1	0,593
opiáceos	0,474	1	0,491
cannabis	2,087	1	0,149
cocaína	0,368	1	0,544
hipnosedantes	1,866	1	0,172
policonsumo	0,252	1	0,615
comorbilidad	0,995	1	0,319
estadísticos globales	14,043	12	0,298

5.1.4. Consideraciones especiales para el grupo de pacientes de Patología Dual Grave con Trastornos psicóticos

99 pacientes tienen diagnóstico de PDG con Trastornos psicóticos, lo que supone el 30,46% de la muestra.

VARIABLES COMO LA EDAD AL INICIO DEL ESTUDIO, LA EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS, EL NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS, GÉNERO, DEPENDENCIA DE CANNABIS, AUSENCIA DE OTRAS PSICOPATOLOGÍAS, Y TIPO DE ALTA SON SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES EN ESTE GRUPO DE PACIENTES FRENTE A LOS QUE NO PRESENTAN DICHO DIAGNÓSTICO.

EN UN ANÁLISIS AJUSTADO, EL GÉNERO SE RELACIONA CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO PSICÓTICO. LOS VARONES TIENEN UN RIESGO MAYOR EN COMPARACIÓN CON LAS MUJERES. TAMBIÉN EL NIVEL EDUCATIVO SE RELACIONA CON EL DIAGNÓSTICO. A MAYOR NIVEL EDUCATIVO, MENOR ES LA PROBABILIDAD DE DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS.

5.2. GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL GRAVE -TRASTORNOS AFECTIVOS

El grupo de 118 pacientes diagnosticados de PDG con Trastornos afectivos, presenta una mayor edad al inicio del estudio ($p < 0,01$) (dif. medias: -5,376) (IC 95%: -7,374- -3,377) que los que no padecen este trastorno, y una edad más tardía para el inicio del consumo de sustancias ($p = 0,026$) (dif. medias: -1,823) (IC 95%: -3,426- -0,220) pero no se observan diferencias significativas ni en el número de ingresos hospitalarios ni en las estancias en Comunidad Terapéutica.

5.2.1. Estudio de las variables cuantitativas

	PDG con T. afectivos	n	Media	Desviación típica
Edad al inicio del estudio	No T. Afectivos	207	36,17	9,247
	Sí T. Afectivos	118	41,54	7,968
Edad inicio consumo	No T. Afectivos	207	19,39	6,307
	Sí T. Afectivos	118	21,21	7,439
Nº ingresos hospitalarios	No T. Afectivos	207	1,25	2,157
	Sí T. Afectivos	118	1,27	2,229
Nº de ingresos en CT	No T. Afectivos	207	2,33	2,109
	Sí T. Afectivos	118	2,11	1,419

	t	gl	Sig.	Dfcia. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	-5,293	323	<0,001	-5,376	-7,374	-3,377
Edad al inicio del consumo	-2,242	212,291	0,026	-1,823	-3,426	-0,220
Ingresos hospitalarios	-0,099	323	0,922	-0,025	-0,520	0,471
Ingresos en C. Terapéutica	1,137	314,197	0,257	0,223	-0,163	0,609

5.2.2. Estudio de las variables cualitativas

Tabla 43. Variables cualitativas para el grupo de PDG ⁶ con Trastornos afectivos					
		PDG con Trastornos afectivos			
		No T. Afectivos		Sí T. Afectivos	
		% del n total		% del n total	
		Recuento	de columna	Recuento	de columna
Género	hombre	176	85,0%	80	67,8%
	mujer	31	15,0%	38	32,2%
Nivel Estudios	sin estudios	71	34,5%	29	24,6%
	primaria/secundaria	122	59,2%	79	66,9%
	superiores	13	6,3%	10	8,5%
Situación laboral	activo	34	16,4%	13	11,0%
	ILT/ILP	55	26,6%	42	35,6%
	en paro	118	57,0%	63	53,4%
Dependencia de alcohol	sí	120	58,0%	81	68,6%
	no	87	42,0%	37	31,4%
Dependencia de tabaco	sí	176	85,0%	90	76,3%
	no	31	15,0%	28	23,7%
Dependencia de opiáceos	sí	92	44,4%	48	40,7%
	no	115	55,6%	70	59,3%
Dependencia de cannabis	sí	116	56,0%	52	44,1%
	no	91	44,0%	66	55,9%
Dependencia de cocaína	sí	171	82,6%	83	70,3%
	no	36	17,4%	35	29,7%
Dependencia de hipnosedantes	sí	55	26,6%	31	26,3%
	no	152	73,4%	87	73,7%
Policonsumo	sí	198	95,7%	109	92,4%
	no	9	4,3%	9	7,6%

⁶ Patología dual grave.

Tabla 44. Variables cualitativas para el grupo de PDG con Trastornos afectivos					
		PDG con Trastornos afectivos			
		No T. Afectivos		Sí T. Afectivos	
		% del n de la		% del n de la	
		Recuento	columna	Recuento	columna
Comorbilidad psiquiátrica	sí	57	27,5%	72	61,0%
	no	150	72,5%	46	39,0%
PDG Trastornos psicóticos	sí	84	40,6%	15	12,7%
	no	123	59,4%	103	87,3%
PDG Trastornos Afectivos	sí	0	0,0%	118	100,0%
	no	207	100,0%	0	0,0%
PDG T. Limite de personalidad	sí	49	23,7%	18	15,3%
	no	158	76,3%	100	84,7%
PDG Trastornos de ansiedad	sí	31	15,0%	22	18,6%
	no	176	85,0%	96	81,4%
PDG TDAH	sí	37	17,9%	10	8,5%
	no	170	82,1%	108	91,5%
PDG "Otras patologías"	sí	21	10,2%	8	6,8%
	no	185	89,8%	110	93,2%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro adicciones	117	56,5%	69	59,0%
	otros	90	43,5%	48	41,0%
Fallecimiento	sí	7	3,4%	7	5,9%
	no	200	96,6%	111	94,1%
Alta terapéutica	terapéutica	55	26,6%	41	34,7%
	no terapéutica	152	73,4%	77	65,3%

Para establecer la significación se ha realizado la prueba de chi cuadrado de Pearson, que se muestra en la tabla 45.

Tabla 45. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para PDG -T. afectivos					
Género	Chi cuadrado	13,338	Comorbilidad psiquiátrica	Chi cuadrado	35,195
	gl	1		gl	1
	Sig.	<0,001		Sig.	<0,001
Nivel Estudios	Chi cuadrado	3,594	PDG T. Psicóticos	Chi cuadrado	27,555
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,166		Sig.	<0,001
Situación laboral	Chi cuadrado	3,747	PDG T. límite de personalidad	Chi cuadrado	3,254
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,154		Sig.	0,071
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	3,628	PDG Trastorno de ansiedad	Chi cuadrado	0,741
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,057		Sig.	0,389
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	3,875	PDG TDAH	Chi cuadrado	5,368
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,049		Sig.	0,021
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	0,435	PDG “Otras patologías”	Chi cuadrado	1,073
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,510		Sig.	0,300
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	4,313	Lugar del diagnóstico psiquiátrico	Chi cuadrado	0,184
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,038		Sig.	0,668
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	6,627	Fallecimiento	Chi cuadrado	1,186
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,010		Sig.	0,276
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	0,003	Alta terapéutica	Chi cuadrado	2,414
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,953		Sig.	0,120
Policonsumo	Chi cuadrado	1,545			
	gl	1			
	Sig.	0,214			

Hay diferencias significativas para las variables: género, dependencia de tabaco, de cannabis, de cocaína, comorbilidad, Trastornos psicóticos, TDAH, y se presenta una cierta tendencia a la significación para dependencia de alcohol y TLP.

El número de mujeres es mayor en el grupo diagnosticado de PDG con Trastornos afectivos que en otros grupos ($p < 0,001$). Presentan mayor dependencia de alcohol ($p = 0,057$) y menos de cocaína ($p = 0,010$) de cannabis ($p = 0,038$) y de tabaco ($p = 0,049$). Entre los pacientes con Trastornos afectivos, hay menos comorbilidad con Trastorno límite de personalidad ($p = 0,057$) y de TDAH ($p = 0,021$) que entre los pertenecientes a otros grupos. También hay menos Trastornos psicóticos ($p < 0,001$).

5.2.3. Modelo de Regresión logística por razón de verosimilitud

Tabla 46. Variables incluidas en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	0,073	0,015	22,927	1	<0,001	1,076	1,044	1,109
Sexo	0,745	0,311	5,743	1	0,017	2,107	1,145	3,878
Comorbilidad	1,606	0,268	35,899	1	<0,001	4,981	2,946	8,423
Constante	-4,986	0,710	49,243	1	<0,001	0,007		

Las variables introducidas son: edad, sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo, dependencia de alcohol, de tabaco, de opiáceos, de cannabis, de cocaína, de hipnosedantes, la variable policonsumo, y la variable comorbilidad psiquiátrica. De todas ellas sólo han resultado ser significativas la edad, el género y la comorbilidad psiquiátrica.

Para la edad, cada año que aumenta la edad al inicio del estudio, aumenta el riesgo de diagnóstico de Trastorno afectivo, siendo 1,076 veces mayor (IC 95%:1,044-1,109). Para el género femenino, ser mujer supone un factor de riesgo 2,107 veces mayor que ser hombre (IC 95%:1,145-3,878). Tener más de un diagnóstico psiquiátrico, es decir, la comorbilidad psiquiátrica, incrementa la probabilidad de ser diagnosticado de Trastorno afectivo 4,981 veces (IC95%: 2,946-8,423).

La tabla 47 muestra las variables que no han sido significativas.

Tabla 47. Variables que no están incluidas en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
estudios	4,120	2	0,127
estudios(1)	2,024	1	0,155
estudios(2)	3,878	1	0,049
situación laboral	3,580	2	0,167
situación laboral(1)	3,503	1	0,061
situación laboral(2)	0,594	1	0,441
edad inicio consumo	0,570	1	0,450
alcohol	0,513	1	0,474
tabaco	0,226	1	0,634
opiáceos	0,057	1	0,812
cannabis	0,274	1	0,601
cocaína	0,039	1	0,844
hipnosedantes	0,003	1	0,954
policonsumo	0,787	1	0,375
Estadísticos globales	9,897	12	0,625

5.2.4. Consideraciones especiales para el grupo de Patología Dual Grave con Trastornos afectivos

El grupo de pacientes diagnosticados de PDG con Trastornos afectivos está formado por 118 pacientes, lo que supone el 36,30% de la muestra. Muestran diferencias significativas con el resto de los trastornos en mayor edad al inicio del estudio y una edad más tardía para el inicio del consumo de sustancias de abuso.

Presentan menos prevalencia de dependencia de tabaco, cannabis y cocaína y mayor de alcohol.

Tienen menos diagnósticos de TDAH, Trastornos psicóticos y TLP.

En un análisis ajustado, ser mujer incrementa el riesgo de ser diagnosticado de Trastorno afectivo, lo mismo que por cada año de edad al inicio del estudio, también se incrementa el riesgo. El hecho de padecer más de una patología psiquiátrica, se relaciona también con un incremento del riesgo para el diagnóstico de Trastornos afectivos.

5.3. GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL GRAVE -TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

5.3.1. Estudio de las variables cuantitativas

Tabla 48. Estadísticos de grupo para PDG con Trastorno límite de personalidad				
PDG con T. Límite de personalidad		n	Media	Desviación típica.
Edad al inicio del estudio	No TLP	258	38,99	9,239
	TLP	67	34,75	8,095
Edad inicio consumo	No TLP	258	20,33	6,979
	TLP	67	18,96	5,907
Nº ingresos hospitalarios	No TLP	258	1,21	2,146
	TLP	67	1,45	2,311
Nº de ingresos en CT	No TLP	258	2,20	1,909
	TLP	67	2,46	1,803

67 pacientes presentan diagnóstico de Trastorno límite de personalidad. La edad media al inicio del estudio de este grupo es de 34,75 años (ds: 8,095), que resulta significativamente menor que los que no presentan este trastorno ($p=0,001$) (IC 95%:1,806-6,671). Se inician en el consumo de sustancias de abuso con una media de edad de 18,96 años (ds: 5,907), que es menor que para los otros grupos aunque la diferencia no es significativa ($p=0,106$) (IC 95%: -0,297-3,039). No requieren significativamente más ingresos hospitalarios ni en Comunidad Terapéutica.

Tabla 49. Prueba T de Student. Diferencia de medias y significación estadística de variables cuantitativas para PDG con Trastorno límite de personalidad						
	t	gl	Sig.	Dfcia. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	3,428	323	0,001	4,239	1,806	6,671
Edad al inicio del consumo	1,627	118,522	0,106	1,371	-0,297	3,039
Ingresos hospitalarios	-0,810	323	0,418	-0,242	-0,831	0,346
Ingresos en C. Terapéutica	-1,024	323	0,307	-0,265	-0,774	0,244

5.3.2. Estudio de las variables cualitativas

Tabla 50. Variables cualitativas para el grupo de PDG con Trastorno límite de personalidad					
		PDG con Trastorno límite de personalidad			
		No T. límite		Sí T. límite	
		Recuento	% del n total de columna	Recuento	% del n total de columna
Género	hombre	210	81,4%	46	68,7%
	mujer	48	18,6%	21	31,3%
Nivel Estudios	sin estudios	86	33,3%	15	22,4%
	primaria/secundaria	159	61,6%	42	62,7%
	superiores	13	5,0%	10	14,9%
Situación laboral	activo	27	10,5%	20	29,9%
	ILT/ILP ⁷	82	31,8%	15	22,4%
	en paro	149	57,8%	32	47,8%
Dependencia de alcohol	sí	159	61,6%	42	62,7%
	no	99	38,4%	25	37,3%
Dependencia de tabaco	sí	214	82,9%	52	77,6%
	no	44	17,1%	15	22,4%
Dependencia de opiáceos	sí	115	44,6%	25	37,3%
	no	143	55,4%	42	62,7%
Dependencia de cannabis	sí	134	51,9%	34	50,7%
	no	124	48,1%	33	49,3%
Dependencia de cocaína	sí	195	75,6%	59	88,1%
	no	63	24,4%	8	11,9%
Dependencia de hipnosedantes	sí	68	26,4%	18	26,9%
	no	190	73,6%	49	73,1%
Policonsumo	sí	243	94,2%	64	95,5%
	no	15	5,8%	3	4,5%

⁷ Incapacidad laboral temporal o permanente.

Tabla 51. Variables cualitativas para el grupo de PDG con Trastorno límite de personalidad					
		PDG con Trastorno límite de personalidad			
		No T. límite		Sí T. límite	
		% del n de la		% del n de la	
		Recuento	columna	Recuento	columna
Comorbilidad psiquiátrica	sí	89	34,5%	40	59,7%
	no	169	65,5%	27	40,3%
PDG Trastornos psicóticos	sí	90	34,9%	9	13,4%
	no	168	65,1%	58	86,6%
PDG Trastornos Afectivos	sí	100	38,8%	18	26,9%
	no	158	61,2%	49	73,1%
PDG T. Limite de personalidad	si	0	0,0%	67	100,0%
	no	71	27,5%	0	0,0%
PDG Trastornos de ansiedad	sí	46	17,8%	7	10,4%
	no	212	82,2%	60	89,6%
PDG TDAH	sí	34	13,2%	13	19,4%
	no	224	86,8%	54	80,6%
PDG "Otras patologías"	sí	22	8,5%	7	10,4%
	no	236	91,5%	60	89,6%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro de adicciones	148	57,4%	39	58,2%
	otros	110	42,6%	28	41,8%
Fallecimiento	sí	12	4,7%	2	3,0%
	no	246	95,3%	65	97,0%
Alta terapéutica	terapéutica	83	32,2%	13	19,4%
	no terapéutica	175	67,8%	54	80,6%

Para establecer la significación se ha realizado la prueba de chi cuadrado de Pearson.

Tabla 52. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para PDG –T de personalidad.					
Género	Chi cuadrado	5,161	Comorbilidad psiquiátrica	Chi cuadrado	14,116
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,023		Sig.	<0,001
Nivel Estudios	Chi cuadrado	9,406	PDG- T. Psicóticos	Chi cuadrado	11,554
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,009		Sig.	0,001
Situación laboral	Chi cuadrado	16,348	PDG- T. afectivos	Chi cuadrado	3,254
	gl	2		gl	1
	Sig.	<0,001		Sig.	0,071
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	,025	PDG -Trastorno de ansiedad	Chi cuadrado	2,123
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,874		Sig.	0,145
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	1,018	PDG- TDAH	Chi cuadrado	1,666
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,313		Sig.	0,197
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	1,143	PDG- “Otras patologías”	Chi cuadrado	0,241
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,285		Sig.	0,623
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	0,030	Lugar del diagnóstico psiquiátrico	Chi cuadrado	0,016
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,862		Sig.	0,901
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	4,851	Fallecimiento	Chi cuadrado	0,358
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,028		Sig.	0,550
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	0,007	Alta terapéutica	Chi cuadrado	4,166
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,933		Sig.	0,041
Policonsumo	Chi cuadrado	0,182			
	gl	1			
	Sig.	0,670			

Se presentan diferencias significativas para el género, el nivel de estudios, la situación laboral, la dependencia de cocaína, la comorbilidad psiquiátrica, Trastornos psicóticos y el tipo de alta. Para PDG con T. afectivos se acerca a la significación.

Hay mayor porcentaje de mujeres entre los diagnosticados de T. límite, que en los otros grupos de PDG ($p=0,023$). El nivel de estudios es más elevado en este grupo ($p=0,009$). Hay mayor porcentaje de pacientes activos laboralmente ($p=0,001$). En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica ($p<0,001$), menor porcentaje de diagnóstico de T. psicóticos y T. afectivos que en otros grupos. La dependencia de cocaína es más frecuente que en otros subtipos de PDG. ($p=0,028$). Hay menor número de pacientes que reciben alta terapéutica ($p=0,041$).

5.3.3. Regresión logística por razón de verosimilitud

Tabla 53. Codificaciones de variables categóricas				
		Frecuencia	Codificación de parámetros	
			(1)	(2)
Situación laboral	activo	47	1,000	0,000
	ILT/ILP	97	0,000	1,000
	en paro	181	0,000	0,000
Nivel Estudios	sin estudios	101	1,000	0,000
	primaria/secundaria	201	0,000	1,000
	superiores	23	0,000	0,000

VARIABLES INTRODUCIDAS: edad, sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo de sustancias, dependencia de alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína, hipnosedantes, policonsumo y comorbilidad psiquiátrica

Tabla 54. Variables incluidas en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para	
							EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-0,070	0,023	8,974	1	0,003	0,932	0,890	0,976
Sexo	0,736	0,386	3,644	1	0,056	2,088	0,980	4,444
Estudios			11,766	2	0,003			
Estudios(1)	-2,310	0,680	11,561	1	0,001	0,099	0,026	0,376
Estudios(2)	-1,984	0,633	9,817	1	0,002	0,138	0,040	0,476
Situación laboral			11,835	2	0,003			
Situación laboral(1)	1,364	0,402	11,520	1	0,001	3,912	1,780	8,600
Situación laboral(2)	0,207	0,394	,276	1	0,599	1,230	0,568	2,663
Edad inicio consumo	-0,054	0,030	3,187	1	0,074	0,947	0,893	1,005
Cannabis	0,734	0,355	4,269	1	0,039	2,084	1,038	4,183
Cocaína	-0,879	0,470	3,493	1	0,062	0,415	0,165	1,044
Comorbilidad psiquiátrica	1,023	0,311	10,836	1	0,001	2,783	1,513	5,118
Constante	2,379	1,227	3,758	1	0,053	10,797		

Resultan significativas la edad al inicio del estudio, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral, la edad de inicio del consumo, la dependencia de cannabis y derivados, la dependencia de cocaína, y la comorbilidad psiquiátrica.

Por cada año más joven que se ingresa en el estudio, la probabilidad de ser diagnosticado de TLP se multiplica por 1,073 (IC95%: 1,025-1,124).

El ser mujer respecto al ser varón incrementa el riesgo de TLP en 2,088 (IC 95%: 0,980-4,444).

El nivel de estudios también influye: tener estudios superiores respecto a no tener estudios aumenta la probabilidad de ser diagnosticados de TLP en 10,101 (IC 95%: 26,595-38,461) y lo mismo pasa para tener estudios superiores respecto a tener estudios primarios/secundarios, que supone un factor de riesgo de diagnóstico de TLP de 7,246 (IC 95%: 2,101-25,000). No se trata en realidad de una relación de causalidad pero el TLP se relaciona positivamente con niveles de estudios superiores, ya que no merma el rendimiento cognitivo.

Estar activo laboralmente respecto al paro se relaciona con mayor riesgo de TLP, que aumenta 3,912 (IC95%: 1,780-8,600).

El inicio temprano en el consumo actúa como factor de riesgo de TLP. Por cada año que se retrasa el inicio de consumo, el riesgo de TLP disminuye 1,055 (IC95%: 0,999-1,119) ($p=0.074$).

La dependencia de cocaína supone un riesgo mayor de TLP respecto a la no dependencia: 2,409 (IC 95%: 0,351-6,060) ($p=0,062$). La no dependencia de cannabis incrementa el riesgo de TLP respecto a quienes sí son dependientes. Este incremento es de 2,084 (IC 95%: 1,038-4,183).

Por último, la comorbilidad psiquiátrica respecto a la no comorbilidad incrementa el riesgo de diagnóstico de TLP 2,783 veces (IC 95%: 1,513-5,118). Esto puede ser debido a la mayor comorbilidad real, o a que es más habitual en los T. de personalidad diagnosticar otras patologías en comparación con cuadros más circunscritos como la Psicosis.

Tabla 55. Variables que no están en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
alcohol	0,147	1	0,701
tabaco	0,262	1	0,609
opiáceos	0,076	1	0,783
hipnosedantes	0,124	1	0,725
policonsumo	0,431	1	0,511
Estadísticos globales	1,523	5	0,910

5.3.4. Consideraciones especiales para el grupo de Patología Dual Grave con Trastorno límite de personalidad

67 pacientes presentan diagnóstico de PDG con Trastorno límite de personalidad, lo que supone el 20,6% de la muestra.

Variables relacionadas con el diagnóstico de PDG con T. límite, que presentan diferencias significativas respecto a los otros grupos que no tienen ese diagnóstico, son la edad al inicio del estudio, y la edad de inicio del consumo, que tiende a la significación.

En el análisis ajustado se encuentran diferencias para la edad al inicio del estudio, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral, la edad de inicio del consumo, la dependencia de cannabis y derivados, la dependencia de cocaína, y la comorbilidad psiquiátrica.

En resumen, variables como la juventud al inicio del estudio, al inicio del consumo, ser mujer, se relacionan con el diagnóstico de TLP incrementando el riesgo. El riesgo de diagnóstico de TLP se incrementa también con niveles educativos superiores y situación de actividad laboral.

La dependencia de cocaína también incrementa el riesgo de diagnóstico de TLP. Por el contrario la dependencia de cannabis parece relacionarse con otros diagnósticos que no son el de TLP.

La comorbilidad psiquiátrica se relaciona con el diagnóstico de TLP incrementando el riesgo.

El pronóstico medido en función del alta terapéutica es peor que para otros grupos. En el grupo de TLP ocurre que tienen niveles educativos superiores y actividad laboral de modo más frecuente que en el resto de patologías y tienden a abandonar el centro cuando consideran conseguidos sus propios objetivos (abstinencia temprana).

5.4. GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL GRAVE –TRASTORNOS DE ANSIEDAD

5.4.1. Estudio de las variables cuantitativas

53 pacientes fueron diagnosticados de PDG con T. de ansiedad. La media de edad de inicio del consumo es de 22,25 años (ds: 8,755) significativamente mayor que en otros grupos ($p=0,041$) (dif. medias: 2,633) (IC95%: 0,113-5,154). Requieren menor número de ingresos hospitalarios ($p=0,030$) (dif. medias: -0,576) (IC95%: -1,096- -0,056) y menor número de ingresos en CT ($p=0,045$) (dif. medias: -0,483) (IC95%: -0,953- -0,010).

		PDG con T. De ansiedad	n	Media	Desviación típica.
Edad al inicio del estudio	sí		53	40,07	11,287
	no		272	37,74	8,666
Edad inicio consumo	sí		53	22,25	8,755
	no		272	19,62	6,262
Nº ingresos hospitalarios	sí		53	0,77	1,625
	no		272	1,35	2,263
Nº de ingresos en CT	sí		53	1,85	1,499
	no		272	2,33	1,948

	t	gl	Sig.	Dfcia. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	1,421	64,468	0,160	2,327	-0,943	5,597
Edad al inicio del consumo	2,088	62,762	0,041	2,633	0,113	5,154
Ingresos hospitalarios	-2,197	96,103	0,030	-0,576	-1,096	-0,056
Ingresos en C. Terapéutica	-2,030	89,996	0,045	-0,482	-0,953	-0,010

5.4.2. Estudio de las variables cualitativas

Tabla 58. Variables cualitativas para el grupo de PDG ⁸ con Trastornos de ansiedad					
		PDG con Trastornos de ansiedad			
		Sí T. De ansiedad		No T. De ansiedad	
		% del n total		% del n total	
		Recuento	de columna	Recuento	de columna
Género	hombre	41	77,4%	215	79,0%
	mujer	12	22,6%	57	21,0%
Nivel Estudios	sin estudios	9	17,0%	91	33,6%
	primaria /secundaria	40	75,5%	161	59,4%
	superiores	4	7,5%	19	7,0%
Situación laboral	activo	10	18,9%	37	13,6%
	ILT/ILP ⁹	17	32,1%	80	29,4%
	en paro	26	49,1%	155	57,0%
Dependencia de alcohol	sí	41	77,4%	160	58,8%
	no	12	22,6%	112	41,2%
Dependencia de tabaco	sí	37	69,8%	229	84,2%
	no	16	30,2%	43	15,8%
Dependencia de opiáceos	sí	15	28,3%	125	46,0%
	no	38	71,7%	147	54,0%
Dependencia de cannabis	sí	27	50,9%	141	51,8%
	no	26	49,1%	131	48,2%
Dependencia de cocaína	sí	38	71,7%	216	79,4%
	no	15	28,3%	56	20,6%
Dependencia de hipnosedantes	sí	20	37,7%	66	24,3%
	no	33	62,3%	206	75,7%
Policonsumo	sí	48	90,6%	259	95,2%
	no	5	9,4%	13	4,8%

⁸ Patología dual grave.

⁹ Incapacidad laboral temporal o permanente.

Tabla 59. Variables cualitativas para el grupos de PDG con Trastornos de ansiedad					
		PDG con Trastornos de ansiedad			
		Sí T. De ansiedad		No T. De ansiedad	
		% del N de la		% del N de la	
		Recuento	columna	Recuento	columna
Comorbilidad psiquiátrica	sí	42	79,2%	87	32,0%
	no	11	20,8%	185	68,0%
PDG Trastornos psicóticos	sí	5	9,4%	94	34,6%
	no	48	90,6%	178	65,4%
PDG Trastornos Afectivos	sí	22	41,5%	96	35,3%
	no	31	58,5%	176	64,7%
PDG T. Limite de personalidad	sí	7	13,2%	60	22,1%
	no	46	86,8%	212	77,9%
PDG Trastornos de ansiedad	sí	53	100,0%	0	,0%
	no	0	,0%	272	100,0%
PDG TDAH	sí	6	11,3%	41	15,1%
	no	47	88,7%	231	84,9%
PDG “Otras patologías”	sí	8	15,1%	21	7,7%
	no	45	84,9%	250	92,3%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro adicciones	31	58,5%	155	57,2%
	otros	22	41,5%	116	42,8%
Fallecimiento	sí	5	9,4%	9	3,3%
	no	48	90,6%	263	96,7%
Tipo de alta	voluntaria	20	37,7%	141	51,8%
	terapéutica	21	39,6%	75	27,6%
	disciplinaria	12	22,6%	56	20,6%
Alta terapéutica	terapéutica	21	39,6%	75	27,6%
	no terapéutica	32	60,4%	197	72,4%

Como se muestra en la tabla 60, aparecen diferencias significativas, para las siguientes variables: dependencia de alcohol, de tabaco, de opiáceos, de hipnosedantes y Trastornos psicóticos. Rozan la significación: el nivel de estudios, la presencia de comorbilidad psiquiátrica, el diagnóstico de “Otras patologías psiquiátricas” y el tipo de alta.

Tabla 60. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para PDG –T de ansiedad					
Género	Chi cuadrado	0,075	Comorbilidad psiquiátrica	Chi cuadrado	41,388
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,784		Sig.	<0,001
Nivel Estudios	Chi cuadrado	5,819	PDG T. Psicóticos	Chi cuadrado	13,219
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,055		Sig.	<0,001
Situación laboral	Chi cuadrado	1,456	PDG T. afectivos	Chi cuadrado	0,741
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,483		Sig.	0,389
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	6,458	PDG Trastorno límite de personalidad	Chi cuadrado	2,123
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,011		Sig.	0,145
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	6,173	PDG TDAH	Chi cuadrado	0,505
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,013		Sig.	0,477
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	5,638	PDG “Otras patologías”	Chi cuadrado	2,935
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,018		Sig.	0,087
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	0,014	Lugar del diagnóstico psiquiátrico	Chi cuadrado	0,030
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,905		Sig.	0,862
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	1,546	Fallecimiento	Chi cuadrado	4,037
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,214		Sig.	0,045
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	4,137	Alta terapéutica	Chi cuadrado	3,094
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,042		Sig.	0,079
Policonsumo	Chi cuadrado	1,837			
	gl	1			
	Sig.	0,175			

Los pacientes con PDG con Trastornos de ansiedad muestran menor número de individuos sin estudios ($p=0,055$). Hay mayor porcentaje de dependientes de alcohol ($p=0,011$) y de hipnosedantes ($p=0,042$), y menor de otras sustancias como opiáceos ($p=0,018$) y tabaco ($p=0,013$).

Presentan más frecuente comorbilidad psiquiátrica con T. afectivos y “Otras patologías graves” y menor con T. psicóticos ($p < 0,001$). Tienen mejor pronóstico de cumplimiento terapéutico que otros pacientes en función del alta terapéutica.

5.4.3. Regresión logística por razón de verosimilitud

		Frecuencia	Codificación de parámetros	
			(1)	(2)
Situación laboral	activo	47	1,000	0,000
	ILT/ILP	97	0,000	1,000
	en paro	181	0,000	0,000
Nivel Estudios	sin estudios	101	1,000	0,000
	primaria/secundaria	201	0,000	1,000
	superiores	23	0,000	0,000

Variables introducidas: edad, sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo, alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis cocaína, hipnosedantes, policonsumo, comorbilidad psiquiátrica.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-0,051	0,019	7,510	1	0,006	0,950	0,916	0,985
Estudios			4,824	2	0,090			
Estudios(1)	0,353	0,705	0,250	1	0,617	1,423	0,357	5,662
Estudios(2)	-0,550	0,635	0,750	1	0,387	0,577	0,166	2,004
Opiáceos	-0,775	0,368	0,036	1	0,036	0,461	0,224	0,949
Hipnosedantes	0,771	0,368	0,036	1	0,036	2,162	1,050	4,450
Comorbilidad	-2,093	0,380	0,000	1	<0,001	0,123	0,059	0,260
Constante	5,053	1,335	0,000	1	<0,001	156,528		

De las variables introducidas en la ecuación, resultan significativas la edad, la dependencia de opiáceos e hipnosedantes, y la comorbilidad psiquiátrica.

Por cada año mayor que es el paciente al inicio del estudio, la probabilidad de ser diagnosticado de T. de ansiedad se incrementa en 1,052 (IC 95%: 1,015-1,052) (p=0,06). Tener estudios primarios /secundarios respecto a no tener estudios incrementa 2,463 veces la probabilidad de pertenecer al grupo diagnóstico de PDG Trastorno de ansiedad grave, (IC95%: 1,075-5,65) (p=0,033) La dependencia de hipnosedantes incrementa el riesgo de diagnóstico de T. ansiedad en 2,162 (IC95%: 1,050-4,450) (p=0,036). La dependencia a opiáceos respecto a la no dependencia de esa sustancia disminuye la probabilidad de diagnóstico de T. de ansiedad 2,169 veces (IC95%: 1,053-4,464) (p=0,036). La comorbilidad psiquiátrica supone un riesgo 8,130 veces mayor de diagnóstico de T. de ansiedad (IC95%: 3,846-16,343) (p<0,001).

Tabla 63. Variables que no están en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
sexo	0,825	1	0,364
situación laboral	1,031	2	0,597
situación laboral(1)	1,028	1	0,311
situación laboral(2)	0,109	1	0,741
edad inicio consumo	1,469	1	0,226
alcohol	1,990	1	0,158
tabaco	1,181	1	0,277
cannabis	2,522	1	0,112
cocaína	0,063	1	0,801
policonsumo	0,188	1	0,664
Estadísticos globales	9,829	9	0,365

5.4.4. Consideraciones especiales para los pacientes del grupo de Patología Dual Grave con Trastornos de ansiedad graves

El grupo de pacientes con PDG con Trastornos de ansiedad graves está formado por 53 individuos que suponen el 16,30% del total.

Las variables que presentan diferencias significativas respecto al resto de los grupos son la mayor edad al inicio del consumo de sustancias, los ingresos hospitalarios y los ingresos en comunidad terapéutica, que son menores que en otros grupos.

Presentan mayor dependencia de alcohol y de hipnosedantes que otros grupos de PDG y menor de tabaco y de opiáceos.

Tras el análisis ajustado de las variables, se presentan diferencias en la edad, que incrementa el riesgo de diagnóstico de T. de ansiedad a medida que la edad aumenta (entendido como un aumento en la probabilidad de pertenecer a este grupo diagnóstico).

La dependencia de hipnosedantes también aumenta el riesgo de diagnóstico de PDG con T. de ansiedad, a la inversa que la dependencia de opiáceos.

Presentan mayor frecuencia de comorbilidad psiquiátrica, con Trastornos afectivos y “Otras patologías psiquiátricas” pero menor porcentaje de T. psicóticos.

Su pronóstico en función del alta terapéutica es mejor que en los pacientes sin diagnóstico de Trastornos de ansiedad graves.

5.5. GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL GRAVE –TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

5.5.1. Estudio de las variables cuantitativas

El grupo de pacientes diagnosticados de TDAH, está formado por 47 individuos, con una edad al inicio del estudio de 31,63 años (ds: 8,032); menor que en los otros grupos ($p < 0,001$) (IC95%: -10,313- -4,864) y significativamente menor al inicio del consumo de sustancias 17,80 años (ds: 4,369); ($p = 0,001$) (IC95%:-

4,218- -1,050) con menor número significativamente de ingresos hospitalarios, que es 0,55 de media (ds: 0,974); ($p < 0,001$) (IC95%: -1,212- -0,429).

	PDG con TDAH	n	Media	Desviación típ.
Edad al inicio del estudio	sí	47	31,63	8,032
	no	278	39,22	8,899
Edad inicio consumo	sí	47	17,80	4,639
	no	278	20,43	7,020
Nº ingresos hospitalarios	sí	47	0,55	0,974
	no	278	1,37	2,303
Nº de ingresos en CT	sí	47	2,02	1,635
	no	278	2,29	1,928

	t	gl	Sig.	Dfcia. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	-5,480	323	<0,001	-7,588	-10,313	-4,864
Edad al inicio del consumo	-3,305	86,364	0,001	-2,634	-4,218	-1,050
Ingresos hospitalarios	-4,143	151,618	<0,001	-0,821	-1,212	-0,429
Ingresos en C. Terapéutica	-0,907	323	0,365	-0,270	-0,856	0,316

5.5.2. Estudio de las variables cualitativas

En las tablas 66 y 67 se muestran los datos de las variables cualitativas del grupo PDG con TDAH, y en la tabla 68, la prueba de chi cuadrado de Pearson con sus valores de significación estadística.

Tabla 66. Variables cualitativas para el grupo de PDG ¹⁰ con TDAH					
		PDG con TDAH			
		Sí TDAH		No TDAH	
		% del n total		% del n total	
		Recuento	de columna	Recuento	de columna
Género	hombre	41	87,2%	215	77,3%
	mujer	6	12,8%	63	22,7%
Nivel Estudios	sin estudios	16	34,0%	84	30,3%
	primaria/secundaria	30	63,8%	171	61,7%
	superiores	1	2,1%	22	7,9%
Situación laboral	activo	12	25,5%	35	12,6%
	ILT/ILP ¹¹	8	17,0%	89	32,0%
	en paro	27	57,4%	154	55,4%
Dependencia de alcohol	sí	26	55,3%	175	62,9%
	no	21	44,7%	103	37,1%
Dependencia de tabaco	sí	43	91,5%	223	80,2%
	no	4	8,5%	55	19,8%
Dependencia de opiáceos	sí	18	38,3%	122	43,9%
	no	29	61,7%	156	56,1%
Dependencia de cannabis	sí	31	66,0%	137	49,3%
	no	16	34,0%	141	50,7%
Dependencia de cocaína	sí	41	87,2%	213	76,6%
	no	6	12,8%	65	23,4%
Dependencia de hipnosedantes	no	18	38,3%	68	24,5%
	sí	29	61,7%	210	75,5%
Policonsumo	sí	46	97,9%	261	93,9%
	no	1	2,1%	17	6,1%

¹⁰ Patología dual grave

¹¹ Incapacidad laboral temporal o permanente.

Tabla 67. Variables cualitativas para el grupo de PDG con TDAH					
		PDG con TDAH			
		Sí TDAH		No TDAH	
		% del n de la		% del n de la	
		Recuento	columna	Recuento	columna
Comorbilidad psiquiátrica	sí	33	70,2%	96	34,5%
	no	14	29,8%	182	65,5%
PDG Trastornos psicóticos	sí	3	6,4%	96	34,5%
	no	44	93,6%	182	65,5%
PDG Trastornos Afectivos	sí	10	21,3%	108	38,8%
	no	37	78,7%	170	61,2%
PDG T. Limite de personalidad	sí	13	27,7%	54	19,4%
	no	34	72,3%	224	80,6%
PDG Trastornos de ansiedad	sí	6	12,8%	47	16,9%
	no	41	87,2%	231	83,1%
Tipo de alta	voluntaria	18	38,3%	143	51,4%
	terapéutica	18	38,3%	78	28,1%
	disciplinaria	11	23,4%	57	20,5%
PDG "Otras patologías"	sí	2	4,3%	27	9,7%
	no	44	95,7%	251	90,3%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro adicciones	43	91,5%	143	51,6%
	otros	4	8,5%	134	48,4%
Fallecimiento	sí	1	2,1%	13	4,7%
	no	46	97,9%	265	95,3%
Alta terapéutica	terapéutica	18	38,3%	78	28,1%
	no terapéutica	29	61,7%	200	71,9%

Hay diferencias significativas para las siguientes variables: situación laboral, dependencia de tabaco, dependencia de cannabis, dependencia de hipnosedantes. También la comorbilidad psiquiátrica, con Trastornos afectivos, y con Trastornos psicóticos. Tienden a la significación el género y la dependencia de cocaína.

Tabla 68. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para PDG –TDAH					
Género	Chi cuadrado	2,354	Comorbilidad psiquiátrica	Chi cuadrado	21,382
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,125		Sig.	<0,001
Nivel Estudios	Chi cuadrado	2,122	PDG T. Afectivos	Chi cuadrado	5,368
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,346		Sig.	0,021
Situación laboral	Chi cuadrado	7,715	PDG T. límite de personalidad	Chi cuadrado	1,666
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,021		Sig.	0,197
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	0,992	PDG Trastornos de ansiedad	Chi cuadrado	0,505
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,319		Sig.	0,477
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	3,439	PDG T. psicóticos	Chi cuadrado	15,039
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,064		Sig.	<0,001
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	0,512	PDG “Otras patologías”	Chi cuadrado	1,394
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,474		Sig.	0,238
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	4,478	Lugar del diagnóstico psiquiátrico	Chi cuadrado	26,116
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,034		Sig.	<0,001
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	2,653	Fallecimiento	Chi cuadrado	0,633
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,103		Sig.	0,426
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	3,956	Alta terapéutica	Chi cuadrado	2,026
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,047		Sig.	0,155
Policonsumo	Chi cuadrado	1,222			
	gl	1			
	Sig.	0,269			

En general, en el grupo de pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) hay significativamente más varones que mujeres ($p=0,125$). Hay mayor porcentaje de individuos en situación laboral activa que entre los no diagnosticados de TDAH. Presentan mayor dependencia de tabaco ($p=0,064$), de cannabis ($p=0,034$) y de cocaína ($p=0,103$).

Tienen mayor dependencia de hipnosedantes ($p=0,047$). Presentan más comorbilidad psiquiátrica ($p<0,001$), pero menos Trastornos de tipo afectivo ($p=0,021$) o Psicosis ($p<0,001$)

5.5.3. Regresión logística por razón de verosimilitud

Tabla 69. Variables incluidas en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	0,113	0,023	23,349	1	<0,001	1,119	1,069	1,172
Tabaco	1,023	0,586	3,046	1	0,081	2,781	0,882	8,768
Comorbilidad	-1,656	0,367	20,331	1	<0,001	0,191	0,093	0,392
Constante	-2,430	0,999	5,914	1	0,015	0,088		

Variables introducidas en el análisis: edad, sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo, alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína, hipnosedantes, policonsumo, y comorbilidad psiquiátrica.

Tabla 70. Variables que no están en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
sexo	0,569	1	0,451
estudios	1,041	2	0,594
estudios(1)	0,734	1	0,391
estudios(2)	0,290	1	0,590
situación laboral	2,214	2	0,331
situación laboral(1)	2,107	1	0,147
situación laboral(2)	0,463	1	0,496
edad inicio consumo	0,513	1	0,474
alcohol	0,768	1	0,381
opiáceos	0,844	1	0,358
cannabis y derivados	0,178	1	0,673
cocaína	0,173	1	0,677
hipnosedantes	0,554	1	0,457
policonsumo	0,095	1	0,758
Estadísticos globales	7,356	12	0,833

Una vez realizado el ajuste de variables, se relacionan significativamente con el subgrupo de diagnosticados de TDAH, la edad al inicio del estudio, la dependencia de tabaco y la comorbilidad psiquiátrica.

Por cada año que pasa, disminuye el riesgo de tener diagnóstico de TDAH, (entendido como la probabilidad de ser diagnosticado en el grupo de TDAH) en 1,119 (IC95%: 1,069-1,172) ($p < 0,001$). La dependencia de tabaco frente a la no dependencia de esa sustancia incrementa el riesgo de tener diagnóstico de TDAH en 2,781 (IC95%: 0,882-8,768) ($p = 0,081$). La presencia de comorbilidad psiquiátrica frente a la no presencia, incrementa la probabilidad de tener diagnóstico de TDAH en 5,236 (IC95%: 2,551-10,752) ($p < 0,001$).

5.5.4. Consideraciones especiales para el grupo de Patología Dual Grave con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

47 pacientes fueron diagnosticados de PDG con TDAH. Son el 14,46% del total de la muestra. Las variables que presentan diferencias significativas respecto al resto de los grupos son la menor edad al inicio del estudio, edad más precoz para el inicio del consumo de sustancias, y menor número de ingresos hospitalarios. Hay menor número de mujeres en este grupo respecto a otros.

Presentan mayor dependencia de tabaco, de cannabis, de cocaína y de hipnosedantes que otros grupos de PDG.

Tienen más diagnóstico de comorbilidad, pero menos Trastornos afectivos y psicóticos. Su diagnóstico de TDAH se realiza más frecuentemente que otros en CT.

Tras el análisis ajustado de las variables, se presentan diferencias en la edad, que disminuye la probabilidad de ser diagnóstico de TDAH a medida que la edad aumenta.

Tanto la dependencia de tabaco como la presencia de comorbilidad psiquiátrica, aumentan la probabilidad de ser diagnosticado de TDAH frente a otros.

5.6. GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL GRAVE- “OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS”

5.6.1. Estudio de las variables cuantitativas

Tabla 71. Estadísticos de grupo para PDG con “Otras patologías psiquiátricas”				
	PDG con “Otras patologías”	n	Media	Desviación típ.
Edad al inicio del estudio	sí	29	38,91	10,094
	no	278	38,10	9,042
Edad inicio consumo	sí	29	19,09	6,033
	no	278	20,16	6,861
Nº ingresos hospitalarios	sí	29	1,34	2,454
	no	278	1,25	2,158
Nº de ingresos en CT	sí	29	2,10	1,698
	no	278	2,27	1,910

Tabla 72. Prueba T de Student. Diferencia de medias y significación estadística de variables cuantitativas para PDG con TDAH						
	t	gl	Sig.	Dficia. de medias	IC95% Inferior	IC95% Superior
Edad al inicio del estudio	0,489	323	0,625	0,873	-2,639	4,386
Edad al inicio del consumo	-0,802	323	0,423	-1,059	-3,658	1,540
Ingresos hospitalarios	0,231	323	0,817	0,098	-0,738	0,934
Ingresos en C. Terapéutica	-0,444	323	0,657	-0,163	-0,887	0,560

Ninguna de las variables presenta diferencias significativas, quizá por ser un grupo de pacientes poco prevalente y muy heterogéneo, ya que agrupa Trastornos orgánicos, Anorexia y Bulimia.

5.6.2. Estudio de las variables cualitativas

Tabla 73. Variables cualitativas para el grupo de PDG ¹² con “Otras patologías”					
		PDG con “Otras patologías”			
		Sí “Otras patologías”		No “Otras patologías”	
		% del n total		% del n total	
		Recuento	de columna	Recuento	de columna
Género	hombre	16	55,2%	239	81,0%
	mujer	13	44,8%	56	19,0%
Nivel Estudios	sin estudios	9	31,0%	91	31,0%
	primaria/secundaria	19	65,5%	181	61,6%
	superiores	1	3,4%	22	7,5%
Situación laboral	activo	8	27,6%	38	12,9%
	ILT/ILP ¹³	7	24,1%	90	30,5%
	en paro	14	48,3%	167	56,6%
Dependencia de alcohol	sí	17	58,6%	184	62,4%
	no	12	41,4%	111	37,6%
Dependencia de tabaco	sí	19	65,5%	246	83,4%
	no	10	34,5%	49	16,6%
Dependencia de opiáceos	sí	7	24,1%	133	45,1%
	no	22	75,9%	162	54,9%
Dependencia de cannabis	sí	11	37,9%	156	52,9%
	no	18	62,1%	139	47,1%
Dependencia de cocaína	Sí	21	72,4%	232	78,6%
	no	8	27,6%	63	21,4%
Dependencia de hipnosedantes	sí	5	17,2%	81	27,5%
	no	24	82,8%	214	72,5%
Policonsumo	sí	23	79,3%	284	95,9%
	no	6	20,7%	12	4,1%

¹² Patología dual grave.

¹³ Incapacidad laboral temporal o permanente.

Tabla 74. Variables cualitativas para el grupo de PDG con "Otras patologías"					
		PDG con "Otras patologías"			
		Sí "Otras patologías"		No "Otras patologías"	
		% del n de la		% del n de la	
		Recuento	columna	Recuento	columna
Comorbilidad psiquiátrica	sí	24	82,8%	105	35,5%
	no	5	17,2%	191	64,5%
PDG Trastornos psicóticos	sí	6	20,7%	93	31,4%
	no	23	79,3%	203	68,6%
PDG Trastornos Afectivos	sí	8	27,6%	110	37,2%
	no	21	72,4%	186	62,8%
PDG T. Limite de personalidad	sí	7	24,1%	60	20,3%
	no	22	75,9%	236	79,7%
PDG Trastornos de ansiedad	sí	8	27,6%	45	15,3%
	no	21	72,4%	250	84,7%
Tipo de alta	voluntaria	10	34,5%	150	50,8%
	terapéutica	11	37,9%	85	28,8%
	disciplinaria	8	27,6%	60	20,3%
PDG "Otras patologías"	sí	29	100,0%	0	0,0%
	no	0	0,0%	295	100,0%
Lugar diagnóstico psiquiátrico	centro adicciones	13	44,8%	172	58,5%
	otros	16	55,2%	122	41,5%
Fallecimiento	sí	0	0,0%	14	4,7%
	no	29	100,0%	281	95,3%
Alta terapéutica	terapéutica	11	37,9%	85	28,8%
	no terapéutica	18	62,1%	210	71,2%

Tabla 75. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para PDG –“Otras patologías”					
Género	Chi cuadrado	10,522	Comorbilidad psiquiátrica	Chi cuadrado	24,671
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,001		Sig.	<0,001
Nivel Estudios	Chi cuadrado	0,670	PDG T. Afectivos	Chi cuadrado	1,047
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,715		Sig.	0,306
Situación laboral	Chi cuadrado	4,708	PDG T. límite de personalidad	Chi cuadrado	0,241
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,095		Sig.	0,623
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	0,158	PDG Trastornos de ansiedad	Chi cuadrado	2,935
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,691		Sig.	0,087
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	5,663	PDG T. psicóticos	Chi cuadrado	1,435
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,017		Sig.	0,231
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	4,721	TDAH	Chi cuadrado	1,394
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,030		Sig.	0,238
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	2,363	Lugar del diagnóstico psiquiátrico	Chi cuadrado	2,017
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,124		Sig.	0,155
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	0,599	Fallecimiento	Chi cuadrado	1,438
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,439		Sig.	0,230
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	1,413	Alta terapéutica	Chi cuadrado	1,438
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,234		Sig.	0,230
Policonsumo	Chi cuadrado	13,971			
	gl	1			
	Sig.	<0,001			

Se han encontrado diferencias significativas para las siguientes variables: género, dependencia de tabaco, dependencia de opiáceos, policonsumo, y comorbilidad psiquiátrica. Hay indicios de significación para situación laboral y comorbilidad con Trastornos de ansiedad.

El grupo de PDG con “Otras patologías psiquiátricas”, está formado por más mujeres ($p=0,001$) y hay más personas trabajando ($p=0,095$). Son menores las dependencias de tabaco ($p=0,017$), de opiáceos ($p=0,030$) y menos policonsumo ($p<0,001$). Presentan mayor frecuencia de comorbilidad psiquiátrica ($p<0,001$) y hay mayor número de diagnósticos de T. de ansiedad.

5.6.3. Regresión logística por razón de verosimilitud

Variables introducidas en el análisis de regresión: edad, sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo, alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis cocaína, hipnosedantes, policonsumo, comorbilidad psiquiátrica.

Tabla 76. Variables incluidas en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo	-1,280	0,462	7,684	1	0,006	0,278	0,113	0,687
Edad inicio consumo	0,058	0,033	2,989	1	0,084	1,060	0,992	1,131
Policonsumo	1,694	0,638	7,036	1	0,008	5,439	1,556	19,011
Comorbilidad	-2,249	0,528	18,119	1	0,000	0,105	0,037	0,297
Constante	2,747	1,098	6,254	1	0,012	15,595		

Ser mujer supone un riesgo de tener diagnóstico de otras patologías de 3,597 (IC 95%: 1,456-8,85). Por cada año que se atrasa el inicio en el consumo de sustancias la probabilidad de ser diagnosticado en el grupo de Otras patologías graves disminuye en 1,060 (IC 95%: 0,992-1,131). La presencia de comorbilidad psiquiátrica incrementa el riesgo de tener diagnóstico de “Otras patologías” en 9,524 (IC95%: 3,361-21,021). Por el contrario, la presencia de policonsumo disminuye la probabilidad de ser diagnosticado dentro del grupo de “Otras patologías” en 5,439 (IC 95%:1,556-19,011).

Tabla 77. Variables que no están en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
edad	0,058	1	0,810
estudios	2,885	2	0,236
estudios(1)	0,175	1	0,676
estudios(2)	0,314	1	0,575
situación laboral	1,874	2	0,392
situación laboral(1)	1,870	1	0,171
situación laboral(2)	0,224	1	0,636
alcohol	0,442	1	0,506
tabaco	0,120	1	0,729
opiáceos	0,998	1	0,318
cannabis y derivados	0,200	1	0,655
cocaína	0,360	1	0,549
hipnosedantes	2,080	1	0,149
Estadísticos globales	10,089	12	0,608

5.6.4. Consideraciones especiales para el grupo de Patología Dual Grave con “Otras patologías psiquiátricas”

El grupo de pacientes con PDG-“Otras patologías” es un conjunto pequeño con sólo 29 individuos, lo que supone el 8,9% del total y que engloba diferentes trastornos como los Trastornos de conducta alimentaria y los Trastornos orgánicos.

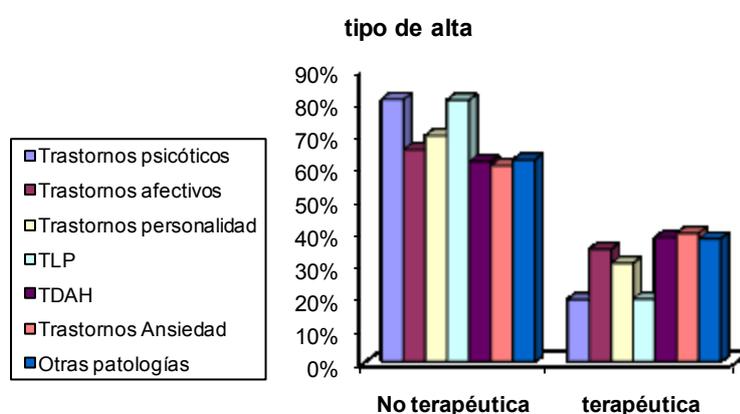
Tras el ajuste de variables se encuentra que la presencia de mujeres es elevada, presentan menor policonsumo que otros grupos, y mayor porcentaje de comorbilidad psiquiátrica sobre todo con Trastornos de ansiedad.

La probabilidad de diagnóstico en el grupo de “Otras patologías graves” disminuye a medida que aumenta la edad de inicio del consumo de sustancias.

6. ESTUDIO DEL PRONÓSTICO SEGÚN EL TIPO DE ALTA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En este apartado estudiamos el comportamiento de los grupos de pacientes con PDG analizando las variables que determinan el tipo de alta recibida en la Comunidad Terapéutica, lo que condiciona el pronóstico. Se ha dividido el alta en terapéutica y no terapéutica. En la descriptiva general del estudio para los 325 pacientes, se obtiene que el 29,5% de la muestra recibió alta terapéutica.

Figura 6. Tipo de alta por subgrupos de trastorno mental



6.1. Estudio de las variables cuantitativas para el tipo de alta

229 pacientes, el 70,5% de la muestra de estudio, abandonaron con alta no terapéutica la CT "Hacienda de Toros" con una media de edad al inicio del estudio de 38,16 años (ds: 8,703). Los 96 pacientes que recibieron alta terapéutica (PDG-alta terapéutica)¹⁴ tenían 38,01 años de media al inicio del estudio (ds: 10,232). El grupo de individuos con alta no terapéutica, (PDG-alta no terapéutica)¹⁵ inició su consumo de sustancias a los 19,59 años de media (ds: 6,163) y el grupo del alta terapéutica a la edad media de 21,15 años (ds: 8,010). El número de ingresos hospitalarios fue menor significativamente entre el grupo PDG-alta terapéutica siendo 0,90 (ds: 1,395) ($p=0,018$). Para el grupo de pacientes PDG-alta no terapéutica los ingresos hospitalarios fueron 1,41 de media (ds: 2,422).

¹⁴ Pacientes de la muestra que recibieron alta terapéutica

¹⁵ Pacientes de la muestra que recibieron alta no terapéutica

Los ingresos en CT también fueron significativamente menores, de media 1,92 (ds: 1,540) ($p=0,021$) en el grupo PDG-alta terapéutica, frente a los 2,39 ingresos en CT (ds: 2,003) del grupo PDG-alta no terapéutica.

	Tipo de alta	n	Media	Desviación típica
Edad al inicio del estudio	No terapéutica	229	38,16	8,703
	Terapéutica	96	38,01	10,232
Edad inicio consumo	No terapéutica	229	19,59	6,163
	Terapéutica	96	21,15	8,010
Nº ingresos hospitalarios	No terapéutica	229	1,41	2,422
	Terapéutica	96	0,90	1,395
Nº de ingresos en CT	No terapéutica	229	2,39	2,003
	Terapéutica	96	1,92	1,540

	t	gl	Sig.	Dif de medias	I.C. 95%	
					Inferior	Superior
Edad al inicio de estudio	0,129	155,406	0,898	0,153	-2,202	2,508
Edad inicio consumo	-1,702	144,289	0,091	-1,554	-3,359	0,251
Ingresos hospitalarios	2,382	292,250	0,018	0,510	0,089	0,932
Ingresos en CT	2,318	229,413	0,021	0,476	0,071	0,881

6.2. Estudio de las variables cualitativas para el tipo de alta

Para establecer las diferencias en las variables cualitativas, se realiza la prueba de chi cuadrado de Pearson que se muestra en la tabla 81, considerándose significativos los valores estadísticos para $p<0,05$.

Tabla 80. Variables cualitativas para el Tipo de alta					
		Tipo de alta			
		No terapéutica		Terapéutica	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
Género	Hombre	187	73,0%	69	27,0%
	Mujer	42	60,9%	27	39,1%
Nivel Estudios	Sin estudios	81	80,2%	20	19,8%
	Primaria/Secundaria	135	67,2%	66	32,8%
	Superiores	13	56,5%	10	43,5%
Situación laboral	Activo	33	70,2%	14	29,8%
	ILT/ILP	64	66,0%	33	34,0%
	En paro	132	72,9%	49	27,1%
Dependencia de alcohol	Sí	144	71,6%	57	28,4%
	No	85	68,5%	39	31,5%
Dependencia de tabaco	Sí	193	72,6%	73	27,4%
	No	36	61,0%	23	39,0%
Dependencia de opiáceos	Sí	108	77,1%	32	22,9%
	No	121	65,4%	64	34,6%
Dependencia de cannabis	Sí	119	70,8%	49	29,2%
	No	110	70,1%	47	29,9%
Dependencia de cocaína	Sí	183	72,0%	71	28,0%
	No	46	64,8%	25	35,2%
Dependencia de hipnosedantes	Sí	63	73,3%	23	26,7%
	No	166	69,5%	73	30,5%
Policonsumo	No	8	44,4%	10	55,6%
	Sí	221	72,0%	86	28,0%
Comorbilidad	No	142	72,4%	54	27,6%
	Sí	87	67,4%	42	32,6%
PDG T. psicóticos	No Psicosis	149	65,9%	77	34,1%
	Psicosis	80	80,8%	19	19,2%
PDG T. Afectivos	No	152	73,4%	55	26,6%
	Sí	77	65,3%	41	34,7%
PDGT. límite de personalidad	No TLP	175	67,8%	83	32,2%
	TLP	54	80,6%	13	19,4%
TDAH	Sí	29	61,7%	18	38,3%
	No	200	71,9%	78	28,1%
Trastornos de ansiedad	Sí	32	60,4%	21	39,6%
	No	197	72,4%	75	27,6%
Otras patologías	Sí	18	62,1%	11	37,9%
	No	211	71,3%	85	28,7%

Tabla 81. Pruebas de chi -cuadrado de pearson para el tipo de alta					
Género	Chi cuadrado	3,872	Policonsumo	Chi cuadrado	6,197
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,049		Sig.	0,013
Nivel Estudios	Chi cuadrado	7,798	Comorbilidad	Chi cuadrado	0,937
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,020		Sig.	0,333
Situación laboral	Chi cuadrado	1,467	PDG T. psicóticos	Chi cuadrado	7,323
	gl	2		gl	1
	Sig.	0,480		Sig.	0,007
Dependencia de alcohol	Chi cuadrado	0,353	PDG Trastornos afectivos	Chi cuadrado	2,414
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,553		Sig.	0,120
Dependencia de tabaco	Chi cuadrado	3,089	PDG T. límite de personalidad	Chi cuadrado	4,166
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,079		Sig.	0,041
Dependencia de opiáceos	Chi cuadrado	5,275	PDG TDAH	Chi cuadrado	2,026
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,022		Sig.	0,155
Dependencia de cannabis	Chi cuadrado	0,023	PDG T. de ansiedad	Chi cuadrado	3,094
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,879		Sig.	0,079
Dependencia de cocaína	Chi cuadrado	1,405	PDG Otras patologías	Chi cuadrado	1,078
	gl	1		gl	1
	Sig.	0,236		Sig.	0,299
Dependencia de hipnosedantes	Chi cuadrado	0,439			
	gl	1			
	Sig.	0,508			

Se encuentran diferencias significativas para las siguientes variables: género, nivel de estudios, dependencia de opiáceos, policonsumo, Trastornos psicóticos y Trastorno límite de personalidad.

Para la variable género ($p=0,049$), el porcentaje de mujeres que reciben alta terapéutica (39,1%) es mayor que el de hombres (27,0%).

A mayor nivel de estudios, mayor porcentaje de alta terapéutica ($p=0,020$). En los pacientes con estudios superiores este porcentaje es del 43,5% frente al 32,8% en primarios /secundarios y solo el 19,8% en los pacientes sin estudios. Los dependientes de opiáceos tienen peor pronóstico con el 22,9% de alta terapéutica, que los que no son dependientes de esta sustancia que recibieron alta terapéutica en el 34,6% de los casos ($p=0,022$). El policonsumo disminuye el porcentaje de alta terapéutica (28,0%) frente a los que no son “policonsumidores” (55,6%) ($p=0,013$). Para PDG con Trastornos psicóticos la frecuencia de alta terapéutica es menor (19,2%) que en los pacientes no diagnosticados de Psicosis (34,1%) ($p=0,007$). Los pacientes con T. límite de personalidad reciben alta terapéutica en porcentaje menor (19,4%) frente al 32,2% de los que no lo padecen. ($p=0,041$).

6.3. Regresión logística por razón de verosimilitud. Variables que condicionan el tipo de alta

Para ver qué variables influyen en el tipo de alta, las variables introducidas en la ecuación han sido: edad, sexo, estudios, situación laboral, edad de inicio del consumo, dependencia de alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis, cocaína, hipnosedantes, policonsumo, PDG con Trastornos psicóticos, PDG con Trastornos afectivos, PDG con Trastorno límite de personalidad, TDAH, PDG con Trastornos de ansiedad, PDG con “Otras patologías”, y comorbilidad psiquiátrica.

De todas las variables introducidas en la ecuación, han resultado significativas las que se muestran en la tabla 82: edad al inicio del estudio, nivel de estudios del paciente, policonsumo, presencia de diagnóstico de PDG con Trastorno psicótico y presencia de diagnóstico de PDG con Trastorno límite de personalidad.

Tabla 82. Variables incluidas en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-0,030	0,015	3,861	1	0,049	0,971	0,943	1,000
Estudios			8,343	2	0,015			
Estudios(1)	0,702	0,306	5,252	1	0,022	2,017	1,107	3,676
Estudios(2)	1,390	0,540	6,625	1	0,010	4,015	1,393	11,571
Policonsumo	-1,466	0,543	7,297	1	0,007	0,231	0,080	0,669
PDG T. psicóticos	-0,892	0,311	8,224	1	0,004	0,410	0,223	0,754
PDG T. límite	-1,137	0,370	9,452	1	0,002	0,321	0,155	0,662
Constante	3,527	1,176	8,996	1	0,003	34,035		

Para la edad de inicio del estudio, a medida que aumenta esta edad, disminuye la probabilidad de alta terapéutica 1,02 veces (IC95%: 1,000-1,060) ($p=0,049$).

El nivel de estudios aumenta la probabilidad de alta terapéutica 2,017 veces en estudios primarios /secundarios frente a no tener estudios. (IC95%: 1,107-3,676) ($p=0,022$). Para los estudios superiores la probabilidad de alta terapéutica aumenta 4,015 veces frente a no tener estudios (IC 95%: 1,393-11,571) ($p=0,010$).

El policonsumo disminuye la probabilidad de alta terapéutica 4,329 veces (IC95%: 1,495-12,500) ($p=0,007$).

La presencia de diagnóstico de Trastorno psicótico disminuye la probabilidad de alta terapéutica 2,439 veces (IC 95%: 1,326-4,484) ($p=0,004$) frente a no tener ese diagnóstico.

El diagnóstico de Trastorno límite de personalidad disminuye la probabilidad de alta terapéutica 3,115 veces (IC95%: 1,510-6,451) ($p=0,002$).

Tabla 83. Variables que no están en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
sexo	1,345	1	0,246
situación laboral	1,070	2	0,586
situación laboral(1)	0,908	1	0,341
situación laboral(2)	0,944	1	0,331
edad inicio consumo	1,903	1	0,168
alcohol	1,297	1	0,255
tabaco	0,723	1	0,395
opiáceos	1,360	1	0,243
cannabis	0,087	1	0,769
cocaína	0,290	1	0,590
hipnosedantes	0,379	1	0,538
PDG T. afectivos	0,187	1	0,665
TDAH	0,681	1	0,409
T. ansiedad	0,391	1	0,532
Otras patologías	0,230	1	0,632
comorbilidad	1,074	1	0,300
Estadísticos globales	10,229	15	0,805

6.4. Consideraciones especiales para las variables que condicionan la respuesta al tratamiento medida por el tipo de alta

El género condiciona el tipo de alta, encontrándose mayores niveles de alta terapéutica para las mujeres.

El mayor nivel de estudios incrementa también el mejor pronóstico entendido como mayor porcentaje de alta terapéutica en individuos con estudios superiores.

La edad más tardía al inicio del estudio disminuye el tipo de alta terapéutica.

Del mismo modo, el policonsumo, el diagnóstico de Trastornos psicóticos y el Trastorno límite de personalidad se relacionan con peores resultados obteniéndose menores porcentajes de altas terapéuticas.

VI. DISCUSIÓN

1. LIMITACIONES, PUNTOS FUERTES Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DEL ESTUDIO

La posibilidad de generalizar y extrapolar los resultados extraídos del presente estudio al conjunto de pacientes dependientes de sustancias con Patología Dual Grave, requiere la representatividad de esta población en la muestra analizada. Sin embargo se han encontrado algunas dificultades que parece adecuado mencionar, debido a las especiales características del estudio.

El hecho de realizar el trabajo en una unidad específica le confiere características particulares que pueden hacer poco probable la comparación con otras muestras. Por otra parte, existen dificultades añadidas debido a la escasa homogeneidad, en general, de los criterios empleados para caracterizar este tipo de muestras. En el presente trabajo no existe un grupo control, lo cual podría considerarse una limitación, si bien es cierto que dado su diseño, existe una comparación entre cada submuestra con el total. Presenta este estudio una limitación más: no ha sido posible caracterizar para la extrapolación el conjunto de la muestra de todos los pacientes ingresados en CT por trastornos relacionados con el uso de sustancias (sólo se considera la submuestra con PDG). Hubiera sido deseable, por otra parte, incorporar al análisis alguna otra variable que permitiera profundizar en otros aspectos importantes para la PDG, como el de los antecedentes familiares y personales. Igualmente se hubiera beneficiado de una mayor fiabilidad en la recogida de los datos clínicos (aun a pesar de los esfuerzos de esta investigación, siempre quedan dudas en algunas variables sobre la validez de contenido recogido, lo que es un mal compartido con otros estudios). De haber podido recoger las variables temporales en formato fecha, un análisis de supervivencia habría dado más interés a la investigación, habiendo reportado unos datos de evolución en tratamiento más ajustados a la realidad. Algunos subgrupos de PDG, por su menor prevalencia, han quedado peor definidos y los hallazgos relacionados con ellos pudieran ser cuestionables.

Entre los puntos fuertes del estudio, destaca un tamaño muestral que puede considerarse suficiente en relación a las hipótesis propuestas y a la cantidad de variables estudiadas. Por otra parte el estudio se ha llevado a cabo en un recurso de adicciones muy especializado tanto para el tratamiento de dependencias de sustancias como para el abordaje terapéutico de los pacientes con TUS y trastornos

mentales comórbidos, con una unidad psiquiátrica integrada en la propia CT. Un mismo psiquiatra ha caracterizado toda la muestra, lo que incrementa la fiabilidad. Es destacable que el estudio se haya realizado en un dilatado periodo de tiempo, a lo largo de 9 años. Los análisis ofrecidos por diferentes publicaciones consultadas suelen limitarse generalmente a periodos más cortos de tiempo. Se considera un punto fuerte el análisis de la comorbilidad y de la politoxicomanía, frente a otros estudios. Uno de los esfuerzos más destacados y que diferencian este estudio es el empleo de criterios estrictos, bien definidos, reproducibles y fiables para clasificar y caracterizar la muestra.

Es importante reseñar que la literatura científica sobre Patología Dual no es concluyente y ofrece gran diversidad en los resultados. Los estudios epidemiológicos presentan datos contradictorios en la identificación de casos de comorbilidad para una misma población dependiendo del tipo de centro y del perfil de los drogodependientes. Van a variar también en función del tipo de criterio o herramienta de diagnóstico utilizado, y de la metodología del estudio²⁰⁴. Salvo excepciones, ante la ausencia de criterios homogéneos para caracterizar las muestras, es poco probable que los resultados sean altamente comparables. No abundan los trabajos paralelos realizados en comunidades terapéuticas andaluzas, ni siquiera españolas, para el conjunto de las psicopatologías analizadas en el presente estudio. Generalmente los trabajos publicados se centran en el análisis de una sola sustancia o de un solo trastorno mental y no establecen el concepto de Patología Dual Grave, sino genéricamente PD.

Respecto a las sustancias es esencial aclarar que este estudio se asienta sobre criterios estrictos habiéndose tenido en cuenta los de dependencia según CIE-10 y DSM-IV-TR, en tanto que los informes consultados como el OEDT 2009⁸, cuyos resultados se refieren al año 2007, PASDA 2009²⁰⁵, con los datos de ese año, y OED 2009²⁰⁶, publican los datos de consumo sin especificar si son de abuso o dependencia. En cuanto a los trastornos mentales graves estudiados, en el PISMA 2008-2012⁷⁶ la consideración de patología mental es amplia y no distingue entre la gravedad de los trastornos. En el presente trabajo se han aplicado también criterios restrictivos en cuanto a la gravedad de las patologías mentales, como se puso de manifiesto en la exposición metodológica.

En un primer paso se determina la prevalencia de Patología Dual Grave en la muestra de estudio. El número de pacientes con algún trastorno por uso de sustancias admitidos a tratamiento de desintoxicación y rehabilitación de la Comunidad Terapéutica en el periodo de estudio es de 805 personas, de las cuales 325 han sido diagnosticadas de algún tipo de patología psiquiátrica grave (Patología Dual Grave). La prevalencia es 0,4037; esta cifra indica que el 40,37% de los pacientes con trastornos por uso de sustancias de la muestra padecen uno o más trastornos psiquiátricos comórbidos graves. Los resultados de prevalencia hallados en otros estudios son dispares. El estudio de referencia ECA⁹⁷, analizó una muestra comunitaria muy amplia, de más de 20.000 personas en cinco ciudades de EEUU, incluyendo muestras de prisiones, comunidades terapéuticas, hospitales psiquiátricos y residencias, utilizando un diagrama de flujo para comprobar que los síntomas psiquiátricos no eran debidos al abuso de alcohol o drogas; (fue el primer estudio que diferenció entre trastornos psiquiátricos independientes e inducidos por drogas). Según este estudio un 36,6% de las personas con alcoholismo y un 53,1% de las personas con otras drogodependencias presentaron además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. Un estudio sobre muestras clínicas²⁰⁷ de 1997 en 77 pacientes de salud mental y 73 pacientes de unidades de desintoxicación, encontró prevalencias del 60,0% y 67,0% en Patología Dual respectivamente aunque no se diferenció en cuanto a la gravedad de la misma. En el estudio de Vergara-Moragues¹⁹⁸ sobre 218 pacientes ingresados en comunidades terapéuticas de Andalucía la prevalencia de comorbilidad psicopatológica es del 68,0%. En 2009 se realizó un estudio de prevalencia de PD en Madrid²⁰⁸ por parte de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) sobre 837 individuos atendidos en centros de drogodependencias y salud mental encontrando que la prevalencia de PD fue del 51,7%. Otro estudio²⁰⁹ en población penitenciaria encontró el 78,75% de prevalencia en una muestra de 149 internos. En un estudio sobre pacientes hospitalizados²¹⁰, los resultados fueron del 24,9% exceptuando la nicotina.

En resumen, en la mayor parte de los estudios consultados sobre muestras clínicas, la prevalencia es mayor que la obtenida en la muestra a estudio. Ello puede ser debido a la utilización de criterios más amplios a la hora de evaluar la gravedad de las patologías psiquiátricas incluyendo por ejemplo, cuadros clínicos de ansiedad y depresión leves aquí excluidos. La especificidad del concepto de PDG que se ha manejado a lo largo de este trabajo, sitúa la prevalencia en un valor inferior. Precisamente en este extremo reside una de las características

diferenciales de este estudio. Otra posible explicación es la mencionada especificidad del recurso, frente a otros estudios con grupos muestrales más amplios y más diversificados en los tipos de centro de asistencia.

2. PERFIL GENERAL DE LA MUESTRA

En la muestra a estudio el 78,8% de los pacientes son hombres frente al 21,2% de mujeres. Estos datos se aproximan a los obtenidos en 2002²⁰⁰ en los pacientes atendidos en todos los recursos de adicciones del Ayuntamiento de Marbella (83,2% hombres y 16,3% mujeres). Son también coincidentes con los referidos por el Observatorio Español sobre Drogas en 2009²⁰⁶ (84,1% hombres frente al 15,9% de mujeres). En el análisis por género del informe sobre el *“Indicador Admisiones a Tratamiento en Andalucía 2009”*²⁰⁵ del Observatorio Andaluz sobre Drogas, los resultados se aproximan con el 82,8% de hombres y el 17,2% de mujeres. En el estudio en comunidades terapéuticas andaluzas¹⁹⁸, el 73,1% de ellos fueron hombres y el 26,9%, mujeres. En el conjunto de Andalucía, el porcentaje representado por las mujeres en el total de admisiones a tratamiento cada año se encuentra prácticamente estable desde 2003. Esta estabilidad contrasta con el incremento del porcentaje de mujeres detectado en otros indicadores relacionados con el consumo de sustancias (encuestas poblacionales de prevalencias de consumo), y con el consumo problemático (Indicador Urgencias relacionadas con el consumo de drogas). Este dato podría estar indicando que existen factores que inhiben la demanda de tratamiento por parte de las mujeres afectadas por problemas de drogas o adicciones. Sería necesario realizar estudios específicos que aborden este aspecto en los próximos años para poder contrastar dicha hipótesis.

En el conjunto de España²⁰⁶ excepto en el caso de los hipnosedantes (tranquilizantes y /o somníferos), la extensión del uso de drogas en la población de 15 a 64 años fue mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres, especialmente en el caso de las drogas ilegales donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que entre las mujeres. Destacan las diferencias en el uso de cannabis (13,6% en hombres y 6,6% en mujeres) y de cocaína (4,4% en hombres y 1,5% en mujeres). En cuanto a las drogas de comercio legal, la prevalencia de consumo es también mayor entre los hombres. Por otra

parte, la drogodependencia parece ser percibida como una enfermedad más estigmatizante a nivel social para las mujeres que para los hombres, posiblemente debido a factores educacionales, produciéndose menos admisiones a tratamiento en mujeres. La menor representación en el colectivo de toxicómanos y en los estudios sobre el tema²¹¹ puede estar señalando las dificultades de acceso a los servicios asistenciales por parte de las mujeres drogodependientes. Utilizan menos los servicios de atención que los hombres, lo que dificulta la adecuada evaluación e intervención. A pesar de ello se observa un cambio en la tendencia en el tiempo que constata el número creciente de mujeres que demandan tratamiento.

La media de edad en el inicio del consumo de drogas, según los datos del informe del Observatorio Español de Drogas de 2009²⁰⁶, se sitúa en los 20,78 años, cifra muy similar a la encontrada en la presente investigación: 20,05 años (ds: 6,786) La media de edad al inicio del estudio es de 38,12 años; (ds: 9,165). En los datos del OED 2009²⁰⁶ la edad media de los pacientes admitidos a tratamiento por drogodependencias era de 35,5 años. En el estudio¹⁹⁸ en comunidades terapéuticas de Andalucía en 2010, la media de edad de los pacientes fue de 36,59 años, (ds: 8,17) Esta leve diferencia de años al inicio del estudio podría deberse a la especificidad del recurso general, la CT, donde los pacientes llegan habitualmente tras haber probado otras alternativas terapéuticas de todo tipo, que incluyen tratamientos de drogodependencias de modo ambulatorio, en régimen de internamiento o mixto.

Sólo el 7,1% de los pacientes ingresados en Comunidad Terapéutica tienen estudios superiores. Este hecho hace difícil su inserción laboral en empleos medianamente cualificados, y explicaría que sólo el 14,5% mantiene una actividad remunerada habitual, en tanto que el porcentaje de parados alcanza el 55,7%, y el 29,8 % se encuentra de baja laboral temporal o definitiva.

En el conjunto de la población de Marbella, el 23,0% de los habitantes, que son 134.623 en 2009, no tiene estudios. El 68,19% los tienen primarios o secundarios. El 8,90% son diplomados o licenciados universitarios²¹² y la tasa de paro se encuentra en el 25,35%²¹³. En el informe del Observatorio Español de Drogas de 2009²⁰⁶, el porcentaje de personas sin estudios es el 1,5%; primarios /secundarios el 94,8%; universitarios el 3,0%; el 38,5% se encontraban trabajando y parados el 7,4%. Debe tenerse en cuenta que estos datos se refieren a un único año. En el trabajo de Vergara-Moragues¹⁹⁸, un 18,7% de los participantes estaba

trabajando, frente a un 64,4% que se encontraba en situación de desempleo antes de su ingreso en CT. Resulta lógico que sean los pacientes ingresados en Comunidad Terapéutica los que posean una menor cualificación profesional, puesto que teóricamente son los que poseen un menor ajuste social y familiar en general. Se constata de este modo la relación entre el bajo nivel de estudios y la situación social desfavorecida.

El 84,6% de la muestra estudiada presenta policonsumo, si excluimos el tabaco. Este patrón de policonsumo se repite en otros estudios^{214,215,216,217} con cifras variables según el tipo de dispositivo. En una muestra²¹⁸ compuesta por 47 pacientes que realizaron tratamiento en la Unidad de Deshabitación Residencial “Balsa Blanca” el porcentaje de policonsumo encontrado fue del 85,1%, dato que coincide con el de la presente investigación, para un recurso semejante.

Son dependientes de tabaco el 81,8% de los pacientes de la Comunidad Terapéutica y dependientes de alcohol el 61,8%. El 43,1% de los pacientes son dependientes de opiáceos (heroína sola o mezcla de heroína con cocaína) y este porcentaje aumenta hasta el 51,7% para el caso del cannabis. El 78,2% de los ingresados en Comunidad Terapéutica son dependientes de cocaína, siendo la droga ilegal más consumida en la muestra de estudio. El porcentaje de dependientes de hipnosedantes es el 26,5%.

En una muestra semejante en comunidades terapéuticas, con respecto a las sustancias¹⁹⁸, la más prevalente fue la cocaína, estando presente en un 70,3% de la muestra, seguida de alcohol con un 54,3%; opiáceos con un 49,3%; cannabis con un 31,5% y sedantes y/o hipnóticos con un 20,5%. En otro estudio²¹⁶ sobre 119 usuarios de drogas atendidos en una unidad móvil de drogodependencias, el 66% de los toxicómanos eran dependientes de cocaína, el 58,0% de alcohol, el 98,0% de tabaco el 19,3% de cannabis y el 17,8 de opiáceos. A pesar de la progresiva disminución del hábito tabáquico en la población general, estudios clínicos²¹⁹ han mostrado un considerable aumento de la prevalencia de fumadores entre los pacientes psiquiátricos frente a los grupos de control: (52,0% frente al 30,0%), existiendo una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica.

En general, la muestra de la CT podría ser representativa del perfil general en drogodependientes en tratamiento, si bien en la mayor parte de estudios publicados se encuentran diferencias notables, relacionadas con el tipo de

sustancia de abuso y el tipo de población. Respecto al estudio consultado en las comunidades terapéuticas andaluzas¹⁹⁸ cabe destacar la similitud en los resultados, por la cercanía en el tiempo en la investigación en el mismo tipo de centro. Estos datos de prevalencia de dependencia de cocaína elevados, semejantes a los obtenidos en el presente trabajo, apoyan la idea de que las comunidades terapéuticas, que se crearon básicamente para dar una respuesta al problema de la “epidemia de la heroína”, se estén reconvirtiendo en centros que se encargan mayoritariamente del tratamiento y rehabilitación de otras sustancias²²⁰.

En cuanto al diagnóstico de PDG, para los trastornos mentales estudiados, en la presente investigación, el 30,5% presenta Trastorno psicóticos; el 36,3% de los pacientes padecen un Trastorno afectivo grave, bien Depresión mayor o Trastorno bipolar; el 42,4% de los pacientes padece un Trastorno de la personalidad, con especial relevancia del TLP que alcanza el 20,6%. El 16,3% tiene un Trastorno grave de ansiedad, el 14,5% padece TDAH y en el heterogéneo grupo de “Otras patologías” se encuentra una prevalencia del 8,9%. En estudios similares en comunidades terapéuticas¹⁹⁸ se encuentran valores cercanos para TP (31,4%); T afectivos (31,3%); algo más elevado para T. de ansiedad (23,8%) y menores para Psicosis y Trastornos alimentarios. Resulta lógico pensar que la prevalencia menor que se obtiene en este trabajo se debe a utilizar criterios de gravedad más estrictos a la hora de analizar las patologías psiquiátricas. En el mismo estudio¹⁹⁸ de 2010, realizado en Comunidades terapéuticas de Andalucía, la prevalencia de TDAH observada fue del 14,3% (intervalo de confianza (IC95%: 6,1-22,5). Al igual que en el presente trabajo, la prevalencia observada de TDAH fue elevada y se sitúa dentro del rango de las encontradas por otros autores en muestras similares.

En el presente trabajo, el 40,37% de la muestra padece PDG. El riesgo de padecer un trastorno mental en la población general alcanza el 25% de la población europea según datos del PISMA⁷⁶; el 19,5% de la población española y el 20,1% de la población andaluza. De las 1.019 personas dadas de alta en las comunidades terapéuticas de drogodependencias de Andalucía en 2006, un 22,8% sufría algún trastorno mental, principalmente Trastornos de personalidad (10,7%), Trastornos afectivos (8,3%), Trastornos de ansiedad (7,3%) y Trastornos psicóticos (3,9%). Cabe pensar que la delimitación diagnóstica y espacial de este estudio, disminuya la posibilidad de semejanza en los datos de prevalencia y características de la muestra.

En resumen, la muestra analizada ofrece similitudes con otras del entorno, sobre todo en lo referido a la dependencia de sustancias, si bien se aprecian diferencias en la frecuencia de psicopatologías de menor gravedad, y mayores en T. psicóticos, por la especificidad de la muestra y los criterios aplicados en la delimitación de PDG. En comparación con los datos de población⁷⁶ y del OED 2009²⁰⁶, así como del *Indicador Admisiones a Tratamiento en Andalucía*²⁰⁵, los porcentajes de prevalencia son mayores, como cabe esperar en el estudio de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con dependencia de sustancias.

3. DIFERENCIAS DE GÉNERO

Se han estudiado las diferencias en las variables socio-demográficas, en las de dependencias de sustancias y en las de diagnósticos de trastornos mentales al considerar que necesariamente habría rasgos diferenciales en el perfil de los ingresados en la CT según el género, y para introducir esta variable como ajuste en el posterior análisis. La edad media de los hombres ingresados en Comunidad Terapéutica (37,14 años; ds: 8,836) es menor que en el caso de las mujeres (41,76 años; ds: 9,506). También se inician antes en el consumo (19,27 años; ds: 6,096) y el número de ingresos en centros de adicciones es significativamente mayor, (1,32 ingresos; ds: 2,196) en los varones frente a 1,03 ingresos (ds: 2,121) en las mujeres. En general, en la muestra a estudio, las mujeres presentan un menor porcentaje de dependencia de sustancias. En 2009, el número de admisiones a tratamiento en Andalucía²⁰⁵ fue de 17.578 casos de hombres frente a 3.656 de mujeres. Significativamente, las mujeres presentan menor dependencia de tabaco: 72,5% frente al 84,4% entre los hombres ($p=0,023$); dependencia de cannabis y derivados: 31,9% frente al mayor porcentaje (57,0%; $p<0,001$) entre los hombres. Para la dependencia de cocaína es también menor y roza la significación: $p=0,052$; en los varones aparece un porcentaje mayor de sujetos dependientes con el 80,50% frente al 69,6% en mujeres. Según datos del Observatorio Español sobre Drogas 2009²⁰⁶, la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor entre los hombres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia fue varias veces más elevada que entre las mujeres. Refiriéndonos al consumo en los últimos 12 meses destacan las

diferencias en el uso de cannabis (13,6% en hombres y 6,6% en mujeres) y de cocaína (4,4% en hombres y 1,5% en mujeres).

El consumo de ciertas drogas por parte de las mujeres en la sociedad occidental es un hecho relativamente reciente y se tiende a la equiparación de los patrones de conducta respecto a los de los hombres. Por otra parte, estudios comunitarios realizados en varios países, entre ellos el nuestro, muestran diferencias significativas de morbilidad psiquiátrica en las mujeres con diferencias apreciables por grupo de edad. En las más jóvenes, se incrementan las patologías adictivas tradicionalmente vinculadas a los hombres, como el consumo de alcohol y otras sustancias, y en edades más avanzadas las relacionadas con el incremento de los cuadros afectivos y ansiosos, generalmente a partir de una edad mediana²²¹. En algunos de los estudios comunitarios llevados a cabo en España en las últimas décadas²²² se observan en las mujeres de todas las comunidades investigadas unas cifras elevadas de alteraciones psiquiátricas, situándose la prevalencia para el conjunto de los trastornos mentales entre el 18,7 y el 36,1%. Esta variabilidad depende en gran medida del instrumento de exploración psicopatológico utilizado.

En el *Informe OED 2009*²⁰⁶, que se refiere a datos de 2007, la extensión del uso de drogas en la población española de 15 a 64 años, fue bastante mayor entre los hombres que entre las mujeres, excepto en los hipnosedantes. En el caso de las drogas de comercio ilegal, la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que entre las mujeres. Refiriéndonos al consumo en los últimos 12 meses de ese periodo destacan las diferencias en el uso de cannabis (13,6% en hombres y 6,6% en mujeres) y de cocaína (4,4% en hombres y 1,5% en mujeres).

En el presente trabajo los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de estudios superiores en los hombres es el 3,9%. Es destacable que el 18,8% de las mujeres ingresadas en Comunidad Terapéutica hayan cursado estudios universitarios, un porcentaje mucho mayor que en los varones de la muestra. Estas diferencias se diluyen en cuanto a estudios primarios, donde las frecuencias encontradas en ambos sexos son parecidas, y hay menor número de mujeres sin estudios (21,7% mujeres, 33,2% hombres). En cuanto a la situación laboral, los resultados son muy similares, con altos niveles de desempleo²¹³ que alcanzan en este caso, el 53,6% de la muestra frente al 27,1% de la población de mujeres en edad y condiciones de trabajar en el municipio.

En la población muestral de hombres los Trastornos psicóticos alcanzan el 35,5%, mientras que sólo el 11,6% de las mujeres padece algún tipo de estos trastornos. Se acepta que en la prevalencia-vida de la esquizofrenia no hay diferencias de género²²³ y algunos estudios sobre registro de casos²²⁴ no encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de esquizofrenia, o si existen no son significativas, como en el realizado en una muestra hospitalaria²²⁵ en el cual la ratio hombre /mujer resultó ser de 1,36. A pesar de la similitud en los datos de prevalencia-vida entre hombres y mujeres, hay diferencia en los picos evolutivos y varía la edad de inicio. Los hombres tienden a tener un inicio a una edad más precoz²²⁶ y con un pico más marcado en la adolescencia y la juventud temprana. El máximo para los adultos jóvenes es más elevado para los hombres, siendo hasta los 45 años la prevalencia mayor en este género en coincidencia con este estudio. Las mujeres, por su parte, al perder el factor estrogénico protector en la perimenopausia, experimentan un segundo pico hacia los 45 años, lo que hace que progresivamente la prevalencia entre hombres y mujeres se vaya equiparando hasta igualarse prácticamente alrededor de los sesenta años. En general las mujeres presentan menor gravedad y mejor evolución en su patología²²⁷. Considerando que la edad media de diagnóstico de Psicosis en el estudio es de 27,75 años (ds: 8,254) y que la edad media de diagnóstico para las mujeres en el conjunto de la muestra es de 34,07 años (ds: 10,963), es razonable la gran diferencia de prevalencia entre ambos sexos encontrada para esta patología en la muestra a estudio.

En referencia a los Trastornos afectivos de cualquier tipo, los padecen el 31,3% de los hombres y el 55,0% las mujeres de la muestra, lo que representa porcentajes más altos en las mujeres que en los hombres. Según los datos del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía⁷⁶ cabe destacar que en todos los Trastornos afectivos y Trastornos de ansiedad, la prevalencia-año en mujeres es más del doble que en hombres, lo que se aproxima a los datos de nuestro estudio. Sin embargo, esta proporción se invierte en la encuesta mencionada cuando se trata de trastornos por abuso de alcohol, aunque en los resultados encontrados en la muestra de pacientes de CT, la prevalencia de dependencia alcohólica es muy similar entre hombres y mujeres. Hay que señalar que en Psiquiatría general, los Trastornos afectivos y los Trastornos de ansiedad son generalmente más prevalentes en las mujeres.

En los Trastornos graves de la personalidad, son destacables las diferencias en el Trastorno límite. El porcentaje es 18,0% para hombres, y en mujeres alcanza el 30,40%, siendo por tanto muy elevado respecto al de los varones. Los estudios en este sentido²²⁸ convergen en que la prevalencia del TLP en población general es de un 2%; se diagnostica preferentemente en mujeres (alrededor del 75%), y es el más prevalente en las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad (30 - 60%) en coincidencia con los resultados obtenidos en este trabajo.

El 22,7% de los hombres está diagnosticado de “Otros trastornos de la personalidad” en tanto este porcentaje disminuye en mujeres (18,8%). En este apartado cabe mencionar que el Trastorno antisocial en población general presenta una prevalencia del 3% en hombres y del 1% en mujeres²²⁸, aunque en este trabajo no se ha estudiado como entidad separada.

El diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en la muestra de estudio es mucho menor en mujeres (8,7% frente al 16,0% en varones). En cuanto a las diferencias por género la tendencia es claramente favorable a un predominio del trastorno en varones: según el DSM-IV, esta proporción es de 9/1 en la población clínica y 4/1 en la población general. En otros trabajos^{229,230} las diferencias son menos marcadas pero siempre con mayor prevalencia en varones. En los adolescentes la relación es 10/3 aunque el dato en mujeres jóvenes podría estar infraestimado ya que el género condiciona la manifestación del trastorno²³¹. Al contrario, y para los Trastornos graves de conducta alimentaria en nuestro estudio, el porcentaje en mujeres es el doble que en los hombres (18,8% frente a 6,3%), lo que puede deberse a la gran presión social sobre la imagen de la mujer, aunque en los últimos tiempos estos estereotipos van modificándose. En un trabajo realizado en Málaga²³², se encontró que el riesgo que tienen las mujeres adolescentes de presentar un TCA es cuatro veces superior al de los hombres (OR=4.6). La patología diagnosticada con más frecuencia fue el Trastorno de conducta alimentaria no especificado (0.5% en hombres y 3.9% en mujeres). La prevalencia de Anorexia nerviosa resultó ser 0.5% en hombres y 0.4% en mujeres y la de Bulimia nerviosa fue 0.2% y 0.6%, respectivamente.

El porcentaje de alta terapéutica es más elevado en el caso de las mujeres alcanzando el 39,1%, mientras que en los hombres no pasa del 27,0%. Parece que los niveles de motivación una vez asumido el problema y encaminado el diagnóstico avalan estos resultados. Es importante señalar que en general, las mujeres

presentan una menor prevalencia de dependencia de sustancias. Suelen tardar más en prepararse para reconocer y abordar el problema de una adicción y acuden menos a tratamiento, aunque ya en los programas, están más motivadas y concienciadas para un cambio profundo, según algunos autores^{233,234}. Sin embargo otros encuentran tasas de retención menores y menor apoyo social^{235,236}.

4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE PATOLOGÍA DUAL GRAVE

Los grupos de PDG estudiados son Trastornos psicóticos, Trastornos afectivos, Trastornos de personalidad, TDAH, Trastornos de ansiedad y “Otras patologías” que engloban tanto Trastornos orgánicos como Trastornos de conducta alimentaria, teniendo siempre en cuenta la consideración de “graves”. De los 325 pacientes con trastornos por uso de sustancias (TUS) ingresados en la CT, 99 pacientes (30,5%) tienen un cuadro de T. psicótico; el 36,3% (118 pacientes) padece de Trastorno afectivo (Depresión mayor o T. bipolar); el 42,5% (n=138) está diagnosticado de T. de personalidad. (de ellos el 20,6% padecen Trastorno límite; n=67). El 16,3% (n=53) tienen T. de ansiedad; el 14,5% están diagnosticados de TDAH (n=47) y el 8,9% tiene diagnóstico de “Otras patologías” que incluyen tanto Trastornos orgánicos como Trastornos de conducta alimentaria. El 39,7% de los ingresados en CT tiene más de un diagnóstico psiquiátrico, como ya se vio en la tabla referida a comorbilidad psiquiátrica.

4.1. Variables cuantitativas

En el presente trabajo, la mayor edad al inicio del estudio se presenta en los Trastornos afectivos; (41,54 años; ds: 7,968). Los TDAH son los que tienen menor edad al inicio del estudio (31,63 ds: 8,032) y también al inicio del consumo (17,80 años; ds: 4,639). En un estudio realizado por Wilens et al. se encontró que la media de edad de los pacientes con TDAH al iniciarse en el consumo de drogas era de 19 años, dato que se aproxima a los del presente estudio, mientras que en un grupo control de pacientes sin TDAH las enfermedades adictivas no empezaron, de promedio, hasta la edad de 22 años²³⁷.

Los pacientes con Psicosis y con TLP también se inician prontamente en el consumo (18,82 años; ds: 4,903 y 18,96; ds: 5,907 años de media respectivamente). Estos datos son algo inferiores a los de otro²³⁸ en que la edad de inicio en los pacientes con esquizofrenia era de 23 años de media. Las Psicosis (27,75 años; ds: 8,254) y el TDAH (28,95 años; ds: 9,496) son los trastornos que más tempranamente se diagnostican; y son las Psicosis las psicopatologías que requieren más ingresos hospitalarios (1,94; ds: 2,769 en nuestra muestra, frente a 2,9 en una muestra de salud mental²³⁸, seguidos de los TLP (1,45; ds: 2,311).

4.2. Género

El mayor porcentaje de varones diagnosticados de PDG se da en las Psicosis (91,9%). Aunque la prevalencia-vida para las Psicosis es semejante para hombres y mujeres, estudios recientes^{239,240} sugieren que existen diferencias de género en el riesgo de padecer la enfermedad, en la franja etaria en que se encuentra la media de edad para este estudio. La edad media en los varones es de 37,14 años; ds: 8,836 y 41,76 años en las mujeres; ds: 9,506 siendo mayor para los hombres. En un estudio realizado entre los pacientes atendidos en un centro de salud mental de Madrid²³⁸, el porcentaje de varones diagnosticados de esquizofrenia encontrado fue del 100% entre los consumidores de sustancias de abuso diagnosticados de esquizofrenia. También hay gran diferencia en TDAH (87,2%) de predominio en varones^{241,242} y es menor en “Otras patologías” quizá debido a que los Trastornos de conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres. Lo mismo ocurre con el Trastorno límite de personalidad y en general con los Trastornos afectivos²⁴³ No se han encontrado cifras de prevalencia en comunidades terapéuticas que avalen estos resultados.

4.3. Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios en la muestra de CT, las frecuencias más bajas de estudios superiores se encuentran entre pacientes afectados por Trastornos psicóticos, con el 2,0% frente al 54,5% de estudios primarios.

Estos resultados son semejantes a los encontrados en otros trabajos²³⁸ con el 0,0% de estudios superiores y el 70,0% de estudios primarios. Se han realizado estudios experimentales que sugieren que el cociente intelectual de los pacientes esquizofrénicos es más bajo que el de los controles sanos, como resultado de un proceso deteriorante en estos pacientes. A lo largo de toda la segunda mitad del siglo XX se han llevado a cabo multitud de estudios que apoyan estas teorías²⁴⁴ y en la actualidad, la investigación explora la identificación de patrones desde los estadios prodrómicos o en el inicio de los episodios a fin de diseñar estrategias de actuación terapéutica^{245,246}.

El fracaso académico es notable en TDAH²⁴⁷ con sólo el 2,1% de estudios superiores. Para el diagnóstico de TDAH en una persona adulta necesariamente el trastorno existe desde la infancia, con una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un área importante de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar²⁴⁸. El TDAH en la edad adulta se concibe como una patología crónica²⁴⁹ y aunque disminuye la hiperactividad se mantiene la inatención²⁵⁰ por lo que es lógico que sea difícil a este grupo de pacientes obtener buenos resultados en niveles académicos superiores. Los estudios de seguimiento^{251,252} hasta la edad adulta de pacientes con un TDAH diagnosticado en la infancia, muestran diferencias significativas en el rendimiento académico respecto a los que no padecen el trastorno incluso con niveles de inteligencia similares²⁵³.

Los mejores resultados en estudios universitarios se dan entre los diagnosticados de TLP con el 14,9%. La literatura sobre este trastorno es contradictoria, pero en la Fundación ACAI-TLP (*Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn Limit de la Personalitat*) se realizó un estudio estadístico entre 2000 y 2003 sobre 119 pacientes con TLP, encontrando que el 11,0% de los analizados terminaron sus estudios universitarios. Por otro lado, no existe evidencia de que el TLP esté relacionado con el coeficiente intelectual de los pacientes. O'Leary et al²⁵⁴ encontraron que no había diferencias significativas en la escala completa de CI del WAIS-R (*Wechsler Adults Intelligence Scale Revised*), entre un grupo de 16 pacientes con TLP y un grupo control sin diagnóstico psiquiátrico.

4.4. Dependencia de sustancias

En general para la muestra objeto de estudio, se encuentra una elevada prevalencia de dependencia de alcohol (61,8%), en concordancia con la mayoría de estudios encontrados. Los ya mencionados en población general^{97,118}, y otros en atención primaria^{255,256} señalando que el 35,0% de los diagnosticados de alcoholismo presentaban algún trastorno psiquiátrico asociado. La Patología dual es frecuente no sólo en comunidades terapéuticas, sino también en atención primaria, y tanto el alcoholismo como los trastornos psiquiátricos suelen estar infradiagnosticados. En relación a la dependencia de sustancias en los diagnosticados de PDG, en la CT del estudio, se observa que los mayores porcentajes de dependencia de alcohol se dan en T. de ansiedad (77,4%), T. afectivos (68,65%) y T. de personalidad (65,9%). Generalmente se encuentra una mayor prevalencia de alcoholismo y de otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos y aunque no hay estudios que demuestren que los T. depresivos sean la causa del alcoholismo, en los Trastornos afectivos ambos problemas suelen ser concurrentes^{257,258}, siendo el alcohol la droga más utilizada en el T. bipolar²⁵⁹. Los trastornos de ansiedad presentan mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo¹²⁶ hasta en el 45,0% de los casos y a la inversa, hasta el 70,0%¹¹⁸. La dependencia de alcohol es mayor entre los pacientes de la muestra diagnosticados de Trastorno de ansiedad grave (77,4%) respecto a los que padecen otros trastornos. En un estudio europeo realizado en Islandia²⁶⁰ en 1995 sobre 351 pacientes con dependencia de alcohol y sustancias, se encontró que el 90,0% de los alcohólicos y el 70,0% de los abusadores de sustancias presentaban trastornos psiquiátricos asociados: 65,0% de trastornos de ansiedad, 33,0% de trastornos afectivos, 28,0% de Trastorno antisocial de la personalidad, que dificultaban su tratamiento empeorando el pronóstico. También ocurre para los Trastornos de personalidad que la prevalencia de alcoholismo se sitúa entre el 50,0% y el 75,0%²⁶¹, datos que concuerdan con la muestra estudiada. En el caso del subgrupo con PDG y Trastornos psicóticos de la muestra, la dependencia de alcohol se sitúa entre en los anteriormente expuestos, con el 54,5% y es algo mayor que la referida en el estudio ECA⁹⁷.

La cocaína es la sustancia que se reparte de un modo más uniforme entre todos los distintos trastornos. El hecho del elevado consumo está constatado en

población general en los últimos años. La dependencia de cocaína también incrementa el riesgo de diagnóstico de TLP. Existen multitud de estudios recientes que abordan la concurrencia de Trastornos de personalidad en los dependientes de cocaína^{262,263,264}. Los rasgos y trastornos dependientes, asociales, narcisistas y límites de la personalidad suelen ser factores de riesgo de cocaínomanía y suelen requerir un abordaje psiquiátrico diferente en cada caso²⁶⁵. En el estudio²⁶⁶ sobre 102 sujetos, 87 hombres y 15 mujeres, con diagnóstico de dependencia de cocaína en tratamiento en centros públicos de drogodependencias de Galicia, se encontró que el 66,0% de la muestra tenía un Trastorno de personalidad, destacando el T. límite. En la muestra de estudio alcanza su máximo en los Trastornos de personalidad límite con el 88,1% de dependientes de cocaína.

El grupo con mayor dependencia de cocaína tras el TLP es el TDAH (87,2%). En el caso del TDAH una de las condiciones asociadas a este trastorno en adultos es el consumo concomitante de alcohol y drogas, encontrándose una elevada comorbilidad entre TDAH y trastornos por uso de sustancias (TUS)^{267,268,269}. Para explicar la relación entre estos dos trastornos se postuló la hipótesis de la automedicación^{270,271,272} teorizando que los individuos con TDAH consumen cocaína para intentar automedicar los síntomas adversos del TDAH. La cocaína podría producir la mejora transitoria en la concentración. Además, el TDAH y la dependencia de cocaína comparten un desequilibrio en la función dopaminérgica, y la cocaína en este caso tiene efecto semejante a las medicaciones estimulantes usadas para tratar el TDAH²⁷³.

El consumo de tabaco es elevado en todas las patologías psiquiátricas estudiadas, duplicando ampliamente el de la población general²⁷⁴. En este sentido, desde hace tres décadas, hay numerosos estudios que constatan la elevada relación entre la dependencia de tabaco y los trastornos mentales. En el grupo de pacientes con TDAH de la muestra, el porcentaje de dependientes de tabaco es del 91,5%²⁷⁵. Levin et al²⁷⁶ plantearon la posible utilidad de la nicotina para el tratamiento del TDAH, fundamentando esta idea en el incremento de la atención y la potencial estimulación de liberación de dopamina, por lo que los autores consideraban que los pacientes con TDAH podían usar la nicotina para paliar los síntomas del trastorno. El porcentaje de dependientes de tabaco hallado en T. psicóticos de nuestra muestra de pacientes es del 84,8% aunque las cifras de consumo de tabaco en pacientes psicóticos oscilan entre el 74,0% en pacientes

ambulatorios y el 88,0% en pacientes hospitalizados, superando el 90,0% en los crónicos institucionalizados^{277,131}. En estos pacientes son mayores las tasas de dependencia nicotínica moderada-severa. Está descrito que los esquizofrénicos que fuman presentan más síntomas positivos (delirios y alucinaciones), pero menos síntomas negativos (anhedonia, alogia, amotivación, déficit en habilidades sociales) que aquellos otros pacientes que no fuman o fuman poco^{278,279,280}.

La prevalencia de dependencia de cannabis es del 60,6% entre los diagnosticados de Psicosis en la muestra a estudio. La dependencia de cannabis y los Trastornos psicóticos están presentes en la literatura clínica siendo muy frecuentes en estos pacientes. Existen numerosos estudios que evidencian que los pacientes esquizofrénicos presentan más probabilidad de haber consumido, o de estar consumiendo cannabis^{281,238,282}. Estudios prospectivos recientes^{283,284,285,286} en Suecia, Holanda, Nueva Zelanda e Israel han demostrado que el riesgo de presentar esquizofrenia es entre 2 y 25 veces más elevado en las personas que han consumido cannabis. Los individuos en la fase premórbida de la esquizofrenia, podrían responder a los síntomas leves iniciales de la esquizofrenia mediante el consumo de drogas como una forma de automedicación, incluso aunque estos estudios han intentado controlar los cuadros premórbidos. Por otro lado, podría resultar que el cannabis precipita, o incluso causa, un episodio de esquizofrenia^{287,288,289,290,291,292}. Son dependientes de alcohol el 54,5% y de cocaína el 77,8% de los pacientes estudiados. En un estudio sobre prevalencia de Patología dual en pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales²¹⁰, en el subgrupo de esquizofrenia, el alcohol y el cannabis fueron consumidos por un porcentaje similar de pacientes mientras que la cocaína fue consumida por un número menor. Ello podría deberse incluso a su menor poder adquisitivo y a la gran facilidad existente para acceder a las dos sustancias más usadas. En general, la dependencia de drogas en pacientes esquizofrénicos presenta una elevada prevalencia⁹⁷ y este consumo repercute en la clínica de la enfermedad²⁹³, relacionándose con menor cumplimiento terapéutico y más ingresos psiquiátricos^{294,295,296}. Así ocurre en la muestra de estudio donde los diagnosticados de T. psicóticos son los que requieren más ingresos hospitalarios (1,94; ds: 2,769) y presentan elevadas tasas de fracaso terapéutico (80,8% de altas no terapéuticas).

También encontramos porcentaje elevado de dependencia de cannabis (66,0%) en TDAH que presenta elevada comorbilidad con otras patologías psiquiátricas y adictivas²⁹⁷, y el cannabis es la sustancia preferida entre los pacientes con TDAH, de modo que agrava los síntomas propios del trastorno.

4.5. Comorbilidad psiquiátrica

La menor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica se encuentra en el grupo de pacientes diagnosticados de Trastornos psicóticos con el 34,3% de ellos que tienen diagnósticos de otras patologías concomitantes. Encontramos en este grupo menor comorbilidad con T. afectivos, TDAH o T. de personalidad que en otros subgrupos de PDG.

Para el grupo de TDAH se halla una prevalencia del 70,2% de comorbilidad psiquiátrica. Los principales motivos de consulta a los que se debe enfrentar el profesional que atiende a los pacientes con TDAH se relacionan con Trastornos de personalidad, TUS, Trastorno bipolar, Bulimia nerviosa y Trastornos ansioso-depresivos²⁹⁸. En la muestra a estudio, entre los pacientes diagnosticados de TDAH se encuentra el 6,4% de comorbilidad con T. psicóticos; el 4,3% con Trastornos orgánicos o T. alimentarios. El 44,7% de los diagnosticados de TDAH padece comorbilidad con Trastornos de personalidad destacando el 27,7% de Trastorno límite. Con Trastornos afectivos encontramos el 21,3% y el 12,8% con Trastornos de ansiedad. Existen numerosos estudios que avalan la presencia frecuente de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH²⁹⁹ encontrando que entre el 60,0% y el 70,0% de los adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica^{300,301} destacando una elevada prevalencia de drogodependencias y Trastornos de la personalidad³⁰². Los trastornos comórbidos más frecuentes son el Trastorno depresivo mayor (28,0%), el Trastorno antisocial de la personalidad (23,0%), los trastornos por uso de sustancias (TUS:19,0%) y con menor frecuencia, los Trastornos graves de ansiedad y el Trastorno obsesivo compulsivo^{303,304}.

En los pacientes de la muestra diagnosticados de Trastornos afectivos, la comorbilidad psiquiátrica es el 61,0%. Hay una elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en T. afectivos, incluso en población general⁹⁷, con Trastornos de

ansiedad y de personalidad, aunque en la muestra de estudio esta comorbilidad es menor con Trastorno límite, TDAH y Trastornos psicóticos que en otros grupos.

Los diagnosticados de Trastorno límite, presentan el 59,7% de comorbilidad psiquiátrica, menor que en otros subgrupos excepto el de PDG-T. psicóticos. Presentan elevada prevalencia de comorbilidad con T. psicóticos (13,4%) respecto a la de los demás grupos excepto el de PDG-“Otras patologías (20,7%). La comorbilidad del grupo de pacientes diagnosticado de T. límite con T. afectivos es menor que en otros grupos a excepción del grupo de PDG-TDAH (21,3%). Este aspecto es controvertido, dada la inestabilidad diagnóstica³⁰⁵ y el solapamiento en los síntomas, lo que ha llevado a resultados muy dispares³⁰⁶.

En los T. de ansiedad, la comorbilidad psiquiátrica es muy elevada (79,2%), frecuentemente con T. afectivos y de conducta alimentaria, en porcentaje mayor que otros grupos. En los diagnosticados de “Otras patologías psiquiátricas” el porcentaje de comorbilidad psiquiátrica es el más elevado de la muestra con el 82,8%, sobre todo con T. afectivos y de ansiedad en igual porcentaje (27,6%) y especialmente con T. de personalidad (55,2%).

Se podría resumir que a mayor gravedad en la patología psiquiátrica encontrada según el diagnóstico de los diferentes subgrupos de PDG, la comorbilidad psiquiátrica es menor, quizá debido al hecho de que la propia gravedad de sus patologías de base, pueda solapar otras alteraciones consideradas de menor gravedad. También podría tener que ver con el hecho de que cuanto mejor definidos están los criterios diagnósticos y más exhaustivos son, es más difícil “confundir” con otros grupos patológicos. Es de sobra conocida la comorbilidad que en población psiquiátrica general existe entre los Trastornos afectivos y los Trastornos de ansiedad, por ejemplo, o la alta comorbilidad de los Trastornos límites con otras patologías.

4.6. Análisis comparativo para los subgrupos de Patología Dual Grave tras el ajuste de variables por regresión logística

Al realizar la regresión logística por razón de verosimilitud, hemos encontrado diferencias destacables en las variables significativas para cada subgrupo de PD, tras el análisis ajustado.

- En el subgrupo de pacientes diagnosticados de Trastornos psicóticos, el hecho de ser mujer supone un factor de protección frente al diagnóstico de Psicosis: 0,276 (IC95%: 0,125-0,611) veces mayor que el ser varón. Podría deberse, como ya queda dicho, a que a la edad media del grupo, el diagnóstico de esquizofrenia es mayor para varones, además de que estos son por lo general, consumidores más graves²³⁸. El nivel de estudios también se relaciona con el riesgo de tener diagnóstico de Psicosis, ya que no tener estudios frente al tenerlos superiores multiplica por 5,24 (IC 95%: 1,128-24,343) el riesgo de diagnóstico de Psicosis. Lo mismo ocurre para el tener estudios primarios/secundarios frente a estudios superiores²³⁸; 2,688 (IC95%: 0,591-12,231). En este caso probablemente no se deba hablar de causalidad sino de relación, ya que los niveles bajos no parecen causar Psicosis, sino más bien al revés, la Psicosis supone un menor funcionamiento escolar de manera significativa²⁴⁴.
- En el subgrupo de Trastornos afectivos, para la edad, cada año que aumenta la edad al inicio del estudio, aumenta el riesgo de diagnóstico de Trastorno afectivo, siendo 1,076 veces mayor (IC 95%: 1,044-1,109). Es frecuente que el primer episodio pase inadvertido en la edad adolescente, por lo que no resulta raro que se diagnostique en edades adultas, siendo confundido con alcoholismo, por la elevada comorbilidad existente sobre todo en el Trastorno bipolar. Para el género femenino, ser mujer supone un factor de riesgo 2,107 veces mayor que ser hombre⁷⁶ (IC 95%: 1,145-3,878). La comorbilidad psiquiátrica incrementa la probabilidad de ser diagnosticado de Trastorno afectivo 4,981 veces (IC95%: 2,946-8,423). Esto coincide con lo descrito para población general, donde las mujeres tienen más prevalencia de Trastorno afectivo que los varones, sobre todo en episodios depresivos y Trastorno bipolar tipo II y donde el diagnóstico de patología psiquiátrica comórbida es más frecuente³⁰⁷.
- En el subgrupo de Trastorno límite de personalidad, tras el ajuste de variables, resultan significativas la edad al inicio del estudio, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral, la edad de inicio del consumo, la dependencia de cannabis y derivados, la dependencia de cocaína, y la comorbilidad psiquiátrica. Por cada año más joven que se ingresa en el estudio, la probabilidad de ser diagnosticado de TLP se multiplica por 1,073

(IC95%: 1,025-1,124); El ser mujer respecto al ser varón incrementa el riesgo de TLP en 2,088 (IC 95%: 0,980-4,444)²²⁸. El nivel de estudios también influye, ya que tener estudios superiores respecto a no tener estudios aumenta la probabilidad de ser diagnosticados de TLP en 10,101 (IC 95%: 26,595-38,461). Lo mismo pasa para tener estudios superiores respecto a tener estudios primarios /secundarios, que supone un factor de riesgo de diagnóstico de TLP de 7,246 (IC 95%: 2,101-25,000). No se trata en realidad de una relación de causalidad, pero el TLP se relaciona positivamente con niveles de estudios superiores, ya que no merma el rendimiento cognitivo. Estar activo laboralmente respecto al paro se relaciona con mayor riesgo de TLP 3,912 (IC95%: 1,780-8,600). El inicio temprano en el consumo actúa como factor de riesgo de TLP. Por cada año que se retrasa el inicio de consumo, el riesgo de TLP disminuye 1,055 (IC95%: 0,999-1,119) ($p=0,074$). La dependencia de cocaína supone un riesgo mayor de TLP: 2,409 (IC 95%: 0,351-6,060) $p=0,062$, respecto a la no dependencia. La no dependencia de cannabis incrementa el riesgo de TLP respecto a quienes sí son dependientes. Ya se han mencionado numerosos estudios en los que la dependencia de cocaína se asocia a los Trastornos de personalidad especialmente en los trastornos antisocial y límite^{262,263,264,266}. Este incremento es de 2,084 (IC 95%: 1,038-4,183). Por último, la comorbilidad psiquiátrica respecto a la no comorbilidad incrementa el riesgo de diagnóstico de TLP 2,783 veces (IC 95%: 1,513-5,118). Esto puede ser debido a la mayor comorbilidad real, o a que es más habitual en los T. de personalidad diagnosticar otras patologías comparado con cuadros más circunscritos como la Psicosis. En la población general el TLP es más frecuente entre mujeres, se inicia a edades tempranas y presentan frecuentemente abuso de sustancias psicoactivas. No suelen presentar deterioro cognitivo, pero sí comorbilidad psiquiátrica³⁰⁸.

- En el subgrupo de Trastornos de ansiedad graves, tras el ajuste de variables, resultan significativas la edad, la dependencia de opiáceos e hipnosedantes, y la comorbilidad psiquiátrica. Por cada año mayor que aumenta la edad del paciente al inicio del estudio, la probabilidad de ser diagnosticado de T. de ansiedad se incrementa en 1,052 (IC 95%: 1,015-1,052) ($p=0,06$), lo que en realidad apenas supone riesgo. Tener estudios primarios /secundarios respecto a no tener estudios incrementa 2,463 veces

la probabilidad de pertenecer al grupo diagnóstico de Trastorno de ansiedad grave, (IC95%: 1,075-5,65) ($p=0,033$). Refuerza la idea de que en general los Trastornos de ansiedad respecto otros PDG no presentan serios deterioros cognitivos ni bajos rendimientos escolares. La dependencia de hipnosedantes incrementa el riesgo de diagnóstico de T. ansiedad en 2,162 (IC95%: 1,050-4,450) ($p=0,036$) lo cual coincide con el esperado uso de ansiolíticos. La dependencia a opiáceos respecto a la no dependencia de esa sustancia disminuye la probabilidad de diagnóstico de T. de ansiedad 2,169 veces (IC95%:1,053-4,464) ($p=0,036$). La comorbilidad psiquiátrica supone un riesgo 8,130 veces mayor de diagnóstico de T. de ansiedad (IC95%: 3,846-16,343) ($p<0,001$). Son poblaciones con alto grado de comorbilidad³⁰⁹, que no suelen ser habitualmente usuarios de opiáceos, sino de Hipnosedantes⁹³.

- En los pacientes de la muestra diagnosticados de TDAH, realizado el ajuste de variables, se relacionan significativamente la edad al inicio del estudio, la dependencia de tabaco y la comorbilidad. Por cada año que pasa, disminuye el riesgo de tener diagnóstico de TDAH, (entendido como la probabilidad de ser diagnosticado en el grupo de TDAH) en 1,119 (IC95%: 1,069-1,172) ($p<0,001$), lo que concuerda con la evidencia de que el TDAH suele diagnosticarse en la infancia, e incluso hasta recientemente se creía que era un trastorno exclusivo de la edad infantil. Por este mismo motivo también es frecuente el diagnóstico comórbido^{298,302}. La dependencia de tabaco frente a la no dependencia a esa sustancia incrementa el riesgo de tener diagnóstico de TDAH en 2,781 (IC95%: 0,882-8,768) ($p=0,081$). Podría deberse al uso de la nicotina como automedicación de este trastorno^{275,276}. La presencia de comorbilidad psiquiátrica^{299,300,301,303,304}, frente a la no presencia incrementa la probabilidad de tener diagnóstico de TDAH en 5,236 (IC95%: 2,551-10,752) ($p<0,001$).
- El grupo de "Otras patologías psiquiátricas" es heterogéneo. Se han agrupado tanto Trastornos de conducta alimentaria, mucho más prevalentes, como Trastornos orgánicos, muy poco frecuentes en la muestra de estudio. Ser mujer supone un riesgo de tener diagnóstico de "Otras patologías" de 3,597 (IC 95%: 1,456-8,85), que se relacionaría con el hecho del elevado porcentaje de Trastornos de conducta alimentaria en edad

juvenil, especialmente entre las mujeres. Por cada año que se atrasa el inicio en el consumo de sustancias la probabilidad de ser diagnosticado en el grupo de Otras patologías graves disminuye en 1,060 (IC 95%: 0,992-1,131). En el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria, intervienen tanto factores individuales, como los cambios en la imagen corporal, y socioculturales debido a la presión social que fomenta el deseo de la delgadez como estereotipo de belleza, lo que influye de un modo especial en edades tempranas³¹⁰. La presencia de comorbilidad psiquiátrica incrementa el riesgo de tener diagnóstico de “Otras patologías” en 9,524 (IC95%: 3,361-21,021), en concordancia con los factores predisponentes referidos a Trastornos afectivos en la literatura. La presencia de policonsumo disminuye la probabilidad de ser diagnosticado dentro del grupo de “Otras patologías” en 5,439 (IC 95%: 1,556-19,011).

La presencia de datos ajustados sería de especial interés si en la literatura clínica sobre patología dual revisada se manejaran iguales criterios diagnósticos, la caracterización de todas las muestras fuera homogénea, y las variables de ajuste fueran las mismas.

5. ESTUDIO DEL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En este apartado se ha estudiado el comportamiento de los grupos de pacientes drogodependientes con diagnóstico de PDG analizando las variables que determinan el tipo de alta recibida en la CT “Hacienda de Toros”. Para ello, se ha medido el cumplimiento del programa terapéutico relacionándolo con el tipo de alta, determinado a su vez por la adherencia al tratamiento en el programa residencial libre de drogas. Se asume que el tipo de alta es un marcador de la evolución pronóstica, considerando el alta terapéutica como un indicador de cumplimiento terapéutico con éxito, mientras que el alta no terapéutica es un indicador de fracaso terapéutico.

Los primeros trabajos sobre adherencia al tratamiento en programas para drogodependientes, con pacientes ingresados en una comunidad terapéutica, fueron realizados a mediados y finales de los años setenta^{311,312}. Los resultados de estos estudios sugieren que los sujetos que abandonan, tienen una adicción más severa en cuanto al policonsumo y la psicopatología asociada, que los que permanecen y finalizan los tratamientos³¹³. La comorbilidad de la drogodependencia con psicopatología previa^{314,315} y con deterioro orgánico grave³¹⁶ son también señalados como factores de mala respuesta a la terapia.

En el presente estudio, el tipo de alta global se ha dividido en “alta terapéutica” y “alta no terapéutica”. Los resultados obtenidos para esta variable, muestran que para los 325 pacientes de la muestra de estudio el porcentaje de alta terapéutica fue del 29,5%. El 70,5% restante, abandonó el programa de forma voluntaria, fue sancionado con alta disciplinaria o derivado a una unidad hospitalaria. Estos resultados coinciden con los de otro estudio³¹⁷ en que los porcentajes hallados son: 26,0% para alta terapéutica y 74,0% para alta no terapéutica, en una muestra de 208 pacientes de una comunidad terapéutica. Los resultados de otro previo³¹⁸, encontraron 32,8% de alta terapéutica y 67,2% de altas por abandono. En muchos trabajos³¹⁹ se manifiesta que la presencia de psicopatología asociada es un factor de mal pronóstico en los tratamientos para el abuso de sustancias aunque no es siempre generalizable concluir que las “altas no terapéuticas” supongan el fracaso de la intervención. En ocasiones, el paciente no termina el tratamiento en comunidad terapéutica para continuar en algún otro dispositivo de internamiento o ambulatorio, con adecuados controles de seguimiento, y sosteniendo el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Sin embargo, de manera general, se asume que el alta terapéutica indica que el paciente ha seguido el programa completo del tratamiento.

Al estudiar el pronóstico en función del tipo de alta en la muestra de estudio, se encuentran diferencias significativas para las siguientes variables: género, nivel de estudios, dependencia de opiáceos, policonsumo, Trastornos psicóticos y Trastorno límite de personalidad.

En cuanto al género, nivel de estudios, y policonsumo, las variables significativas coinciden con las halladas en un estudio de 2001 en Méjico³²⁰, sobre una muestra de 244 pacientes. En este caso la prevalencia de alta terapéutica alcanzó solo el 11,8% y podría relacionarse con el hecho de ser mujer, tener menos

de 20 años, contar con estudios técnicos, medios -superiores o superiores, estudiar o tener una ocupación laboral estable, y no presentar policonsumo. En el mencionado informe, el porcentaje de alta entre las mujeres fue del 13,6% frente al 11,7% en los hombres. También en el presente trabajo, para la variable género ($p=0,049$), el porcentaje de mujeres que reciben alta terapéutica (39,1%) es mayor que el de hombres (27,0%). Hay una gran variabilidad en los resultados de los diferentes programas terapéuticos y así en un reciente estudio sobre tratamiento con metadona³²¹, se concluye que la tasa de retención en mujeres es más elevada que en los hombres y en el estudio³¹⁸ de López-Goñi et al. la mayor parte de los abandonos definitivos (8 de cada 10) se producen entre los hombres. En ese mismo estudio, las personas que abandonan definitivamente el tratamiento son significativamente de mayor edad. Para la edad de inicio del estudio en nuestra muestra, a medida que aumenta esta edad, disminuye la probabilidad de alta terapéutica 1,02 veces (IC95%: 1,000-1,060) ($p=0,049$). Que el ser mujer suponga mejor pronóstico podría deberse, entre otros factores, a su menor gravedad de consumo y a un mejor apoyo psicosocial^{233, 234}, aunque como se ha visto en el apartado referido a diferencias de género, existe controversia sobre esta cuestión^{235,236}.

En el presente trabajo, los niveles mayores en estudios se relacionan con un mayor porcentaje de alta terapéutica ($p=0,020$). En los pacientes con estudios superiores este porcentaje es del 43,5% frente al 32,8% en primarios /secundarios y solo el 19,8% en los pacientes sin estudios. El nivel de estudios aumenta la probabilidad de alta terapéutica 2,017 veces en estudios primarios /secundarios frente a no tener estudios (IC95%: 1,107-3,676) ($p=0,022$). Para los estudios superiores la probabilidad de alta terapéutica aumenta 4,015 veces frente a no tener estudios (IC 95%: 1,393-11,571) ($p=0,010$). En el trabajo publicado sobre una muestra de 1432 pacientes hospitalarios en tratamiento con naltrexona³²² de Ochoa E, et al. si bien el nivel educativo no guarda aparentemente relación con el pronóstico, sí parece hacerlo un nivel profesional superior. El estudio NTIES³²³ encontró que los pacientes con reducciones más importantes en la gravedad del uso de drogas eran los que tenían un mayor nivel educativo cuando accedieron al tratamiento y además estos pacientes se caracterizaban por completar el tratamiento. Cabe pensar que niveles de estudios superiores suponen mejores estrategias de afrontamiento de la adicción y mayor probabilidad de trabajar adecuadamente con los contenidos de las terapias psicológicas.

El policonsumo disminuye el porcentaje de alta terapéutica (28,0%) frente a los que no son “policonsumidores” (55,6%) ($p=0,013$). En algunos casos, se utilizan simultáneamente múltiples drogas de manera habitual; en otros, existe una droga de elección y la demás sustancias la sustituyen cuando no se dispone de ella. Las combinaciones de drogas más frecuentes son el cannabis, la cocaína y /o los derivados anfetamínicos, junto con alcohol y/o benzodiazepinas y tabaco. En este sentido los resultados encontrados en otros estudios^{320,324} son heterogéneos en cuanto a los datos, pero avalan esta tendencia²³⁶ que incluye tanto el policonsumo como la severidad de la adicción. Todo policonsumo se agrava por la edad y se relaciona con la alimentación, descenso de actividad física y disminución de intereses culturales; también repercute directamente en la economía y la dinámica familiar social³²⁵.

Los dependientes de opiáceos tienen, en nuestro estudio, peor pronóstico con el 22,9% de alta terapéutica, que los que no son dependientes de esta sustancia. Los últimos recibieron alta terapéutica en el 34,6% de los casos ($p=0,022$). Los tratamientos en dependencia de opiáceos son variados en cuanto a los tipos de centro en que se llevan a cabo y en los fármacos utilizados para su abordaje. Los más conocidos y utilizados actualmente en las comunidades terapéuticas son los programas de mantenimiento con metadona y tratamiento con antagonistas puros como la naltrexona, además de los tratamientos de deshabitación sin fármacos específicos.

Los programas de mantenimiento con metadona han representado un avance importante en el tratamiento de la dependencia de heroína, y junto a los tratamientos con antagonistas opiáceos (naltrexona)³²² que se incluyen dentro de los programas libres de drogas, constituyen actualmente las principales alternativas terapéuticas de la dependencia de opiáceos. En la literatura sobre efectividad y cumplimiento terapéutico en estos programas, dada la dificultad de conseguir la plena abstinencia, se valora la tasa de retención como el parámetro más aceptado midiendo el porcentaje o número de pacientes que siguen en terapia pasado cierto tiempo³²². Actualmente se refiere a la tasa de retención en términos estadísticos de probabilidad de supervivencia para un determinado tiempo. La retención a los 6 meses oscila alrededor del 32,0%³²⁶-35,0%³²⁷, aunque también se dan cifras más altas hasta el 55,0%³²⁸ y mucho menores (20,0%)³²⁹. En nuestro medio, las tasas de retención para el mismo periodo de tiempo varían desde un 30,0%³³⁰ hasta un

61,0%³³¹. Al año, algunos estudios sitúan la tasa de retención en un 40,0%³³² mientras que otros autores refieren que el 18,0% de su muestra se mantiene en el programa pasado ese periodo de tiempo³³³. Se observa pues, una gran variabilidad en las cifras, dependiendo del tipo de desintoxicación realizada. En un estudio reciente³³⁴ en dependientes de opiáceos, la eficacia de mantenimiento con naltrexona en combinación con el enfoque de refuerzo comunitario (CRA) a los 10 meses de tratamiento alcanzó tasas de abstinencia del 28,0%. La tasa de abstinencia acumulada en 16 meses fue del 24,0%. El resultado encontrado en nuestra muestra es semejante a los citados estudios sobre dependientes de opiáceos. También coincide con el trabajo realizado por Madoz Gúrpide et al.³³⁵ en el cual el porcentaje de alta terapéutica fue del 24,0%. Hay que tener en cuenta, no obstante, que los resultados y medidas empleadas en los estudios citados no son homogéneas, más bien al contrario. Se podría resumir que el consumo de opiáceos supone un peor pronóstico al menos en retención en tratamiento y tipo de alta, siendo un dato común a todos ellos. Las dependencias de alcohol, cannabis, cocaína o hipnosedantes, no muestran diferencias significativas en el estudio del pronóstico en función del tipo de alta en nuestro trabajo. El estudio más amplio realizado con personas con problemas con el consumo de cocaína es el de Crits-Christoph et al³³⁶ sobre 487 sujetos consumidores de cocaína para diferentes tratamientos con terapia psicossocial, encontrando que el porcentaje de abstinencia a los tres meses de iniciados los tratamientos era del 26.4% con terapia combinada. En otro estudio³³⁷ en Valencia sobre 91 pacientes con dependencia de cocaína en tres unidades de conductas adictivas y centros de tratamiento ambulatorio públicos, el porcentaje final de retención a los seis meses fue del 49,5% con una tasa de abandono del 50,5% concentrados en su mayor parte en los tres primeros meses, (30,8%). En los tres meses siguientes se produjeron los abandonos restantes (19,7%). Dado que los resultados son heterogéneos, cabe pensar que dependen en gran medida no solo del tipo de sustancia que produzca la dependencia, sino del perfil psicopatológico de los pacientes, del centro de tratamiento, y del estadio personal en la motivación para el cambio en los patrones de conducta.

Para PDG con Trastornos psicóticos, la frecuencia de alta terapéutica es menor (19,2%) que en los pacientes no diagnosticados de Psicosis (34,1%) ($p=0,007$). La presencia de diagnóstico de Trastorno psicótico disminuye la probabilidad de alta terapéutica 2,439 veces (IC 95%: 1,326-4,484) ($p=0,004$), El alta terapéutica es menos frecuente en pacientes que padecen Trastornos

psicóticos como la esquizofrenia, frente al resto de trastornos psiquiátricos. Desde el momento en que se empieza a hablar de Patología dual, hace tres décadas, quizá la patología mental más estudiada haya sido la esquizofrenia. Como se ha visto a lo largo de la introducción de este trabajo, hay diversidad de estudios pero casi todos coinciden en la mala evolución en general de los pacientes esquizofrénicos^{338,339}. La dependencia de drogas en la esquizofrenia presenta una elevada prevalencia y el consumo repercute en la clínica y en el curso de la enfermedad ocasionando que los pacientes duales con esquizofrenia tengan dificultades para la adhesión al tratamiento³⁴⁰. En estudios de seguimiento de pacientes con esquizofrenia durante 12 meses, el 69,3% lo ha incumplido³⁴¹.

En general los pacientes psicóticos con consumos asociados presentan un mayor incumplimiento terapéutico y más ingresos psiquiátricos³⁴², inicio más temprano de la Psicosis, mayor incidencia de problemas legales y desempleo, refractariedad relativa al tratamiento neuroléptico, y mayor frecuencia de recaídas. Se han descrito también aumento del vagabundeo, de la violencia y del suicidio³⁴³. En un estudio sobre un total de 82 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia³⁴⁴, de 18 a 45 años de edad, que inician tratamiento en un Centro de Salud Mental, se realizó un seguimiento durante un periodo de 5 años, en el que se valoraron las recaídas, el cumplimiento del tratamiento y la evolución del consumo de drogas. Durante el periodo de seguimiento se produjeron 19 recaídas, 26 pacientes se perdieron durante el seguimiento y 37 permanecían en tratamiento al final del mismo, por lo que se concluye que en el 45,12% de los casos se mantiene la adherencia a tratamiento, sin establecerse alta de tipo terapéutico. En resumen, los pacientes con patología dual y esquizofrenia tienen un peor pronóstico general.

Los pacientes con T. límite de personalidad reciben alta terapéutica en porcentaje menor (19,4%) frente a los que no lo padecen (32,2% de alta terapéutica) ($p=0,041$). En estos pacientes, una vez ajustado el dato por las variables de confusión a través del análisis de regresión, disminuye la probabilidad de alta terapéutica 3,115 veces (IC95%: 1,510-6,451) ($p=0,002$). Este segundo dato del valor de "p" corresponde a la regresión ajustada por valores de confusión, excluyendo la influencia de variables confusoras, permitiéndonos un dato más real. Los Trastornos de personalidad no han sido, sin embargo, muy estudiados en las comunidades terapéuticas³⁴⁵, aunque un indeterminado pero numeroso grupo de pacientes con este trastorno recibe tratamientos en recursos para

drogodependencias³⁴⁶ .y en general la presencia de un Trastorno de personalidad se asocia con una menor adhesión al tratamiento^{347,348} y con el abandono prematuro del mismo³⁴⁸. Los resultados de las intervenciones terapéuticas sobre TLP son difíciles de interpretar por la falta de estudios controlados que evalúen su eficacia³⁴⁹. En una revisión y meta-análisis³⁵⁰ de 2010 sobre 41 estudios en Trastorno límite, se obtuvieron cifras muy variables de cumplimiento terapéutico, que van desde el 36,0% al 100,0%, con una tasa global del 71,0%. Al ser un trastorno que hasta la fecha no tiene un tratamiento farmacológico específico, el abandono voluntario podría deberse al “síntoma impulsividad” asociado, que no siempre es bien controlado por los tratamientos actuales, aunque mejora cuando el tiempo de estancia en comunidad terapéutica es prolongado³⁵¹. En el grupo de TLP del presente estudio ocurre que tienen niveles educativos superiores y actividad laboral de modo más frecuente que en el resto de patologías y tienden a abandonar el centro cuando consideran conseguidos sus propios objetivos (abstinencia temprana). Otra posible explicación es la dificultad que estos pacientes tienen al sometimiento a las normas y en el manejo de las relaciones interpersonales grupales, lo que podría facilitar el abandono del programa terapéutico.

En resumen, determinados factores condicionan el tipo de alta del tratamiento. Se asume que este resultado es un buen indicador de éxito terapéutico. No es fácil establecer comparación con otros estudios sobre el tema, en gran medida por las particularidades propias de las CCTT, más aún en el caso de pacientes con PDG, aunque los resultados principales coinciden con publicaciones previas. Así, el ser mujer y tener un nivel educativo superior supone mejor pronóstico, mientras que determinados diagnósticos como el Trastorno Límite de Personalidad y los Trastornos psicóticos, así como el policonsumo, son marcadores de mal pronóstico. Estos factores pronósticos no parecen, por otra parte, diferir sustancialmente de los resultados obtenidos en otras modalidades terapéuticas diferentes de las CCTT como en el citado estudio³²² de tratamiento con naltrexona. Sí difieren sin embargo, con los resultados de estudios realizados en programas de mantenimiento con metadona, cuya adherencia alcanza porcentajes más elevados de hasta el 46,2%³⁵² a los seis años, o del 72,0% a los dos años³⁵³. La adherencia al tratamiento observada en los programas de mantenimiento con metadona suele ser elevada³⁵⁴, sobre todo si la comparamos con la lograda con otras modalidades terapéuticas. En una revisión de otros estudios³⁵⁵ comparativos de la eficacia del tratamiento con metadona vs. buprenorfina, los resultados son similares en cuanto

al tiempo de abstinencia³⁵⁶, retención en los programas y mejoría general de la calidad de vida, pero siempre con datos variables. Una crítica, precisamente, habitual a los resultados ofrecidos por los programas de mantenimiento con metadona, es que no suelen ofrecer datos de lo que sucede cuando se discontinúa el tratamiento, aunque es de suponer que el éxito inicial de estos programas durante la fase de mantenimiento con metadona no se mantenga en igual intensidad tras discontinuar la misma. Es necesaria la permanencia en los programas un tiempo suficiente para conseguir mejoras relevantes en la vida del adicto^{357,358,359}. La mayoría de los estudios recomiendan tratamientos prolongados. Se han comparado tratamientos con metadona durante largos periodos de tiempo, respecto a otros programas de mantenimiento durante periodos más limitados. Los programas de corta duración arrojaron mayores tasa de recaídas y mortalidad, una vez formalizada el alta terapéutica^{360,361}.

En un estudio³⁶² sobre comunidades terapéuticas en Inglaterra en que la heroína fue la principal sustancia de abuso, la estancia media fue de 80,2 días. El 25,0% de los pacientes completaron 90 días o más. No se encontró asociación entre la duración de la estancia y la edad, sexo, vía de administración, policonsumo de drogas, tiempo de consumo o inicio en edad de consumo. El porcentaje de alta terapéutica fue del 13,0%. Los programas de CT consiguen reducciones importantes en el consumo de drogas en el momento del seguimiento, en comparación con las otras modalidades³⁶³. Los resultados encontrados en los diferentes estudios de seguimiento revisados son los siguientes³⁶⁴: aproximadamente dos tercios de los pacientes que completan el tratamiento en CT en el seguimiento a un año de haber concluido permanecen en abstinencia. Los resultados son mejores para aquellos pacientes que han permanecido más tiempo en CT y mucho mejores para los que han completado el programa terapéutico que para los que abandonaron antes de terminarlo. Los estudios que valoran los resultados de los tratamientos realizados en nuestro país son escasos y generalmente son estudios de seguimiento que debido a sus características metodológicas, solo informan acerca de los pacientes en un momento puntual, pero de los cuales no se puede realizar ninguna inferencia razonable sobre los efectos de la intervención a muy largo plazo. En este sentido, nuestro estudio debería ser continuado con un seguimiento prolongado en el tiempo sobre la evolución de los diferentes marcadores de éxito terapéutico (tiempo de abstinencia, medidas de adaptación social...) en los usuarios que fueron incluidos en el programa.

6. DISCUSIÓN GENERAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

En este trabajo se ha estudiado la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con trastornos por usos de sustancias ingresados en una comunidad terapéutica profesional con una unidad psiquiátrica propia. El objetivo general ha sido determinar la prevalencia de la psicopatología asociada en los dependientes de sustancias de abuso admitidos a tratamiento en este centro. Se ha realizado una revisión extensa de la bibliografía, que nos ha permitido evaluar la importancia de la patología dual grave en los recursos destinados al tratamiento de las adicciones. Los usuarios de las comunidades terapéuticas, son en general pacientes que han agotado otros caminos de la red asistencial, con tratamientos previos seguidos de recaídas, y que debido a su particular diagnóstico, se asocian a menudo con peores resultados en los tratamientos por dependencia de drogas¹⁸³.

Tal como se presupuso al formular las hipótesis de trabajo, además de la elevada prevalencia de PDG encontrada, la descripción general de la muestra a estudio arroja diferencias respecto a las de otros recursos terapéuticos en cuanto a prevalencia. Es cierto, no obstante, que en nuestro estudio falta una mejor caracterización de la muestra de procedencia, lo que condiciona su representatividad. Sin embargo, debemos poner en valor la evidencia clínica de la elevada prevalencia de la patología dual grave en el contexto de este estudio. Alcanza el 40,37% de los pacientes a pesar de los criterios restrictivos utilizados, y de sus múltiples repercusiones tanto para los enfermos y su entorno familiar, como para los profesionales que se ocupan de su tratamiento. Es por ello que parece fundamental una adecuada evaluación diagnóstica en las drogodependencias¹⁹⁸. Además, los datos de comorbilidad psiquiátrica en nuestra muestra, con el 39,7% de los pacientes que tiene más de un diagnóstico psiquiátrico, complican aún más las posibles soluciones terapéuticas. Sería conveniente trabajar en una mejor homogeneización de los criterios diagnósticos tanto para las dependencias como para las enfermedades mentales, así como en una mayor fiabilidad de los datos, lo que permitiría comparativas más ajustadas entre los diferentes estudios.

Se ha evidenciado, además de la importancia de la prevalencia de PDG, el perfil del drogodependiente como usuario de más de una sustancia, con un patrón de policonsumo que afecta al 94,5% de la muestra considerada al incluir las llamadas drogas legales. Por otra parte se han encontrado notables diferencias en

función del género y en los diferentes subgrupos de PDG. Es destacable el gran porcentaje de fumadores de la muestra, (81,8%), siendo la nicotina la sustancia de mayor abuso entre todas las estudiadas. En este sentido, corrobora estudios previos sobre la comorbilidad de la dependencia del tabaco en pacientes psiquiátricos^{129,130}. También llama la atención el elevado porcentaje de dependientes de cocaína, (78,2%), que es la droga ilegal de mayor consumo en CT, y la importancia de la dependencia de cannabis, con el 51,7% de los ingresados. Esta doble evidencia debe abrir nuevas perspectivas en el tratamiento de estos pacientes, tanto en comunidades terapéuticas como en otros recursos asistenciales.

Se han estudiado los diferentes subtipos de PDG en función de su patología psiquiátrica de base, según los criterios metodológicos descritos, observándose características diferenciadoras que nos han parecido de interés. Es destacable que aquellos pacientes con diagnóstico de T psicóticos, son mayoritariamente varones con bajo nivel de estudios y peor pronóstico en el tratamiento. Los diagnosticados de T. afectivos presentan mayor edad en el inicio del consumo de sustancias y al inicio del estudio; son mayoritariamente mujeres y dependientes del alcohol. Los pacientes con diagnóstico de TLP, también son en su mayoría mujeres, en situación de actividad laboral y con niveles educativos superiores. La dependencia de cocaína es la más prevalente en este grupo y abandonan el tratamiento sin los objetivos terapéuticos cumplidos. El grupo correspondiente a los diagnosticados de T. graves de ansiedad presentan mayor dependencia de alcohol e hipnosedantes, elevada comorbilidad y un buen pronóstico al alta comparado con los otros grupos. En el grupo diagnosticado de TDAH, las edades de inicio del consumo y del estudio, son menores que en los demás grupos, son fundamentalmente varones, con mayor dependencia de tabaco, cannabis y cocaína que los otros grupos. En el heterogéneo subgrupo de "Otras patologías" hay mayor porcentaje de mujeres, mayor nivel de empleo, menor policonsumo y mayor frecuencia de comorbilidad psiquiátrica, especialmente con T. de ansiedad.

Es importante considerar las variables de estudio que se relacionan con el alta terapéutica, como la edad de inicio del consumo problemático de sustancias, algo más elevada en los de peor pronóstico. El mejor comportamiento al alta en los pacientes de menor edad ha de suponer la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de la PDG en los pacientes dependientes. También el mayor

nivel de estudios se relaciona con mejores resultados de alta terapéutica y es sensiblemente mejor en las mujeres, lo que podría indicar la importancia de programas quizá más específicos y diferenciales para sus necesidades de tratamiento. La evolución y pronóstico son variables en función del tipo de sustancia y de la patología de base. Así, hemos encontrado que la dependencia de opiáceos condiciona el pronóstico de modo desfavorable en relación a otras sustancias. También debe destacarse que el policonsumo se comporta como un indicador de peor pronóstico, disminuyendo el porcentaje de altas terapéuticas. Como cabía esperar, variables como la mayor gravedad de la psicopatología estudiada, en este caso los Trastornos psicóticos, disminuyen el éxito terapéutico medido en función del alta, del mismo modo que ocurre con el T. límite de personalidad.

Sería deseable plantearse la importancia de las variables predictoras de pronóstico terapéutico, tomándolas en consideración a la hora de planificar los tratamientos. Cabe señalar la conveniencia, ahora más que nunca, de individualizar al máximo los programas terapéuticos adaptándolos a cada variable, y no al revés, pues como se ha descrito en este trabajo, son las variables individuales las que marcan el pronóstico.

Este estudio se ha circunscrito a un ámbito reducido, el de la CT, por lo que la extrapolación de los resultados no ha de ser literal. Sin embargo, debería servir para establecer programas de actuación terapéutica integrales, que parecen ser los más adecuados para el abordaje de ambos trastornos; en definitiva, el adecuado diagnóstico y tratamiento de la Patología Dual Grave, en cualquiera de los recursos asistenciales.

VII. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la exposición de los datos, los resultados obtenidos y su posterior discusión, podríamos extraer las siguientes conclusiones en función de los objetivos planteados en este estudio:

1. La prevalencia de Patología Dual Grave en la muestra es 0,4037; esta cifra indica que el 40,37%% de los pacientes de nuestra muestra padecen uno o más trastornos psiquiátricos comórbidos graves, siendo mucho mayor que la hallada en población general.

2. Existen notables diferencias de género en las variables analizadas en nuestro estudio: en mujeres encontramos un menor número de admisiones, mayor edad de inicio de consumo, mayor nivel de estudios, mayor porcentaje de alta terapéutica y mayor prevalencia de Trastornos afectivos, Trastorno límite de personalidad y "Otras patologías". Al contrario, la prevalencia de Trastornos psicóticos, y Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es mucho menor.

3. El tabaco y la cocaína son las dependencias más prevalentes en los pacientes de nuestra muestra, seguidas del alcohol, el cannabis, los opiáceos y los hipnosedantes. Las patologías psiquiátricas más prevalentes son los Trastornos de la personalidad, seguidos de los Trastornos afectivos graves y los psicóticos. En el grupo diagnosticado de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encuentra una mayor prevalencia de consumo de tabaco y una menor edad en el inicio del consumo de sustancias de abuso.

4. Los diagnosticados de Trastornos de ansiedad han tenido un menor número de ingresos hospitalarios y mayor dependencia de hipnosedantes. Las menores tasas de policonsumo y mayores de comorbilidad psiquiátrica se dan en los diagnosticados de "Otras patologías". En los Trastornos psicóticos, hay mayor porcentaje de varones, menor nivel de estudios, y peor pronóstico al alta. En los Trastornos afectivos, el género, la comorbilidad psiquiátrica y el aumento en la edad de inicio del estudio incrementan el riesgo de diagnóstico. En los diagnosticados de Trastorno límite de personalidad se dan mayores niveles académicos y de ocupación laboral, así como mayor prevalencia de dependencia de cocaína y de comorbilidad psiquiátrica.

5. En el 29,5% de los casos el alta es terapéutica (objetivos cumplidos). Los diagnosticados de Trastornos de ansiedad son los pacientes que presentan un mejor cumplimiento terapéutico en comparación al resto de grupos. Se encuentran peores respuestas terapéuticas en los Trastornos psicóticos, Trastorno límite de personalidad, y Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los pacientes dependientes de opiáceos también tienen peor pronóstico.

6. El perfil del usuario relacionado con una mejor respuesta terapéutica es el de una mujer, sin ingresos previos en comunidad o en hospitales, con dependencia de cannabis, y con comorbilidad psiquiátrica con Trastornos afectivos o de ansiedad. Tras el ajuste oportuno, el diagnóstico de Psicosis, el de Trastorno límite de personalidad, el policonsumo, el menor nivel de estudios y una mayor edad al inicio del estudio, suponen factores predictores de una mala evolución en la terapia.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

-
1. American Psychiatric Association. DSM -IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
 2. UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (2010). United Nations World Drug Report.[Acceso:3 de febrero 2011]. Disponible en:
http://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WDR2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-_SP.pdf.
 3. Rubio FJ. El consumo de drogas como un desencadenante más en el origen de la enfermedad mental. *Nómadas* 2006; 1: 319-323.
 4. López-Muñoz F, Álamo C, editores. Historia de la Neuropsicofarmacología. Madrid: Ediciones Eurobook y Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá; 1998.
 5. Pascual F. Antecedentes históricos de las adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. En: Torres MA, (coord.) Historia de las adicciones en la España Contemporánea. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2009. p. 13-14.
 6. Gamella JF. Heroína en España, 1977-1996. *Claves de razón práctica* 1997; 72: 20-30.
 7. Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 2 del OED. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999. p. 15-37.
 8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2009. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea; 2009.
 9. Gamella JF, Álvarez A. Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Barcelona: Ed. Ariel; 2002.
 10. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia de SIDA, 2008. [Acceso: 17 enero 2010]. Disponible en:
<http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1510.2008.GlobalReporten.zip>
 11. EDADES. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas 2007-2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2008.
 12. El cannabis y su relación con el consumo de otras sustancias. En: Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre el consumo de cannabis. Barcelona: Ed. Glosa S.L.; 2007.
 13. Sistema Estatal de Información sobre Toxicómanos (SEIT). Memorias de 1987 a 1995. Madrid: Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 1996.
 14. Núñez A, Soto C, Castro A. Pautas actuales del consumo de drogas en España. En: Consumo de drogas en España: reflexiones sobre sus tendencias epidemiológicas y sociales. *Psiquiatría Pública* 1998; 10:15-16.
 15. OMS. CIE-10: Trastornos Mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
 16. Escamez J, Falcó P, García R, Altabella J, Aznar J. Educación para la salud. Un programa de prevención escolar de la drogadicción. Valencia: Generalitat Valenciana. FAD - NAU libres; 1993.
 17. Hartnoll R. Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator Definitive protocol Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe; 1994.

18. Freixa F, Alarcon C. Alcohol. En: Freixa F y Soler PA, editores. Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella; 1981.
19. Bogen E. The human toxicology of alcohol. En: Emerson H, editores. Alcohol and Man. New York: The Macmillan Company; 1932.
20. Burbige EJ, Lewis DR, Halsted CH. Alcohol and gastrointestinal tract. *Med Clin North Am* 1984; 68: 77-89.
21. Gronbaek M, Becker U, Johansen D, Gottschau A, Schnohr P, Hein HO, et al. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease and cancer. *Ann Intern Med* 2000; 191: 411-419.
22. Urbano-Márquez A, Estruch R, Navarro-López F, Grau JM, Mont LI, Rubin E. The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. *N Engl J Med* 1989; 320: 409-415.
23. Aguilera MT, de la Sierra A, Coca A, Estruch R, Fernández-Solà J, Urbano-Márquez A. Effect of alcohol abstinence on blood pressure: assessment by 24 hour ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 1999; 33: 653-657.
24. Estruch R. Efectos cardiovasculares del alcohol. *Med Clin* 1995; 105: 628-635.
25. Monforte R, Estruch R, Graus F, Nicolas JM, Urbano-Márquez A. High ethanol consumption as risk factor for intracerebral hemorrhage in young and middle-aged people. *Stroke* 1990; 21: 1529-1532.
26. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones* 2002; 14 Supl 1: 43-61.
27. García-Vicent V. Curso de formación en drogodependencias para farmacéuticos. Módulo 3. Septiembre-Noviembre 2009. Tema 8. El tabaco. Revista profesional de formación continuada. Aula de la Farmacia. Volumen 5. nº 63. Octubre 2009; p. 19-49.
28. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington; 1999.
29. García-Vicent V. "El opio: de sustancia curativa a sustancia adictiva". En: García-Vicent. "Alteraciones hormonales en sujetos adictos a opiáceos y regulación tras la abstinencia con el uso de naltrexona" (Tesis doctoral). Madrid: Universidad de Alcalá, 2002.
30. Comas D. La sociedad de consumo y las drogas. *Historia* 16, 1987; 133: 86-95.
31. Sutcliffe J, Duin N. El opio: la cura milagrosa que consiguió millones de adictos. En: *Historia de la Medicina*. Barcelona: Ed. Blume; 1993.
32. Volkow N. Serie de reportes de investigación. Adicción a la heroína. *NIH* 2005; 2: 4165.
33. García-Vicent V, Ochoa E. Efectos neuroendocrinos de la naltrexona. En: Tratamiento de la dependencia de opiáceos con antagonistas: Clínica de Naltrexona. Madrid: MASSON S.A.; 2001. p. 57-68.
34. Ramos Atance JA, Fernández Ruiz J. Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones* 2000; 12: 26.
35. Navarro M, Rodríguez de Fonseca F. Cannabinoides y conducta adictiva [resumen]. *Adicciones* 2000; 12 Supl 2: 97-108.
36. Quiroga M. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. [resumen]. *Adicciones* 2000; 12: 135-148.
37. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. En: Pascual F, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. *Adicciones* 2001; 13 Supl 2: 37-46.

-
38. Pascual Pastor, F. Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. [resumen]. *Adicciones* 2001; 13 Supl 2: 7-22.
 39. Lázaro J M. España es el país con mayor consumo de cocaína del mundo. *El País* 2005, 2 de septiembre, p. 32.
 40. Barrio G. El proceso de difusión del consumo de crack en España: características epidemiológicas y consecuencias para la salud (Tesis doctoral) Madrid: UAM; 1998.
 41. Ambrosio E. Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos Adictivos* 2008; 10:151-165.
 42. Blanco P, Sirvent C. Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Rev Esp Drogodepend* 2006; 31: 335.
 43. O'Brien CP. Drug addiction and drug abuse. En: Goodman and Gilman's. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. JG Hardman and LE Limbird, editores. McGraw-Hill: New York; 1996. p. 557-578.
 44. Woods JE, Katz JL, Winger G. Abuse and therapeutic use of benzodiazepines and benzodiazepine-like drugs. En: *Psychopharmacology: the fourth generation of Progress*. Floyd E Bloom and David J Kupfer, editores. Raven Press Ltd, New York; 1995.
 45. Camí J, Farré M. Drug adiction. *N Engl J Med*. 2003; 349: 975-986.
 46. Hidalgo MI, Redondo AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2009; 13: 252-274.
 47. Babor TF, Meyer RE, Mirin SM, McNamee HB, Davies M. Behavioral and social effects of heroin self-administration and withdrawal. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 363-367.
 48. Miller NS, Gold MS. Dependence syndrome: a critical analysis of essential features. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 282-291.
 49. Koob GF, Le Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 1997; 278: 52-58.
 50. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev* 1993; 18: 247-291.
 51. Piazza PV, Le Moal M. Patophysiological basis of vulnerability to drug abuse: Role of an interaction between stress, glucocorticoids and dopaminergic neurons. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1996; 36: 359-378.
 52. Nestler EJ. Molecular mechanisms of drug adiction. *J Neurosci* 1992; 12: 2439-2450.
 53. Ayesta FJ. Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Adicciones* 2002; 14 Supl 1: 63-70.
 54. Gardner EL. Brain reward mechanisms. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Baltimore: Williams & Wilkins 1997; p. 51-85.
 55. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
 56. Weinstein A, Feldtkeller B, Malizia A. Integrating the cognitive and physiological aspects of craving. *J Psychopharmacol* 1998; 12: 31-38.
 57. Schuster CR, Fischman MW, Johanson CE. Internal stimulus control and subjective effects of drugs. *NIDA* 1984; 274: 116-129.
 58. Mirin SM, Meyer RE, Mc Namee HB. Psychopathology and mood during heroin use: acute vs. chronic effects. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1503-1508.
 59. Jasinski DR. Stimulus control and drug dependence. *NIDA* 1984; 274: 155-156.

60. Smolka M, Schmidt LG. The influence of heroin dose and route of administration on the severity of the opiate withdrawal syndrome. *Addiction* 1999; 94: 1191-1198.
61. O'Brien CP, Greenstein R, Ternes J, McLellan AT, Grabowski J. En: Harris LS, editores. Unreinforced self-injections: Effects on rituals and outcome in heroin addicts. *NIDA* 1979; Monog 27.
62. Stitzer ML, Griffiths RR, Bigelow GE, Liebson IA. Social stimulus factors in drug effects in human subjects. *NIDA* 1984; 274: 130-154.
63. Brady JV. Common mechanisms in substance abuse. *NIDA* 1984; 274: 11-20.
64. Lasagna L. Towards an approachment between clinical pharmacology and behavioral pharmacology. *NIDA* 1984; 274: 21-26.
65. Levinson PK. An analysis of commonalities in substance abuse and habitual behavior. *NIDA* 1984; 274: 27-41.
66. Thompson T. Behavioral pharmacology of human drug dependence. *NIDA* 1984; 274: 1-62.
67. Wikcler A. Dynamics of drug dependence. Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 611-616.
68. Martin WR, Jasinski DR. Physiological parameters of morphine in man -tolerance, early abstinence, protracted abstinence. *J Psychiatr Res* 1969; 7: 9-17.
69. Childress AR, McLellan AT, O'Brien CP. Abstinent opiate abusers exhibit conditioned craving, conditioned withdrawal and reductions in both through extinction. *Br J Addict* 1986; 81: 655-660.
70. O'Brien CP, Childress AR, McLellan AT, Ternes J, Ehrman RN. Use of naltrexone to extinguish opioid-conditioned responses. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 53-56.
71. Battjes RJ. Symbolic interaction theory: a perspective on drug abuse and its treatment. *Int J Addict* 1984; 19: 675-688.
72. Shaffer HJ. Conceptual crises and the addictions: a philosophy of science perspective. *J Subst Abuse Treat* 1986; 3: 285-296.
73. García-Vicent V, Ochoa E. Drogodependencias en la infancia y la adolescencia. En: *Psicopatología en la Clínica Pediátrica*. Madrid: ERGON, 2010; p. 169-182.
74. Kleber HD. The nosology of abuse and dependence. *J Psychiat Res* 1990; 24: 57-64.
75. Gálvez R, Rodríguez-Contreras R, López RM. Enfermedades mentales. En: Piédrola G. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1991.
76. Valmisa E, Alén M, Amo M, del Pino R, Díaz D, Fernández G. et al. *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía : 2008-2012*. Sevilla: Consejería de Salud; 2008.
77. ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) proyect. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 Supl 420: 1-64.
78. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. [Acceso 18 septiembre 2010] Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.
79. Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado. En: *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Plan de calidad. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.

-
80. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. (2^a ed). New York: Guilford Press; 1998.
81. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Adults with attention deficit /hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Supl 7: 59-68.
82. Goldstein S. Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. En: Goldstein S, Ellison AT, editores. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002: 25-42.
83. Murphy K, Barkley RA, Bush T. Young adults with attentiondeficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 147-157.
84. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 9-20.
85. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Escuder G, Castells X, Casas M. TDAH en el adulto: perspectiva clínica. En Pichot P, Ezcurra J, González-Pinto A, Gutiérrez M, editores. *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula Médica, 2005; p. 399-443.
86. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatry comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-1798.
87. Barkley RA, Gordon M. Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implication for a clinical practice. En: Goldstein S, Ellison AT, editores. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press 2002; p. 43-69.
88. Sullivan MA, Levin FR. Attentiondeficit / hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 134: 251-270.
89. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998; 44: 269-273.
90. Stowell R J. A Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 98-104.
91. Woody G: The challenge of dual diagnosis. *Alcohol Health & Research World* 1996; 20: 76-80.
92. Campos MS, Martínez-Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales Sis San Navarra* 2002; 25 Supl 3: 117-136.
93. Mateu G, Astals M, Torrens M. Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones* 2005; 17 Supl 2: 112-115.
94. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff B, Gawin F. Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 43-51.
95. Kranzler H, Kadden RM, Babor T, Tenne H, Rounsaville B. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 1996; 91: 859-868.
96. Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. En: Meyer RE, editores. *Psychopathology and addictive disorders*. New York: Guilford Press; 1986.

97. Regier DA, Farmer MA, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.
98. Galbaud G, Newman SC, Bland RC. Psychiatric Comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of Clinical population. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 467-474.
99. Arechederra JJ, Arias F. Drogodependencias y psiquiatría: Avances clínicos y legales. Madrid: Ed. You & Us; 2000.
100. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Bases farmacológicas para el abordaje terapéutico de la Patología dual. En: Salvanés R, Álamo C, editores. Avances en Patología dual. Madrid: Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá; 1999.
101. Markou A, Kosten TR, Koob GF. Neurobiological similarities in Depression and Drug Dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 1998; 18:135-174.
102. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of ethiological theories. *Addict Behav* 1998; 23: 893-907.
103. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 2005; 67: 1-8.
104. Khantjian EJ. The self-medication hipótesis of addictive disorders. *Am Psychiatry* 1985; 142: 1259-1264.
105. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* 2003; 98: 1493-1500.
106. Chambers RA, Cristal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 71-83
107. Casas M, Roncero C, Colom J. Avances en conductas adictivas. En: Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 1995. p.741-749.
- 108 Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 224-230.
109. Janowsky DS, El-Yousef MK, Davis JM, Sekerke HJ. Provocation of schizophrenics symptoms by intravenous administration of methylphenidate. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 185-191.
110. Casteneda R, Galenter M, Franco H. Self-medications among addicts with primary psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 80-83.
111. Casas M, Prat G, Santís R. Trastornos por dependencia de sustancias psicótropas. En: Cervilla JA, García-Ribera C. Fundamentos biológicos en psiquiatría. Barcelona: Masson; 2000.
112. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Libro de casos. Barcelona: Masson 2007; p.65-79.
113. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Fundamentos neurobiológicos del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. En: Salvanés A, Álamo C, editores. Avances en Patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales. Madrid: Universidad de Alcalá, Servicio de Publicaciones; 1999. p. 143-162.
114. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsión and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex* 2000; 10: 318-325.
115. Corominas M, Roncero C, Bruguera E, Casas M. Sistema dopaminérgico y adicciones. *Rev Neurología* 2007; 44: 23-31.

-
116. San L, Arranz B, Martínez-Raga J. Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders. *Eur Addict Res* 2007; 13: 230-243.
117. Kessler R, Frank R, Edlund M, Katz S, Lin E, Leaf P. Difference in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *The N Engl J Med* 1997; 336:551-557.
118. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Huges M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
119. Hasin D, Grant B. Major depression in 6,050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 794-800.
120. Villagómez RE, Meyer T J, Lin MM, Brown LS. Post-traumatic stress disorder among inner city methadone maintenance patients. *J Subs Abuse Treat* 1995; 12: 253-257.
121. Dansky BS, Saladin ME, Coffey SF, Brady KT. Use of self-report measures of crime-related posttraumatic stress disorder with substance use disordered patients. *J Subs Abuse Treat* 1997; 14: 431-437.
122. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV. Drug Abuse and Dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 566-576.
123. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652-1658.
124. Vieta E, Martínez-Aran A, Nieto E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, et al. Adjunctive gabapentin treatment of bipolar disorder. *Eur Psychiatry*, 2000; 15: 433-437.
125. Randall CL, Book SW. Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Res Health* 2002; 26: 130-135.
126. Kushner MG, Sher KJ, Erickson DJ. Prospective analysis of the relation between DSM III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 723-732.
127. Cooney JL, Stevens TA, Cooney NL. Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance-use disorders. En: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editores. *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker, 1998; p. 223-261.
128. Ziedonis DM, Williams JM. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 305-315.
129. Sobradie N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos* 2007; 9: 30-36.
130. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 993-997.
131. De Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 453-455.
132. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A casual analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 36-43.
133. Abbott PJ, Weller SB, Walker SR. Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *J Addict Dis* 1994; 13: 1-11.

134. Brooner RK, King VL, Kidorf M, et al. Psychiatric and substance use comorbidity among treated-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 71-80.
135. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend* 2001; 61: 271-280.
136. Darke S, Ross J. Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug Alcohol Depend* 1997; 48: 135-141.
137. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. Consumo de cannabis y desarrollo de Psicosis: estado actual. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35: 182-189.
138. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Aust NZ J Psychiatry* 2000; 34: 26-34.
139. Farini Duggan J, Aust M. Marihuana psychoses. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1976; 22: 63-70.
140. Sembhi S, Lee JW. Cannabis use in psychotic patients. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 529-532.
141. Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord* 2001; 65:105-115.
142. Grant BF. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depresión: epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 37:199-206.
143. Bricker JB, Russo J, Stein MB, Sherbourne C, Clarke M, Schaufnagel TJ, Roy-Byrne P. Does occasional cannabis use impact anxiety and depression treatment outcomes? Results from a randomized effectiveness trial. *Depress Anxiety* 2006; 24: 392-398.
144. Chen CY, Wagner FA, Anthony JC. Marijuana use and the risk of major depressive episode. Epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:199-206.
145. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002; 325:1195-1198.
146. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Jamrozik K, Mamun AA, Alati R, Bor W. Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 408-417.
147. Moran C. Depersonalization and agoraphobia associated with marijuana use. *Br J Med Psicol* 1986 ; 59: 187-196.
148. Ochoa E, Salvador E, Madoz-Gúrpide A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes consumidores de sustancias. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Disponible en: www.interpsiquis.com Febrero-Marzo 2010. Psiquiatria.com
149. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample attention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-313.
150. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 673-683.
151. Díez A, Figueroa A, Soutullo C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 135-155.

-
152. Rossi G. Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas. *Rev Psiquiatr Urug* 2009; 73: 109-118.
153. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 21-29.
154. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95: 90-96.
155. Ochoa E. Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28: 40-52.
156. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 1999; 35: 93-100.
157. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 26-30.
158. Volkow ND. Drug abuse and mental illness: Progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatr* 2001; 158: 1181-1183.
159. Martino S, McCance-Kant E, Workman OJ. The development of a dual diagnosis partial hospital program. *Dev Ambul Ment Health Care* 1995; 2: 145-165.
160. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin N Am* 1999; 22: 241-252.
161. Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, Rothfleisch JM, Bailey SE, Sayre SL et al. Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. *Drug Alcohol Depend* 2000; 60: 189-198.
162. Rounsaville B, Carroll K. Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA Res Monogr* 1991; 110: 227-251.
163. Schmitz JM, Averill P, Stotts AL, Moeller FG, Rhoades HM, Grabowski J. Fluoxetine treatment of cocaine dependent patients with major depressive disorder. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 207-214.
164. Rosenbaum JF. Cocaine and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1320.
165. Biederman J, Wilen T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit / hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; 104: 20.
166. Busto UE, Romach MK, Sellers EM. Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 51-57.
167. Kosten TR, Fontana A, Sernyak MJ, Rosenheck R. Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 : 454-459.
168. Clark RE, Xie H, Brunette MF. Benzodiazepine prescription practices and substance abuse in persons with severe mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 151-155.
169. Gálvez J, Rincón D. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. *Rev Colomb Psiquiat* 2009; 38: 143-176.
170. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones* 2008; 20: 315-319.

171. Arias F, Rubio G, López-Muñoz F, Ferre F. Introducción al tratamiento de la Patología dual: aspectos asistenciales y terapéuticos. En: Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
172. Green AI, Noordsy DL, Brunette MF, O'Keefe C. Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34: 61-71.
173. Drake RE, Wallach MA, McGovern MP. Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2005; 56: 1297-1302.
174. Durell J, Lechtemberg B, Corse S, Frances RJ. Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 415-428.
175. Usieto EG, Pernia MC, Pascual C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de Patología dual. *Rehabilitación psicosocial* 2006; 3: 26-32.
176. Guardia J, Prat G, Casas M. Trastornos psicóticos asociados al alcoholismo. En: Casas M, Gutierrez M, San L, editores. *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1994.
177. Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales; 2002.
178. García-Vicent V. La Patología dual y los tratamientos integrados. *Revista SOLIDARIOS: Boletín trimestral de la FEAFES (Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental)* 1º trimestre 2006; nº 3: 10-11.
179. Young J. *La sociedad excluyente*. Madrid / Barcelona: Marcial Pons; 2003.
180. Comas D. *El tratamiento de las drogodependencias y las Comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el PNSD; 1988.
181. Comas D. *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: GID; 2006.
182. Comas D. *Los estudios de seguimiento: una experiencia metodológica*, Madrid: Fundamentos; 1992.
183. Fernández C, Llorente JM, Carrón J. *Sistema estándar de evaluación de la A.P.C.T.T. Asociación de Profesionales de Comunidades terapéuticas para Toxicómanos*; 1995.
184. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Research Monograph* 1993; 137: 123-146.
185. Annis HM. Relapse to substance abuse: empirical findings within a cognitive-social learning approach. *J Psychoactive Drugs* 1990; 22: 117-124.
186. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press; 1991.
187. Llorente JM. *Validación del DTCQ-H en la población Española. Cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína. (Tesis doctoral)*. Madrid: UN ED; 1997.
188. Fernández C, Llorente JM. *Evaluación Cognitivo-conductual de heroínómanos en Comunidad terapéutica*. *Adicciones* 1996; 8: 161-176.
189. Stanton MD. Family treatment approaches to drug abuse problems: a review. *Fam Process* 1979; 18: 251-280.

-
190. Stanton MD, Thomas TC. Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. New York, Guilford Press; 1982.
191. Hoffman NG, Halikas JA, Mee-Lee D, Wedman RD. Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. Washington DC: Am Soc Addict Med; 1991.
192. Apsler R, Harding WM. Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research. In: Background Papers on Drug Abuse Financing and Services Approach: Drug Abuse Services Research Series, number 1, DHHS Publication (ADM) 91-177. Rockville, Md, National Institute on Drug Abuse, 1991.
193. De León G, Rosenthal MS. Treatment in residential therapeutic communities. In: Treatments of Psychiatric Disorders: A Task Force. Report of the American Psychiatric Association, vol 2. Washington DC, APA; 1989.
194. Jarne A, Talam A. Introducción a los tratamientos en: Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer; Paidós Ibérica; 2009.
195. Brizer DA, Hartman N, Sweeney J, Millman RB. Effect of methadone plus neuroleptics on treatment-resistant chronic paranoid schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1106-1107.
196. De Montis GM, Devoto P, Tagliamonte A. Posible antidepressant activity of methadone. *Eur J Pharmacol* 1982; 79: 145-146.
197. Bodkin JL, Zornberg GL, Lucas SE, Cole JO. Buprenorphine treatment of refractory depression. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15: 49-57
198. Vergara-Moragues E. Comorbilidad psicopatológica en pacientes con dependencia de cocaína tratados en Comunidad terapéutica. (Tesis doctoral) Granada: UGR; 2010.
199. II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones 2004-2009. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía; 2001.
200. Ceverino A, Cuevas JM, García-Vicent V, Macías I, Martínez J. Descripción y análisis de la población de adictos en tratamiento en los programas terapéuticos de la Fundación Marbella Solidaria. FMS: Marbella; 2002 [en prensa].
201. Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado. En: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Plan de calidad. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
202. Barcia D, Pozo P, Roca J. Confidencialidad y consentimiento informado en Psiquiatría. Madrid: Ed. You & Us, S.A.; 1998.
203. Arechederra JJ, Ayuso PP, Choza J, Vicente J. Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos. Madrid: Ed International Marketing and Communications, S.A.; 1995.
204. Raskin VD, Miller NS. The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders: a critical review. *J Addict Dis* 1993; 12:45-57.
205. Informe sobre el Indicador Admisiones a Tratamiento en Andalucía 2009. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Sevilla: Consejería para la igualdad y bienestar social; 2009.
206. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010.
207. Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S. Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1058-1063.

208. Asociación Española de Patología Dual. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia diagnóstica y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. Madrid; 2008.[Acceso: 4 de Abril de 2011]
Disponible en URL: http://www.madridsalud.es/noticias/Presentacion_espada_nov08.pdf.
209. Casares-López MJ, González-Menéndez A, Bobes-Bascarán MT, Secades R, Martínez-Cordero A, Bobes J. Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones* 2011; 23: 37-44.
210. Rodríguez-Jiménez R, Aragües M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Prevalencia y características generales. *Invest Clín* 2008; 49: 195-205.
211. Menéndez L. La dependencia de drogas en la mujer. *Cuad Psi Comunitaria* 2001; 1: 70.
212. Ayuntamiento de Marbella. Memoria 2008.
213. IEA. Consejería de Economía y Hacienda. Sevilla: Junta de Andalucía; 2009.
214. Pérez-Abad M, Rodríguez-Quirós J, Ochoa-Mangado E, Ripoll-Sevillano E, Arranz-Peña MI. Monitorización analítica de drogas de abuso en el medio hospitalario. *Trastornos Adictivos* 2006; 8: 236-242.
215. Domínguez-Martín AL, Miranda-Estríbí MD, Pedrero-Pérez EJ, Pérez-López M, Puerta-García C. Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos* 2008; 10: 114-115.
216. Egea C, Pérez MD, Osuna E, Falcón M, Luna A. Perfil de los usuarios de una unidad móvil de drogodependencias en el sureste de España. *Adicciones* 2005; 17: 307-314.
217. Pericàs J, Bauzá ML, Pereiro I, Ponsell E. Policonsumo en la Universitat de les Illes Balears. *Prevención del tabaquismo* 2005; 7: 91.
218. Santos P, García-Merita ML, Barreto P. Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (U.D.R.). *Anales de psicología* 2001; 17: 171-176.
219. Cooney JL, Stevens TA, Cooney NL. Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance-use disorders. En: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editores. *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker; 1998. p. 223-261.
220. Forcada R, Santos F. Alternativas en tratamientos en régimen residencial: tratamiento del alcoholismo y comunidades para jóvenes. *Trastornos Adictivos*. 1999; 1: 259-265.
221. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J. et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004; 18:175-181.
222. Vázquez-Barquero JL, Santiago A, Díez-Manrique JF. La salud mental de la mujer en España. En: *La mujer y la salud en España. Informe básico*. Vol. 3. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales; 1992.
223. Wyatt RJ, Alexander RC, Egan MF, Kirch DG. Schizophrenia, just the facts: What we know, how well do we know it? *Schizophr Res* 1988; 1: 3-18.
224. Hambrecht M, Riecher-Rössler A, Fätkenheuer B, Louzä MR, Häfner H. Higher morbidity risk for schizophrenia in males: Fact or fiction? *Compr Psychiatry* 1994; 35: 39-49.
225. Ring N, Tantam D, Montague L, Newby D, Black D, Morris J. Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis focus on negative. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2003;30: 276-287.

-
226. Munk-Jorgensen P. First admission rates and marital status of schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 210-216.
227. MacDonald AW, Schulz SC. What we know: Findings that every theory of schizophrenia should explain. *Schizophr Bull* 2009; 35: 493-508.
228. Bolinches F, De Vicente P, Castellano M., Pérez-Gálvez B, Haro G, Martínez-Raga J. et al. Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos* 2002; 4: 218.
229. Du Paul G, Power JT, Anastopoulos AD, Reid R. *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. New York: Guilford Press; 1998.
230. Buitelaar JK, Engeland H. Epidemiological approaches. En: Sandberg S, editores. *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press 1996; p. 26-68.
231. Hendren, R.L. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través del ciclo vital. En J. Buendía, editores: *Psicopatología en niños y adolescentes*. Desarrollos Actuales. Madrid: Pirámide 2004. p.197-214.
232. Rivas T, Bersabé R, Castro S. Prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental* 2001; 24: 25-31.
233. Arnáez C, Marina -González PA, Secades R, Fernández-Hermida JR. Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencia en Asturias. *Adicciones* 2004; 16: 81-90.
234. Urbano Aljama A. El uso diferencial, según la variable género, de las herramientas terapéuticas en el tratamiento residencial. *Trastornos Adictivos* 2006; 8: 276-281.
235. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A. Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos con naltrexona. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36:197-204.
236. Ochoa E, Arias F, Somoza JC, López-Ibor JJ. Tratamiento con naltrexona en dependientes de opiáceos: dos años y medio de seguimiento. *Arch Neurobiol* 1992; 55: 224-227.
237. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1997; 185: 475-482.
238. Vicente N, Díaz H, Ochoa E. Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatria.com*. 2001; 5.
239. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from metaanalysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 565-571.
240. MacDonald AW, Schulz SC. What we know: Findings that every theory of schizophrenia should explain. *Schizophr Bull* 2009; 35: 493-508.
241. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV. Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-627.
242. Aragonés E, Piñol JL, Ramos-Quiroga JA, López-cortacans G, Caballero A, Bosch R. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Rev Esp salud pública* 2010; 84 : 417-422.

243. Robustella GV, Acerbi E. Desórdenes afectivos en la mujer. *Alcmeon* 2005; 12: 391-401.
244. Kuperberg G, Heckers S. Schizophrenia and cognitive function. *Curr Opin Neurobiol* 2000; 10: 205-210
245. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research* 2004; 72: 41-51.
246. Green MF, Nuechterlein K, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S et al. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: The NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 301-307.
247. Herranz JL, Argumosa A. Trastorno con déficit de atención e hiperactividad. *Bol Pediatr* 2000; 40: 88-92.
248. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
249. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Escuder G, Castells X, Casas M. TDAH en el adulto: perspectiva clínica. En Pichot P, Ezcurra J, González-Pinto A, Gutiérrez M, editores. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid: Aula Médica; 2005. p. 399-443.
250. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol* 2006; 42: 600-606.
251. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2 ed. New York: Guilford Press; 1998.
252. Goldstein S. Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. En Goldstein S, Ellison AT, editores. Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention. San Diego: Academic Press; 2002. p. 25-42.
253. Murphy K, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 147-57.
254. O'Leary K, Brouwers P, Gerdner D. Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 106-111.
255. Crum RM, Ford DE. The effect of psychiatric symptoms on the recognition of alcohol disorders in primary care patients. *Int J Psychiatr Med* 1994; 24:63-82.
256. Jhonson JG, Spitzer RL, William JB, Kroenke K, Linzer M, Brody D et al. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:133-140.
257. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnbergere JI, Hesselbrock VM, Crowe RR, Kramer J. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 1997; 92: 1289 -1304.
258. Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman J, et al. Depressed patient with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 907- 915.
259. Brown ES, Thomas NR, Carmody T, Mahadi S, Nejtck VA. Atypical antipsychotics in bipolar and schizoaffective disorders. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34: 80-81.
260. Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric Comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 378-385.

-
261. Hesselbrock MN, Meyer R, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1050-1055.
262. Lorea I, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N. Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones* 2009; 21: 57-64.
263. Ochoa E. Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28:40-52.
264. Pedrero EJ. Los trastornos de personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones* 2003; 15: 203-220.
265. Kleinman PH, Miller AD, Millman RB et al. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 442-447.
266. López -Durán A, Becoña E, Casete L, Lage MT, Díaz-Castro E, García-Janeiro JM. et al. Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos* 2007; 9: 215-227
267. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1023-1031.
268. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorders. En: Jaffee S, editores. *Pediatric substance use disorders*. Philadelphia: Saunders; 1996. p. 73-91.
269. Correas J, Ibáñez- Cuadrado A, García -Blázquez V, Saíz -Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto. En: Quintero Gutierrez del Álamo FJ, Correas J, Quintero Lumbreras FJ, editores. *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: Ergon; 2006.
270. Wilens TE. The nature of the relationship between attention-deficit /hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 4-8.
271. Khantzian E. The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1259-1264.
272. Kaminer Y. Clinical implications of the relationship between attention-deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Am J Addict* 1992; 1: 257-264.
273. Lynskey MT, Hall W. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a casual link? *Addiction* 2001; 96: 815-822.
274. Becoña E, Míguez MC. Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología* 2004; 1: 99-112.
275. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnosis. *Am J Addict* 2005; 14: 319-327.
276. Levin ED, Simon BB, Connors CK. Nicotine effects and attention deficit /hyperactivity disorder. En: Piasecky M, Newhouse PA, editores. *Nicotine in psychiatry. Psychopathology and emerging therapeutics*. Washington DC: American Psychiatric Press 2000; p. 203-214.
277. Sobradie N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos* 2007; 9: 31-38.
278. Ziedonis D, Kosten T, Glazer W, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Commun Psychiat* 1994; 45: 204-206.
279. Jiménez O, Castro E, Camacho S. ¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos? *Psiquiatría Clínica* 1999; 11: 192-195.

280. Martínez-Ortega JM, Gurpegui M, Díaz FJ, De León J. Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones* 2004; 16: 177-190.
281. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and Psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 26-34.
282. Jiménez-Castro L, Raventós H, Escamilla MA. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias. *Act Esp Psiquiatr* 2011; 39: 123-130.
283. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg L, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ Clin Res* 2002; 325: 1199-2005.
284. Weiser M, Reichemberg A, Rabinowitz J, Kaplan Z, Caspi A, Yasvizky R, et al. Self-reported drug abuse in male adolescents with behavioral disturbances, and follow-up for future schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 655-660.
285. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, De Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population based study. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 319-327.
286. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult Psychosis: longitudinal prospective study. *Br Med J* 2002; 325:1212-1213.
287. Veen ND, Seltén JP, van der Tweel L, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 501-506.
288. Henquet C, Murray R, Linszen D, Van Os J. The environment and schizophrenia: The role of cannabis use. *Schizophr Bull* 2005; 31: 608-612.
289. Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of Psychosis? *Can J psychiatry* 2006; 51: 556-565.
290. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Mc Clay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1117-1127.
291. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt Hc, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 237-242.
292. Arendt M, Rosemberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Cannabis-induced Psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 510-515.
293. Arias F, Sánchez S, Padín JJ. Influencia del consumo de drogas en las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30: 65-73.
294. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: Service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 227-232.
295. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J Nerv Mental Dis* 1989; 177: 408-414.
296. Brady KT, Anton R, Ballenger JC, Lydiard RB, Adinoff B, Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1990;147: 1164-1167.
297. Ochoa E, Salvador E, Madoz-Gúrpide. A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes consumidores de sustancias. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2010. Disponible en:www.interpsiquis.com febrero-marzo 2010. Psiquiatria.com.

-
298. Moreno Gómez A, Álvarez Romero M, Lobato López D. Déficit de atención e hiperactividad en adultos y niños. Una revisión. 11.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Disponible en: www.interpsiquis.com -febrero-marzo 2010 Psiquiatría.com.
299. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol* 2006; 42: 600-606.
300. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 9-20.
301. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Escuder G, Castells X, Casas M. TDAH en el adulto: perspectiva clínica. En Pichot P, Ezcurra J, González-Pinto A, Gutiérrez M, editores. *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula Médica; 2005. p. 399-443.
302. Barkley RA, Gordon M. Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implication for a clinical practice. En: Goldstein S, Ellison AT, editores. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002. p. 43-69.
303. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, La Padula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 565-576.
304. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985; 24: 211-220.
305. Gastó C. Antidepresivos en los trastornos de la personalidad. En: Vallejo J, Gastó C, editores. *Antidepresivos en la clínica psiquiátrica*. Barcelona: Mosby /Doyma 1996; pp.79-89.
306. Tyrer P, Gunderson J, Lyons M, Tohen M. Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *J Personality Disord* 1997; 11: 242-259.
307. Vieta E, Reinares M. Trastorno bipolar y ciclotimia. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ed. ENE Life Publicidad S.A. y editores; 2009. p.315-323
308. Mirapeix C. Trastornos de la personalidad. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ed. ENE Life Publicidad S.A. y editores; 2009. p. 425-448.
309. Péliissolo A, André C, Chignon JM, Dutoit D, Martin P. Anxiety disorders in private practice psychiatric out-patients: prevalence, comorbidity and burden (DELTA study). *Encephale* 2002; 28: 510-519.
310. Carrillo V. Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2005; 2: 120-141.
311. Wexler HK, De Leon G. The Therapeutic Community: Multivariate Prediction of Retention. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1977; 4: 145-151.
312. Aron WS, Daily DW. Graduates and splitees from therapeutic community drug treatment programs: A comparison. *Int J Addict* 1976; 11:1-18.
313. Secades R, Fernández-Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones* 2000; 12: 356.

314. O'Brien CP. Trexan in opioid addiction. A comprehensive. Product Monograph 1984; 1-54.
315. Arias F. Comorbilidad de trastornos psiquiátrico y trastornos adictivos. En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz-Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001; p. 105-125.
316. Madoz-Gúrpide A, Sais-Amorim A, Baca-García E, Ochoa E. Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29: 221-227.
317. Lois E, Álvarez JA. Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010; Disponible en: www.interpsiquis.com Febrero-Marzo 2010. Psiquiatría.com
318. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea I. Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Trastornos Adictivos 2008;10:104-111.
319. Kranzler HR, Del Boca FK, Rounsaville BJ. Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: posttreatment natural history study. J Stud Alcohol 1996; 57: 619-626.
320. Guerrero Huesca JA, García -Aurrecochea VR, Díaz- Negrete DB, Balanzario MC. Adherencia a tratamiento en una muestra de usuarios de drogas en Centros de Integración Juvenil. Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 99-09. México: 2001.
321. Kelly SM, O'Grady Ke, Mitchell SG, Brown BS, Scharwrtz RP. Predictors of methadone treatment retention from a multi site study. A survival analysis. Drug Alcohol Depend 2011; [en prensa].
322. Ochoa E. Madoz-Gurpide A. Situación actual de los programas con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Revisión de su efectividad. Adicciones 2005; 17: 226-229.
323. NTIES. National Treatment Improvement Evaluation Study. Center For Substance Abuse Treatment 1997. The Final Report. Disponible en URL: www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf.
324. Rush TV. Predicting treatment outcomes for juvenile and young-adult clients in the Pennsylvania substance-abuse system. En: Beschner GM, Friedman AS, editores. Youth drug abuse: problems, issues and treatment. Lexington, MA: Lexington Books; 1979.
325. Aizpiri J, Barbado JA, Cañones PJ, Fernández- Camacho A, Gonçalves F, Rodríguez - Sendín J. et al. Trastornos por sustancias de abuso (y III). Medicina General 2002; 48: 814-823.
326. Greenstein RA, Arndt IC, McLellan AT, O'Brien CP, Evans B. Naltrexone: A clinical perspective. J Clin Psychiatry 1984; 45: 25-28.
327. Kleber HD, Kosten TR. Naltrexone induction: Psychologic and pharmacologic strategies. J Clin Psychiatry 1984; 45: 29-38.
328. Albanese AP, Gevirtz C, Oppenheim B, Field JM, Abels I, Eustace JC. Outcome y six month follow up of patients after Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD). J Addict Dis 2000; 19: 11-28.
329. Bell JR, Young MR, Masterman SC, Morris A, Mattick RP, Bammer G. A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence. Med J Aust 1999; 171: 26-30.

-
330. Pino Serrano C. Desintoxicación rápida de opiáceos. Estudio descriptivo sobre cincuenta pacientes heroínómanos y su seguimiento a uno, tres y seis meses. *Psiquiatría Pública* 1996; 8: 279-291.
331. Avila JJ, Ortega L, Rodríguez F, Pérez A, Izquierdo JA, Garrido E. Tratamiento de pacientes dependientes a opiáceos con naltrexona y abordaje psicoterapéutico. XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Salamanca; 1993.
332. Lerner A, Sigal M, Bacalu A, Shiff R, Burganskil, Gelkopf M. A naltrexone double blind placebo controlled study in Israel. *Israel J Psychiatry Related Sci* 1992; 29: 36-43.
333. D'Ippoliti D, Davoli M, Perucci CA, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment of heroinusers in Italy: the role of treatment type y of methadone maintenance dosage. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 167-171.
334. De Jong CA, Roozen HG, Van Rossum LG, Krabbe PF, Kerkhof AJ. High Abstinence Rates in Heroin Addicts by a New Comprehensive Treatment Approach. *Am J Addict* 2007; 16: 124-130.
335. Madoz-Gúrpide A, Ochoa E, Salvador E, Baca-García E. Definición del perfil de indicación de los programas de naltrexona en la adicción a opiáceos: aplicación clínica de las técnicas de análisis de supervivencia. *Adicciones* 2003; 15: 57-76.
336. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken L.S. et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatr* 1999; 56: 493-501.
337. Sánchez-Hervás E, Secades R, Santonja FJ, Zacarés F, García-Rodríguez O, Martín-Yáñez E. et al. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones* 2010; 22: 59-64.
338. Rodríguez-Morales A, Gutiérrez Casares JR, Cañas F, Burón JA, Puig C, Tejeda LM. Adherencia terapéutica y estrategias de tratamiento: registro en la enfermedad mental (Estudio Adhere). *Psiquiatr Biol* 2006; 13 :33.
339. Salazar Li C, Ortega- García MD, Gómez- Martínez R, Martínez- Martínez C, León Allué L. Rodríguez-Carretero G. Abuso de tóxicos e incumplimiento terapéutico en trastornos psicóticos. *Psiquiatr Biol* 2006; 13 Supl 3 : 35.
340. Santamarina S, Iglesias C. Esquizofrenia y sustancias psicótropas de consumo frecuente en nuestro medio. *Adicciones* 2001; 13: 385-391.
341. Wilk J, Marcus SC, West J, Countis L, Hall R, Regier DA, et al. Substance abuse and the management of medication non adherence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 454-457.
342. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: Service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 227-232.
343. Ortiz -Lobo A. Esquizofrenia y consumo de drogas. *Psiquiatría Pública*. Vol. 10. Núm. 6. Noviembre-diciembre 1998. p.372.
344. Arias F, Sánchez S, Padín JJ. Consumo de drogas y riesgo de recaída en la esquizofrenia. *Psiquiatr Biol* 2002; 9: 63-67.
345. Fernández-Montalvo J, López-Goñi J J, Landa N, Illescas C, Lorea I., Zarzuela A. Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Int J Clin Health Psychol* 2004; 4: 271-283.
346. Gunderson JG. *Borderline Personality disorder. A Clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press; 2001.

347. Hunter E, Powell B, Penick E, Nickel J, Liskow B, Centrell P, Landon J. Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41: 334-338.
348. Wölver W, Burtscheid W, Redner C, Schwartz R, Gaebel W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 103: 30-37.
349. Tyrer P, Bateman AW. Drug treatment for personality disorders. *Adv Psychiatr Treatm* 2004; 10: 389-398.
350. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 May;123: 327-338.
351. Bankston SM, Carroll DD, Cron SG, Granmayeh LK, Marcus MT, Moeller FG et al. Substance abuser impulsivity decreases with a nine-month stay in a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol abuse* 2009; 35: 417-420.
352. Fernández Miranda JJ, González G-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Gutiérrez Cienfuegos E, Bobes García J. Retención a los 6 años en un programa de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Rev Esp Drogodependencias* 2001; 1: 43-56.
353. Torrens M, Castillo C, Pérez-Solá V. Retention in a low threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend* 1996; 41: 55-59.
354. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Terapia de mantenimiento con metadona versus la no administración de tratamiento de sustitución con opiáceos para la dependencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
355. Simoens S, Matheson C, Bond C, Inkster K, Ludbrook A. The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence *Br J Gen Pract* 2005; 55: 139-146.
356. Ahmadi J. Methadone versus buprenorphine maintenance for the treatment of heroin-dependent outpatients. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24: 217-220.
357. Ward J, Mattick R, Hall W. Key issues in methadone maintenance treatment. Sydney: New South Wales University Press; 1992.
358. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. Nueva York: Springer-Verlag; 1991.
359. Parrino MW. State methadone treatment guidelines. U.S. department of health and human services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center; 1992.
360. Caplehorn JRM. A comparison of abstinence oriented and indefinite methadone maintenance treatment. *Int J Addiction* 1994; 29: 1361-1375.
361. Zanis DA, Woody GE. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 257-260.
362. Keen J, Oliver P, Rowse G, Mathers N. Residential rehabilitation for drug users: a review of 13 months intake to a therapeutic community. *Fam Pract* 2001; 18: 545-548.

363. Hubbard R L, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997; 11: 261-278.

364. Girón García S. Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos* 2007; 9: 75-96.

IX. ANEXOS

ANEXOS DE LOS MODELOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

ANEXO I

HISTORIA UNIFICADA



Nombre y Apellidos:
 N° de Expediente: /..... Fecha de apertura: /..... /.....
 N° de la FIBAT:
 ¿Tiene Historia antigua? Si No (deben ir siempre juntas)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento: /..... /..... Es Pensionista Si No Tipo.....
 D.N.I.:..... N° de Seguridad Social:.....
 Lugar y Fecha de empadronamiento: /..... /.....
 Médico y Centro de Salud de referencia:.....
 Terapeuta de referencia en CAA:..... en CT:
 Domicilio (calle/plaza, n°, escalera, piso, puerta)

Localidad Provincia

Teléfonos de contacto de las personas **autorizadas a ser informadas**.

N° de teléfono	Persona de contacto	Relación
.....
.....
.....

CAA o CT	n°	Fecha de inicio	Fecha de alta	Tipo de alta	Retención

Nombre: (iniciales).....
Nº de expediente:.....

HISTORIA UNIFICADA



PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

nº:

(Diseñado durante el periodo de evaluación de cualquier programa por el terapeuta de referencia. Debe ser consensuado con el paciente y modificado cada vez que sea necesario –utilizar otra hoja–).

Tipo de tratamiento realizado: C.A.A. C.T.

Datos relevantes del diagnóstico:

Necesidades fundamentales detectadas:

Propuesta de tratamiento:

Objetivos a corto plazo:

Objetivos a medio y largo plazo:

Criterios de finalización del tratamiento:

Situación al finalizar el tratamiento (*motivo del alta, objetivos cumplidos, objetivos incumplidos y motivos, recomendaciones al alta...*):

Fecha de realización: / /

Firmado por:

Código de registro: F-PSI-01

Revisión: 0

Página 2 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA SOCIAL

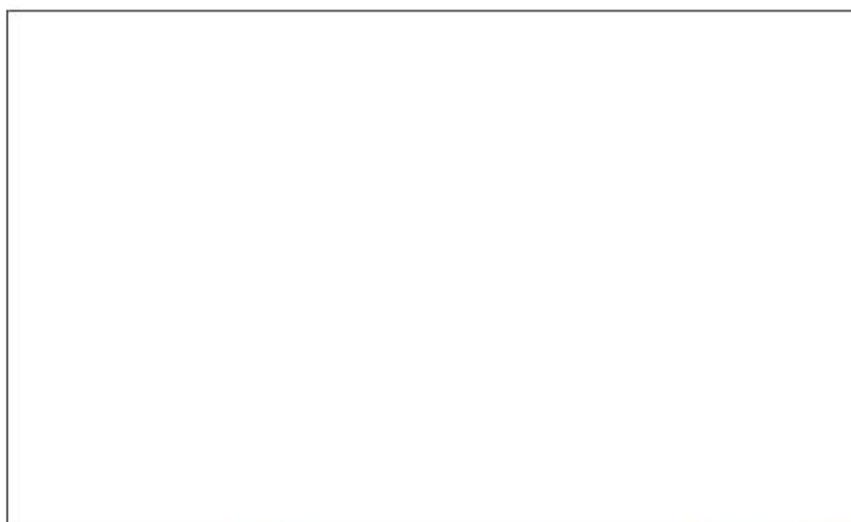


COMPOSICIÓN FAMILIAR

GENOGRAMA

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for drawing a genogram.

ANÁLISIS FAMILIAR

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing a family analysis.

Nombre: (iniciales).....
Nº de expediente:.....

HISTORIA SOCIAL



EVOLUCIÓN LABORAL

EDAD	PROFESIÓN	DURACIÓN	MOTIVO DEL CAMBIO

Observaciones

Situación laboral actual:

- Con contrato o relación laboral indefinida o autónomo (aunque esté de baja)
 Con contrato o relación laboral temporal
 Trabajando sin sueldo para la familia
 Parado no habiendo trabajado antes Parado habiendo trabajado antes
 Pensionista, incapacitado permanente Estudiando u opositando
 Realizando exclusivamente labores del hogar
 Desconocida En otra situación (especificar):

SITUACIÓN ECONÓMICA

	USUARIO	OTROS FAMILIARES
SALARIO MENSUAL		
PRESTACIÓN PARO		
PENSIÓN INCAPACIDAD		
PENSIÓN JUBILACIÓN		
ACTIVIDADES ILEGALES		
AYUDAS SOCIALES		
OTROS:		

Observaciones

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA SOCIAL



DATOS DE LA VIVIENDA (tipo de vivienda, condiciones...)

Unidad de convivencia actual:

- Solo/a
- Únicamente con pareja
- Únicamente con hijos/as
- Con pareja e hijos/as
- Con padres o familia de origen
- Con amigos/as
- Otros:

RELACIONES SOCIALES (grupos de amigos, con quién consume habitualmente ...)

OCIO Y TIEMPO LIBRE

Nombre: (iniciales).....
Nº de expediente:.....

HISTORIA SOCIAL



INCIDENCIAS LEGALES

Situación legal

1. Antecedentes penales
2. Libertad provisional
3. Prisión provisional
4. Remisión condicional
5. Prisión rég. cerrado
6. Tercer grado
7. Libertad condicional

Incidencias legales

1. Ninguna
2. Desconocida
3. Sanción Administrativa
4. Arrestos y detenciones
5. Causas pendientes
6. Condenas
7. Otras:.....

Tipos de delitos

- Posesión o tráfico
- Accidentes de tráfico
- Robos sin violencia física
- Robos con violencia física (atracos)
- Asesinatos

Observaciones

OTROS

Nivel de estudios alcanzado

1. No lee ni escribe
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Universitario Medio
7. Universitario Superior
8. Otro:.....
9. Desconocido

¿Cómo se financia la droga?

- Sueldo
- Familia
- Trapicheo
- Robos
- Prostitución

Nº de hijos:

1. Emancipados:
2. A cargo de:
3. En adopción:
4. En acogimiento:

Cursos de formación

1. No 2. Sí ¿cuál?

Idiomas

1. Inglés
2. Francés
3. Alemán
4. Otros:

Carnét de conducir

1. No 2. Sí

Observaciones

Fecha de realización:/...../.....

Firmado por:

Código de registro: F-SOC-01

Revisión: 0

Página 6 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

**SEGUIMIENTO
JUDICIAL**



SITUACION LEGAL

- **Antecedentes/Reincidencia:**
- **Cancelados:**
- **Vigentes:**
- **Condenas cumplidas:**
1 delito 2 delito 3 delito
Duración Duración Duración

- **Suspensión temporal de condena:**
- **Libertad provisional:**
- **Causas pendientes:**
1 delito 2 delito 3 delito
Duración Duración Duración

- **Recursos interpuestos:**

Observaciones:

[Empty box for observations]

Nombre: (iniciales).....
 N° de expediente:.....

**SEGUIMIENTO
 JUDICIAL**



nº.

Fecha	Nº Exp.	Juzgado	Fallo/Observaciones
..... D.P.....
..... P.A.....
..... Sent.....
..... Ejec.....

Fecha	Nº Exp.	Juzgado	Fallo/Observaciones
..... D.P.....
..... P.A.....
..... Sent.....
..... Ejec.....

Fecha	Nº Exp.	Juzgado	Fallo/Observaciones
..... D.P.....
..... P.A.....
..... Sent.....
..... Ejec.....

Fecha	Nº Exp.	Juzgado	Fallo/Observaciones
..... D.P.....
..... P.A.....
..... Sent.....
..... Ejec.....

Fecha	Nº Exp.	Juzgado	Fallo/Observaciones
..... D.P.....
..... P.A.....
..... Sent.....
..... Ejec.....

Fecha	Nº Exp.	Juzgado	Fallo/Observaciones
..... D.P.....
..... P.A.....
..... Sent.....
..... Ejec.....

Fecha de realización:/..../....

Firmado por:

Nombre:
(iniciales).....
Nº de
expediente:.....

HISTORIA CLÍNICA



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

nº:.....

Datos biométricos

TALLA: cm.

PESO

Fecha								
Kg.								

ESTADO DE NUTRICIÓN

Fecha								
IMC = peso/talla ²								
<20: desnutrición								
>30: obesidad								

Constantes vitales

TEMPERATURA

Fecha								
°C								

TENSIÓN ARTERIAL

Fecha								
Ts/Td								

FRECUENCIA CARDIACA

Fecha								
lpm								

FRECUENCIA RESPIRATORIA

Fecha								
rpm								

Conductas de riesgo:

Valoración venopunción:

Ninguna

Jeringas compartidas

Prácticas sexuales de riesgo

Estado inmunológico	1º dosis	2º dosis	3º dosis	Recuerdo	Observaciones
Hepatitis B Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Tétanos + Difterias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Rubéola Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

Código de registro: F-SAN-01

Revisión: 0

Página 10 de 30

Nombre: (iniciales).....
 N° de expediente:.....

HISTORIA CLÍNICA



Enfermedades Infecciosas Contagiosas (actuales o pasadas)

- Ninguna
 Tuberculosis
 Hepatitis B
 Hepatitis C
 VIH
 Otras (especificar):

Trastornos psiquiátricos

- Ninguno
 Esquizofrenia
 Psicosis tóxica; causa:
 Afectivo; tipo:
 Neurótico; tipo:
 Tr. de personalidad; tipo:
 Intento de suicidio
 Otros (especificar).....

Sexualidad	Observaciones
Relaciones sexuales	
Parejas último año	
Prostitución	
Homosexualidad	
Impotencia	
Líbido	
Menstruación	
Embarazos/ abortos	

Citas programadas	Fecha de petición	Fecha de consulta	Observaciones

Observaciones

Fecha de realización: / /

Firmado por:

Código de registro: F-SAN-01

Revisión: 0

Página 11 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
 N° de expediente:.....

HISTORIA CLÍNICA



HISTORIA MÉDICA

Antecedentes médicos y tratamientos previos

--

Antecedentes familiares

--

<i>Exploración por aparatos</i>	<i>Observaciones</i>
Piel y mucosas	
Cabeza y cara	
Ojos, nariz y oídos	
Boca	
Garganta	
Cuello	
Adenopatías	
Tórax	
Abdomen	
Extremidades	
Sistema nervioso	

Pruebas complementarias (si es un protocolo completo, misma fila)

<i>Fecha</i>	<i>Prueba</i>	<i>Resultados alterados</i>

Nombre: (iniciales).....
Nº de expediente:.....

HISTORIA CLÍNICA



HISTORIA TOXICOLÓGICA

ADICCIÓN	EDAD INICIO	¿LA USÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	¿LA USÓ EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	FRECUENCIA ULTIMOS 30 DIAS	VÍA
TABACO					
ALCOHOL					
CANNABIS					
ANFETAMINAS					
SED/HIPNOT.					
ALUCINÓG.					
HEROÍNA					
COCAÍNA					
HER/COCAINA					
METADONA					
OTROS OPI.					
INHALABLE					
LUDOPATÍA					
Otra:					

Diagnóstico toxicológico CIE-10 y DSM-IV-R (reseñar los cambios de diagnóstico y fecha):

Curva vital toxicológica de la droga principal (señalar edades y duración de los periodos de consumo, así como el motivo de las recaídas y remisiones si los hubiera).

AÑOS

Código de registro: F-SAN-01

Revisión: 0

Página 14 de 30

Nombre: (iniciales).....
 N° de expediente:.....

**HISTORIA
 CLÍNICA**



Intentos de deshabitación	Año	Duración meses	Abstinencia meses (después del tratamiento)

Tiempo abstinencia máximo
 Con tratamiento:..... meses
 Sin tratamiento:..... meses

Descripción de los síndromes de abstinencia:

Delirium tremens (describir número, pródromos, causas, tratamiento, duración...):

Episodios de sobredosis (describir número, tratamiento, si intención autolítica...):

Observaciones

Fecha de realización:/...../.....

Firmado por:

Código de registro: **F-SAN-01**

Revisión: **0**

Página 15 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
 N° de expediente:.....

**HISTORIA
CLÍNICA**



AUTORIZACIÓN SOBRE PRUEBAS MÉDICAS

n°

Yo, D./D^a.,
 con DNI n°, AUTORIZO a la Fundación Marbella Solidaria a
 solicitar e incluir en la Historia Clínica propia las siguientes pruebas médicas:

- Hemograma
- Bioquímica
- Baciloscopia
- Rayos X
- Mantoux
- VIH
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Sífilis

Éstas están incluidas en el Protocolo de pruebas médicas de acceso a tratamiento Terapéutico en los distintos Centros y Servicios de la Fundación Marbella Solidaria.

En Marbella a de de

Fdo.:

Los datos personales contenidos en el presente formulario son recogidos bajo el consentimiento del afectado y serán objeto de tratamiento automatizado e incorporados al sistema de información de la Fundación Marbella Solidaria. El uso de dichos datos estará restringido exclusivamente a la gestión municipal, pudiendo procederse a su cesión o comunicación a otras Administraciones Públicas o terceros en los supuestos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Los interesados podrán ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición por escrito en C.A.A Marbella Bda. La Patena C/ Juanar s/n, local 4.

Código de registro: **F-SAN-01**

Revisión: **0**

Página **17** de **30**

Nombre: (iniciales).....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSICOLÓGICA



SOCIODEMOGRÁFICOS

nº.....

- ¿Vives con alguien que consume actualmente drogas? Sí No
En caso de Sí, ¿en qué situación?

Relación	Condición (*)	Droga de consumo habitual
	0 1 2 3	
	0 1 2 3	
	0 1 2 3	
	0 1 2 3	
	0 1 2 3	
	0 1 2 3	

(*) 0: Desconocido 1: Consumo no problemático 2: Abuso 3: Dependencia

NUEVO INGRESO

En estos días:

- ¿Se ha producido algún cambio en tu vida diaria? Sí No
Señalar:.....

ÁREA DE MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Tratamiento actual

¿De quien surgió la idea de dejar las drogas?

- De mi mismo
- De mi familia de origen
- De mi familia creada
- De amigos
- Del médico de zona
- De Salud Mental
- De los Servicios Sociales Comunitarios
- Otros:.....

¿Por qué quieres desintoxicarte en este momento? ¿Cuales son las razones fundamentales para buscar ayuda para tu problema de drogadicción? (Problemas de salud, familiares, relación pareja, problema justicia, sociales, deseo nueva vida, rechazo vida actual, depresión...)

¿Por qué este centro específicamente?

Código de registro: F-PSI-01

Revisión: 0

Página 18 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
 Nº de expediente:.....

HISTORIA PSICOLÓGICA



¿Qué tipo de cambios positivos esperas que se produzcan en tu vida si abandonas las drogas? *(Dominar mi vida, salud, trabajo, relaciones personales, nuevo entorno social)*

¿Qué tipo de cambios negativos esperas que se produzcan en tu vida si abandonas las drogas? *(Pérdida de amigos, pérdida entorno social, desorientación, ninguno...)*

¿Qué posibilidades tienes de conseguir tu objetivo de dejar las drogas? *Puntuación de 1 a 10*

¿Qué esperas de nosotros? ¿En qué aspecto te podemos ayudar?
(Cambio de actitud, prevención recaídas, toma decisiones, desintoxicación, información...)

¿Cuál ha sido el periodo máximo en que te has mantenido abstinente? ¿Cómo lo conseguiste? ¿cuál fue el motivo de la recaída?

Última Recaída

¿Cuál fue el motivo del primer consumo?

Pensamientos que tuviste después de consumir:

¿Cuál fue el motivo de la recaída?

Código de registro: F-PSI-01

Revisión: 0

Página 19 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSICOLÓGICA



“CAGE” (alcohol)

¿Has tenido alguna vez la impresión de que deberías beber menos? Sí No

¿Te ha molestado alguna vez la gente, criticando tu forma de beber?

Sí No

¿Te has sentido alguna vez mal o culpable por tu costumbre de beber?

Sí No

¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para liberarte de una resaca?

Sí No

Observaciones:

Fecha de realización: / /

Firmado por:

Código de registro: F-PSI-01

Revisión: 0

Página 21 de 30

Nombre: (iniciales).....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSICOLÓGICA



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Documento	Fecha de realización
<input type="checkbox"/> Plan Individualizado de Tratamiento	
<input type="checkbox"/> Calendario Asistencia a Grupos Terapéuticos	
<input type="checkbox"/> SCL-90-R	
<input type="checkbox"/> Escala de Habilidades Sociales (Gismero)	
<input type="checkbox"/> RSES	
<input type="checkbox"/> Cuestionario de Seguridad en Situaciones de Riesgo (C.S.S.R.C.)	
<input type="checkbox"/> Inventario de Conductas de Afrontamiento (Litman y cols.)	
<input type="checkbox"/> BDI (Inventario de depresión de Beck)	
<input type="checkbox"/> Plantilla de Planificación de Salidas Terapéuticas	
<input type="checkbox"/> Plantilla Informe de Seguimiento I (sólo pacientes FADA)	
<input type="checkbox"/> Plantilla Informe de Seguimiento II (sólo FADA)	
<input type="checkbox"/> Plantilla Informe de Alta Terapéutica	
Otros instrumentos:	
<input type="checkbox"/> Lista de Autoevaluación Conductual (Upper, Cautela y Brooks)	
<input type="checkbox"/> 16 PF	
<input type="checkbox"/> RAS (Inventario de Rathus)	
<input type="checkbox"/> Malt-s	
<input type="checkbox"/> BIS-11	
<input type="checkbox"/> BDHI	
<input type="checkbox"/> SSS (V)	
<input type="checkbox"/> SADS	
<input type="checkbox"/> SSI	
<input type="checkbox"/> Entrevista psicológica de Amplio Espectro	
<input type="checkbox"/> MOCQ	
<input type="checkbox"/> MRS	
<input type="checkbox"/> HRSD	

Fecha de realización:/...../.....

Firmado por:

Código de registro: F-PSI-01

Revisión: 0

Página 22 de 30

Nombre:
(iniciales).....
Nº de
expediente:.....

HISTORIA UNIFICADA



PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES GRUPALES

nº:

ADAPTACIÓN

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

AUTOCONTROL EMOCIONAL

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

AUTOESTIMA

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

HABILIDADES SOCIALES

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

ORIENTACIÓN PROFESIONAL

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

ESCUELA DE SALUD

Fecha de inicio/...../..... Fecha de fin/...../..... nº de sesiones

Observaciones

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSIQUIATRICA



Motivo de consulta (derivación):

Antecedentes psiquiátricos:

Antecedentes biográficos:

Antecedentes familiares:

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSIQUIATRICA



Motivo de consulta (derivación):

Antecedentes psiquiátricos:

Antecedentes biográficos:

Antecedentes familiares:

Código de registro: F-PSQ-01

Revisión: 0

Página 24 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSIQUIATRICA



Enfermedad actual:

Código de registro: F-PSQ-01

Revisión: 0

Página 25 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSIQUIATRICA



Personalidad previa:

Exploración psicopatológica:

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

HISTORIA PSIQUIATRICA



Juicio diagnóstico CIE-10 y DSM-IV-R *(a la realización de la historia; no incluir los toxicológicos):*

Diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-R *(reseñar los cambios de diagnóstico y fecha):*

Actitud (tratamiento):

Fecha de realización: / /

Firmado por:

Código de registro: F-PSQ-01

Revisión: 0

Página 27 de 30

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a.....
, de años de edad, con DNI n^o, por medio del
 presente documento,

AUTORIZO/A DE FORMA VOLUNTARIA a los profesionales del Centro
 perteneciente a la Fundación Marbella
 Solidaria, al tratamiento de mi adicción, en régimen

DECLARO/A HABER SIDO INFORMADO/A Y ADVERTIDO/A:

- Del Reglamento de Régimen Interno, de mis derechos y deberes, de las normas de funcionamiento, del régimen de admisiones y bajas así como del horario del centro y de sus servicios.
- De que el/los familiar/es responsable/s tendrá/n derecho a ser informado/s sobre mi proceso terapéutico, a menos que no dé mi consentimiento para ello, y que para ello tendrá/n el deber de conocer y cumplir las indicaciones que establezcan los profesionales para la correcta atención de los usuarios.
- De que deberé someterme a los registros de pertenencias y a los controles de analítica toxicológica supervisados que el Equipo Terapéutico considere oportuno realizar.

Para posibilitar el buen desarrollo del programa ME COMPROMETO A:

- Participar activamente en mi proceso terapéutico y respetar, aceptar y cumplir las normas del Centro, contempladas en el Reglamento de Régimen Interno, a los profesionales y sus indicaciones.

El incumplimiento de este compromiso me puede llevar a la baja en el Centro.

Habiendo sido informados y aceptando los compromisos reseñados firman el presente CONSENTIMIENTO, en Marbella, a..... de de

Firmado y conformes:

El paciente

Familiar responsable

Director del Centro

Los datos personales contenidos en el presente formulario son recogidos bajo el consentimiento del afectado y serán objeto de tratamiento automatizado e incorporados al sistema de información de la Fundación Marbella Solidaria. El uso de dichos datos estará restringido exclusivamente a la gestión municipal, pudiendo procederse a su cesión o comunicación a otras Administraciones Públicas o terceros en los supuestos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Los interesados podrán ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición por escrito en C.A.A Marbella Bda. La Patera C/ Juanar s/n, local 4.

Código de registro: F-SOC-01

Revisión: 0

Página 28 de 30

Nombre: *(iniciales)*.....
Nº de expediente:.....

**HISTORIA
UNIFICADA**



HOJA SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

nº

Fecha y Profesional	ANOTACIONES

ANEXO II			
CUESTIONARIO - 1	1	2	3
EDAD DE INICIO ESTUDIO			
SEXO	HOMBRE	MUJER	
ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	PRIMARIOS / SECUNDARIOS	SUPERIORES
SITUACIÓN LABORAL	ACTIVO	BAJA TEMPORAL / PERMANENTE	PARADO
EDAD DE INICIO DEL CONSUMO			
ALCOHOL	SÍ	NO	
TABACO	SÍ	NO	
OPIÁCEOS	SÍ	NO	
CANNABIS	SÍ	NO	
COCAÍNA	SÍ	NO	
HIPNOSEDANTES	SÍ	NO	
EDAD DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO			
LUGAR DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	CENTRO ADICCIONES	OTROS CENTROS	

ANEXO II			
CUESTIONARIO - 2	1	2	3
PSICOSIS	NO	SÍ	
TRASTORNOS AFECTIVOS GRAVES	NO	DEPRESIÓN MAYOR	TRASTORNO BIPOLAR
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	NO	TLP	OTROS TP
TDAH	SÍ	NO	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	SÍ	NO	
OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	SÍ	NO	
Nº DE INGRESOS HOSPITALARIOS			
Nº DE INGRESOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA			
TIPOS DE ALTA	NO TERAPÉUTICA	TERAPÉUTICA	
FALLECIMIENTO	SÍ	NO	