



UNIVERSIDAD DE GRANADA 2010

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

**Comorbilidad psicopatológica en pacientes con
dependencia de cocaína tratados en comunidad
terapéutica**

TESIS DOCTORAL

Defendida por:

Esperanza Vergara Moragues

Dirigida por:

Dr. D. Francisco Manuel González Saiz

Dr. D. Miguel Pérez García

Dr. D. Antonio Verdejo García

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Esperanza Vergara Moragues
D.L.: GR 614-2011
ISBN: 978-84-694-0155-2

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Psicología

Los directores Dr. Francisco Manuel González Saiz, Dr. Miguel Pérez García y Dr. Antonio Verdejo García autorizan la presentación de la tesis doctoral titulada: "Comorbilidad psicopatológica en pacientes con dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica" presentada por Esperanza Vergara Moragues.

Directores

Dr. Francisco Manuel González Saiz

Dr. Miguel Pérez García

Dr. Antonio Verdejo García

Doctoranda

Esperanza Vergara Moragues

A mi madre, padre y hermano

La solución es fijarnos metas que den significado a nuestra existencia, esto es, dedicarnos desinteresadamente a personas, grupos o causas. Sumergirnos en el trabajo social, político, intelectual o artístico, y desear pasiones que nos impidan cerrarnos en nosotros mismos.

(Simone de Beauvoir)

AGRADECIMIENTOS

Como es natural, un trabajo de estas características nunca puede ser atribuido a una sola persona, es por ello que aprovecho este espacio para agradecer a quienes han hecho posible esta tesis doctoral.

En primer lugar a mis directores. Al doctor Francisco González-Saiz por su constancia, por su profesionalidad, por su persona, por haberme transmitido tantos conocimientos, por su ejemplo, por haber creído en mí desde el principio, por su apoyo incondicional, su paciencia y, sobre todo, por hacer de estos tres años un sueño para mí. A los doctores Miguel Pérez y Antonio Verdejo por acercarme de nuevo al mundo de la neuropsicología y haberme transmitido entusiasmo hacia la investigación y conocimiento sobre la misma.

En segundo lugar me gustaría agradecer a todas y cada una de las personas que trabajan en el Servicio de Drogodependencia y Adicciones de la Fundación para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS) por hacerme el trabajo más fácil, en especial a José Manuel Rodríguez por dejarme hacer, a Josefa Gutiérrez por facilitarme todo lo que he necesitado durante este tiempo y a Izaskun Bilbao, Fermín Fernández y Rosario Ballesta porque de una manera u otra dieron luz a este proyecto y me han seguido durante el mismo. Además, agradecer a las directoras, directores y enlaces de las comunidades terapéuticas su colaboración, un placer.

Gracias a Óscar Lozano por hacerme ver que sin los datos y los análisis nada tiene sentido y por haberme animado en todo momento.

También agradecer al fabuloso equipo de trabajo del *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* (IMIM-Hospital del Mar), en especial a la doctora Marta Torrens porque desde el principio ha sido un referente tanto profesional como personal, por su generosidad, rigor, entusiasmo y sobre todo, su cercanía. A Joan Mestre y Laura Díaz por hacerme sentir como en casa y compartir conmigo tantos y tantos correos y llamadas cuando más lo necesitaba.

Gracias al Hogar GERASA por haberme enseñado este mundo que tanto me apasiona donde he podido crecer como persona y dar mis primeros pasos como profesional.

A mi madre (Esperanza), porque me ha demostrado que aunque las cosas no salgan como has planeado en la vida, es posible y necesario seguir adelante. Su superación me llena de orgullo y poder compartir con ella mi tiempo es el mejor de los regalos.

Gracias por creer en mí, gracias por enseñarme con el ejemplo, gracias por hacerme creer que nada es imposible y que un grano de arena puede cambiar el mundo. Gracias papá (Antonio). Es un orgullo para mí tenerte cerca y seguir aprendiendo de tu labor.

A mi hermano (Antonio José), mi amigo, mi ejemplo, mi camarada; gracias por estar ahí, por quererme y por apoyarme pase lo que pase. Siempre estaré tranquila mientras estés conmigo.

Muchas son las amigas y amigos que me han apoyado durante este tiempo y que han estado ahí a pesar de las distancias, sabéis quienes sois y sabéis que es imposible nombraros a todas y todos. Sin embargo, me gustaría resaltar a algunas personas que de alguna manera u otra han participado directamente en la elaboración de este trabajo. Ana por tu apoyo en las interminables tardes de repaso, por ayudarme a poner en palabras mis pensamientos y, sobre todo, por estar siempre ahí. Mariu, gracias por tus correcciones y por tantas horas que has pasado a mi lado durante este tiempo, en mis buenos y malos momentos. Pilar, gracias por haberle dado color y claridad al trabajo más importante que he realizado hasta ahora. Jose Luis (Moro), por las llamadas de última hora y las tardes de análisis. Fran, por tu colaboración en las traducciones, ha sido un placer volver a reencontrarme contigo. Gracias a todos porque, quizás sin daros cuenta, en muchos momentos me habéis levantado. Porque sin estar, estáis...

Después de los más de cien mil kilómetros recorridos en carretera, que han dado su fruto en este trabajo, miras hacia atrás y te preguntas cómo has sido capaz de llegar hasta aquí. Este proyecto no hubiera sido posible sin la participación altruista de todos y cada uno de los pacientes de este estudio. Gracias por enseñarme, gracias porque sin vosotras y vosotros no le hubiera encontrado sentido a todo esto. Ojalá podáis encontrar lo que buscáis algún día. Espero con franqueza haber podido aportar algo a la comprensión de vuestra enfermedad y haberos ayudado en algo. Porque sin vosotros nada de este trabajo tiene sentido.

Sencillamente gracias por un tiempo tan maravilloso.

La elaboración de este estudio ha sido posible gracias a la financiación del Plan Nacional sobre Drogas (2007 i 078) dentro de la convocatoria de ayudas para proyectos de investigación del 2007 y cuyo investigador principal es el doctor Francisco Manuel González Saiz.

ÍNDICE GENERAL

Abreviaturas	15
PRESENTACIÓN	17
1. INTRODUCCIÓN	21
Capítulo 1. Conceptualización de los trastornos por consumo de sustancias	23
1. Naturaleza de los trastornos por consumo de sustancias	24
1.1. El consumo de sustancias como fenómeno psicológico	24
1.2. Bases neurobiológicas de la adicción	28
1.3. Nuevas aproximaciones teóricas: aportaciones de la neuropsicología de las adicciones	29
2. Aspectos nosológicos y diagnósticos de la dependencia de sustancias.....	32
3. Instrumentos de evaluación clínica de la dependencia de sustancias.....	37
3.1 Instrumentos para la evaluación de la dependencia de sustancias.....	41
3.2. Instrumentos para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo	43
4. Puntos clave del capítulo	44
Capítulo 2. La cocaína como sustancia de consumo	47
1. Aspectos históricos del consumo de cocaína	48
2. Formas de presentación y vías de administración de la cocaína	49
3. Aspectos farmacocinéticos	51
4. Aspectos farmacodinámicos	54
5. Manifestaciones clínicas asociadas al consumo de cocaína	56
6. Aspectos neuropsicológicos del consumo de cocaína	60
7. Puntos clave del capítulo	63
Capítulo 3. Las comunidades terapéuticas como recurso asistencial en drogodependencias	65
1. El abordaje terapéutico en drogodependencias	66
1.1. La red asistencial en Andalucía	69
2. La comunidad terapéutica como modelo asistencial	70
2.1. La comunidad terapéutica en Andalucía	72
3. Evaluación de la efectividad en comunidad terapéutica	74
4. La comunidad terapéutica adaptada a pacientes con comorbilidad psicopatológica.....	79
5. Puntos clave del capítulo	83

Capítulo 4. Relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales	85
1. Comorbilidad psicopatológica y consumo de sustancias	86
2. Prevalencia de la comorbilidad psicopatológica	90
2.1. Estudios de prevalencia en población general	90
2.2. Estudios de prevalencia en población clínica con trastornos mentales	95
2.3. Estudios de prevalencia en población con trastornos por consumo de sustancias	96
3. Instrumentos de evaluación de la comorbilidad psicopatológica	99
3.1. <i>Psychiatric research interview for substances and mental disorders</i> (PRISM)	102
4. Puntos clave del capítulo	109
Capítulo 5. Comorbilidad psicopatológica y consumo de cocaína	111
1. Comorbilidad psicopatológica y consumo de cocaína	112
2. Comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y consumo de cocaína	113
2.1. Aspectos clínico-epidemiológicos de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos del estado de ánimo	113
2.2. Hipótesis de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos del estado de ánimo	120
2.3. Tratamiento y pronóstico de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos del estado de ánimo	123
3. Comorbilidad de los trastornos psicóticos y consumo de cocaína	125
3.1. Aspectos clínico-epidemiológicos de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos	125
3.2. Hipótesis de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos	137
3.3. Tratamiento y pronóstico de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos	139
4. Comorbilidad de los trastornos de ansiedad y consumo de cocaína	140
4.1. Aspectos clínico-epidemiológicos de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos de ansiedad	140
4.2. Hipótesis de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos de ansiedad	145
4.3. Tratamiento y pronóstico de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos de ansiedad	146
5. Comorbilidad de otros trastornos psicopatológicos y consumo de cocaína	147
5.1. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y consumo de cocaína	147
5.2. Comorbilidad de los trastornos de la personalidad y consumo de cocaína	155
5.3. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y consumo de cocaína	158
5.4. Comorbilidad del juego patológico y consumo de cocaína	162
6. Puntos clave del capítulo	165

2. ESTUDIOS EMPÍRICOS	167
Capítulo 6. Objetivos generales	169
Capítulo 7. Estudio 1: Prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes drogodependientes que ingresan en comunidades terapéuticas	173
1. Introducción	174
2. Objetivos e hipótesis	177
3. Metodología	178
3.1. Diseño y muestreo	178
3.2. Instrumentos de medida	179
3.3. Procedimientos	183
3.4. Análisis Estadístico	183
4. Resultados	184
4.1. Estimar la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes de nuevo ingreso en comunidad terapéutica	186
4.2. Describir el perfil sociodemográfico y toxicológico en función de presentar o no un “probable caso psiquiátrico”	187
4.3. Evaluar la relación entre la presencia de “probable caso psiquiátrico” y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico)	190
5. Discusión	197
6. Conclusiones	204
Capítulo 8. Estudio 2: Comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína ingresados en comunidad terapéutica	205
1. Introducción	206
2. Objetivos e hipótesis	209
3. Metodología	210
3.1. Diseño y muestreo	210
3.2. Instrumentos de medida	211
3.3. Procedimientos	217
3.4. Análisis Estadístico	219
4. Resultados	220
4.1. Estimar la prevalencia de trastornos psicopatológicos (nivel diagnóstico) en una muestra de pacientes diagnosticados de dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica	224
4.2. Analizar otras variables psicopatológicas al ingreso en comunidad terapéutica (nivel sintomático) asociados al consumo de cocaína	235
5. Discusión	241
6. Conclusiones	251

Capítulo 9. Estudio 3: Evaluación del valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento de pacientes dependientes de cocaína ingresados en comunidad terapéutica	253
1. Introducción	254
2. Objetivos e hipótesis	257
3. Metodología	258
3.1. Diseño	258
3.2. Instrumentos de medida	260
3.3. Análisis Estadístico	267
4. Resultados	268
4.1. Estudiar el cambio de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante el tratamiento	270
4.2. Evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico).....	285
5. Discusión.....	295
6. Conclusiones.....	301
3. DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS	303
Capítulo 10. Discusión general, conclusiones y perspectivas futuras	305
1. Discusión general	306
2. Conclusiones	311
3. Perspectivas Futuras	313
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	315
ANEXOS	353

ABREVIATURAS

- **APA:** *American Psychiatric Association*
- **CT:** Comunidad Terapéutica
- **CTA-AD:** Comunidades terapéuticas adaptadas
- **CTA:** Centros de Tratamiento Ambulatorio
- **DSM:** *Diagnostic and Statistical Manual*
- **EPTIC:** Episodios psicóticos transitorios inducidos por cocaína
- **FADAIS:** Fundación para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social
- **FIBAT:** Ficha Básica de Admisión a Tratamiento
- **ICA-RT:** Impresión Clínica al Alta sobre la Respuesta al Tratamiento
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OR:** *Odd ratio*
- **PNSD:** Plan Nacional sobre Drogas
- **PRISM:** *Psychiatric Research Interview for Substances and Mental Disorders*
- **PTM:** Programa de tratamiento con metadona
- **RDC :** *Research Diagnostic Criteria*
- **SiPASDA:** Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones
- **TA:** Trastorno de ansiedad
- **TAG:** Trastornos de ansiedad generalizado
- **TAP:** Trastorno Antisocial de la Personalidad
- **TCA:** Trastorno conducta alimentaria
- **TCS:** Trastorno por consumo de sustancias
- **TDAH:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- **TDM:** Trastorno de depresión mayor
- **TEA:** Trastorno del estado de ánimo
- **TEP:** Trastorno por estrés postraumático
- **TM:** Trastorno mental
- **TOC:** Trastorno obsesivo-compulsivo

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

La aparición de trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas es un asunto complejo que, hoy por hoy, no sólo conlleva un grave problema de índole social sino también de salud pública.

En el último informe mundial sobre el consumo de drogas redactado por Naciones Unidas (UNODC: *United Nations Office of Drugs and Crime*, 2010) se estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo consumieron sustancias ilícitas durante 2008. Asimismo, esta memoria señala que el número de demandas de tratamiento en relación con la cocaína ha aumentado considerablemente en Europa en los últimos años. En este contexto, el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanía (EMCDDA: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, 2009) ha indicado que el consumo de esta sustancia se concentra en pocos países, entre los que se encuentra España, donde el 8.3% de la población entre 15 y 64 años ha consumido cocaína alguna vez en la vida, situándose por delante de países como Reino Unido o Italia. Estas cifras se repiten en el último estudio de “La Población Andaluza ante las Drogas” que concluye que después del tabaco y el alcohol, las drogas con un consumo más extendido en esta población son el cannabis (20.2% ha consumido alguna vez en la vida) y la cocaína en polvo (5.6%) (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2010).

Al hecho de padecer un trastorno derivado del consumo de sustancias, que por sí mismo merma la calidad de vida de las personas, se añade el deterioro biopsicosocial que generalmente acompaña a los individuos con algún otro trastorno mental. Así, la presencia de comorbilidad psicopatológica conlleva el agravamiento de los problemas consecuentes al consumo de sustancias, tales como una severidad mayor de los trastornos, peor funcionamiento laboral, aparición de problemas familiares y sociales de mayor índole, peor adherencia al tratamiento, mayor demanda de servicios asistenciales, presencia de mayores tasas de mortalidad, etc. Por lo tanto, la consecuencia de la concomitancia de ambos trastornos perjudica considerablemente el funcionamiento de estas personas, agravando el pronóstico de cada una de ellas (Fridell & Hesse, 2006; Charney, Palacios-Boix, Negrete, Dobkin & Gill, 2005; Fernández-Montalvo et al., 2004; Herbeck, Hser, Lu, Stark & Paredes, 2006).

Los problemas derivados de la comorbilidad psicopatológica son engorrosos y como consecuencia, también lo es su abordaje. Así, las comunidades terapéuticas ofrecen un modelo de intervención multidisciplinar y muy estructurado cuyo objetivo base es conseguir un cambio global en el estilo de vida del paciente y, de esta manera, lograr que se enfrente a la vida al margen del consumo de sustancias.

A raíz de estos conocimientos, esta tesis propone:

1. esclarecer la prevalencia de los trastornos mentales comórbidos a los consumos de sustancias psicoactivas en general, y de cocaína en particular, en personas que inician tratamiento en una comunidad terapéutica y
2. dilucidar las consecuencias de la concomitancia de estos trastornos.

Con la finalidad de desarrollar estos objetivos, la tesis está estructurada en nueve capítulos divididos en tres secciones diferentes: (I) Introducción, (II) Estudios empíricos realizados y (III) Discusión general, conclusiones y perspectivas futuras.

La introducción teórica consta de cinco capítulos, cada uno de ellos finalizará con un apartado final remarcando los puntos clave tratados durante el mismo. Así, para contextualizar este trabajo, en el **Capítulo 1** se realiza una aproximación a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. A continuación, el **Capítulo 2** explica detalladamente las características de la sustancia en la cual se han centrado los estudios empíricos: la cocaína. Posteriormente, el **Capítulo 3** describe la composición de la red asistencial en drogodependencias, resaltando el modelo estudiado a lo largo de este trabajo: las comunidades terapéuticas. Detrás, el **Capítulo 4** detalla, *grosso modo*, la asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales. Por último, el **Capítulo 5** ahonda en la relación entre los principales trastornos mentales y el consumo de cocaína.

Con posterioridad se presenta la segunda sección compuesta por los tres estudios empíricos y la presentación de los mismos (**Capítulo 6**). El Estudio 1 (**Capítulo 7**) tiene como objetivo principal indagar la probable presencia de comorbilidad psicopatológica entre los pacientes de nuevo ingreso en una comunidad terapéutica. A consecuencia de que la droga más consumida entre todos los pacientes fue la cocaína, el Estudio 2 (**Capítulo 8**) se centra en evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre personas que presentan dependencia de esta sustancia. Finalmente, el Estudio 3 (**Capítulo 9**) pretende conocer pormenorizadamente la evolución durante el tratamiento de estos pacientes y profundizar en la influencia de la comorbilidad psicopatológica durante el mismo.

Para concluir, la tercera sección contiene el **Capítulo 10**, donde se discuten los principales hallazgos e implicaciones de los distintos estudios. Asimismo, se presenta en este apartado las conclusiones y perspectivas futuras de investigación promovidas por esta tesis.

1. INTRODUCCIÓN



CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

En este capítulo se abordan algunos aspectos generales del fenómeno de la drogodependencia. En primer lugar, se describe la naturaleza de los trastornos adictivos desde el modelo bio-psicosocial. A continuación, se hace un recorrido desde los antecedentes históricos hasta la actualidad sobre los aspectos nosológicos y diagnósticos de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y, por último, se aborda el proceso de evaluación de estos trastornos. Asimismo, se incluye también una clasificación de los instrumentos más utilizados en este ámbito.

1. NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo que puede ser definido desde muchas perspectivas (Volkow & Li, 2005; West, 2001), incluida la social (David & Tunks, 1991), ambiental (Dickerson & O'Connor, 2006), económica (Ainsle 1992; 2001; Hursh, Galuska, Winger & Woods, 2005), genética (Goldam, Oroszi & Ducci, 2005; Hiroi & Agatasuma, 2005), psicológica, neurobiológica y, más recientemente, la neuropsicológica (Goldman, Brown & Christiansen, 1987; Goldman, Boca & Darke, 1999; Koob & Le Moal, 2006; Robinson & Berridge, 2003). Esta complejidad sólo puede ser abordada desde un modelo explicativo de naturaleza multidisciplinar. Fueron Pomerleau & Pomerleau (1987) los que por primera vez propusieron el paradigma biopsicosocial en el campo de las adicciones, siendo en la actualidad el más aceptado por la mayoría de autores.

1.1. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS COMO FENÓMENO PSICOLÓGICO

La comprensión de los procesos psicológicos básicos relacionados con la conducta adictiva debe pasar tanto por el conocimiento de los componentes socio-culturales del individuo como por su modo de comprender y comportarse ante el mundo (Becoña, 2002, 2007). El modelo bio-psicosocial explica la conducta adictiva en función de factores relacionados con el contexto, la idiosincrasia individual y la interacción entre ambos. Asimismo, se debe realizar un análisis funcional de estos elementos para obtener un conocimiento completo de la conducta adictiva (Secades-Villa & Fernández Hermida, 2003).

Becoña (1999) parte de la necesidad de un modelo teórico explicativo para abordar el fenómeno de la adicción desde una perspectiva psicológica. Este autor establece la siguiente clasificación de teorías de comprensión de la drogodependencia (ver tabla 1):

- a. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.
- b. Teorías evolutivas y de estadios.
- c. Teorías integrativas y comprensivas.

Cada una de ellas viene definida por procesos psicológicos, ya sea de manera aislada o combinada con elementos explicativos de naturaleza biológica o social.

a) Teorías parciales o basadas en pocos componentes

Estas teorías se caracterizan por abordar la comprensión del consumo de sustancias con muy pocos elementos. Entre ellas se incluirían las teorías y modelos biológicos. Por un lado destaca la *hipótesis de la automedicación* (Khantzian, 1985), que propone que el consumo de sustancias puede mantenerse por los efectos de las mismas que son percibidos como terapéuticos por el sujeto en el contexto de una patología psicopatológica previa. Por otro lado, y derivado del *modelo de salud pública* (Bukoski, 1995) que incide en el papel de la resistencia individual ante el agente (las drogas), se encuentra el *modelo de creencias de salud* (Becker y Maiman, 1975) que constituye una aproximación psicosocial fundamentada en la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras percibidas para explicar la conducta relacionada con la salud. En este grupo de teorías parciales, también se encuentra uno de los modelos más relevantes para explicar las adicciones, la *teoría del aprendizaje*, que explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes concretas: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario. El primero explica el inicio y el mantenimiento del consumo de sustancias mediante la relación inicial de un estímulo neutro o condicionado (por ejemplo una botella) con un estímulo incondicionado (por ejemplo la cocaína), que da lugar a una respuesta incondicionada (por ejemplo las emociones placenteras) y otra condicionada, asociada a la misma (respuesta similar a la incondicionada) (Graña, 1994; Wikler, 1965). Asimismo, el condicionamiento operante entiende la autoadministración de drogas por su alto valor reforzante (Graña y García, 1994). El aprendizaje vicario plantea que el consumo abusivo de sustancias ilegales se produce de una manera secuencial, partiendo del consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco (Esbensen y Elliot, 1994). Otras teorías incluidas en este apartado y que han tenido cierta relevancia son las *teorías sobre actitud-conducta* que pretenden establecer un poder predictivo en el *continuum* que va desde las actitudes del sujeto a la intención conductual y de ésta a la conducta misma. Así, dentro del campo de las drogodependencias destacan la *teoría de la acción razonada* de Fishbein y Ajzen (1975) y la *teoría de la conducta planificada* de Ajzen (1988). También se encuentran las *teorías basadas en las causas intrapersonales o en la afectividad*, en cuyo contexto se incluyen el *modelo de mejora de estima* y el *modelo integrativo de la conducta desviada*, ambas de Kaplan, Johnson & Bailey (1986) (Kaplan, 1996). Para finalizar, cabe mencionar el *modelo de enfoque sistémico* que parte de la premisa de que el consumo de sustancias psicoactivas (u otro tipo de problemas) son la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia que se conducen en una relación disfuncionante (Waldron, 1998).

b) Teorías evolutivas y de estadios

Todas estas teorías son de tipo psicológico y se basan en la importancia de los estadios evolutivos del desarrollo de los individuos respecto a su madurez y el consecuente consumo de sustancias. El más influyente es el *modelo evolutivo* de Kandel (2002) que entiende el desarrollo de una adicción a través de unos pasos secuenciales que se inician en el consumo de drogas legales (como el alcohol o el tabaco) como elemento facilitador, para continuar posteriormente con el consumo de otras sustancias (generalmente marihuana y, tras ella, otras drogas ilegales). Otro modelo de estadios relevante es el *modelo de etapas motivacionales multicomponentes* (Werch & DiClemente, 1994) que, basándose en los estadios de cambio de Prochaska & DiClemente (1983), presenta cinco fases, desde la ausencia de consumo de sustancias hasta el uso continuo. Una de las teorías que generó gran interés fue el *modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes* de Kim, Crutchfield, Williams & Hepler (1998) cuyo objetivo es conseguir una preparación óptima y completa de esta población. Para lograr este propósito se debe contar con un adecuado apoyo familiar y social, un reforzamiento positivo, unas altas expectativas sobre el adolescente por parte de las personas relevantes en su entorno y una serie de amplias oportunidades de aprender habilidades para enfrentarse así a las situaciones de la vida diaria. En base a este modelo, la prevención del consumo de sustancias debe fundamentarse en la creación de un grupo de trabajo con sus roles y responsabilidades. El entrenamiento inicial es en áreas de habilidades claves para conseguir que los jóvenes desarrollen unas relaciones positivas entre los adultos y los iguales y, de esta manera, puedan enfrentarse mejor antes los problemas y cuestiones de la vida diaria. Otros modelos evolutivos a destacar son el *modelo de la madurez sobre el consumo de drogas* de Labouvie (1996), que plantea la importancia de la autorregulación como clave antes del inicio del consumo de sustancias, la *teoría del desarrollo precoz* de Newcomb (1996) que trata de explicar el consumo de drogas asociado a la dificultad del adolescente para experimentar los roles adultos adecuadamente y el *modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas* (Glantz, 1992) basado en los factores de riesgo asociados a la etiología del abuso de sustancias, en los principios básicos del desarrollo y en la psicopatología referida al mismo. Por último, mencionar la *teoría de la socialización primaria* de Oetting & Dommermeyer (1998), centrada en las conductas problema. Esta teoría, además de aceptar el papel relevante de la base biológica, defiende que las conductas sociales son aprendidas y que la desviación de alguna de ellas (como es el uso de sustancias) es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando existe una ruptura de las normas prosociales.

c) Teorías integrativas y comprensivas

Estas teorías intentan explicar la adicción a través de la integración de diversos componentes procedentes de distintos paradigmas. La mayoría de ellos son de naturaleza eminentemente psicológica a excepción del *modelo de promoción de la salud*. Este último incluye, además de elementos psicológicos, factores sanitarios, económicos, sociales, políticos y organizativos y está avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2003). Entre las teorías integrativas se incluye la *teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social* (Bandura 1969,1986), basada en los principios del aprendizaje, el individuo y su cognición relacionada con el contexto donde desarrolla su conducta. Por otra parte, el *modelo del desarrollo social* de Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb & Abbott (1996) tiene como objetivo explicar y predecir el inicio, la escalada, el mantenimiento, la desescalada y el abandono de conductas que son antisociales (tales como el consumo de sustancias ilegales). La *teoría para la conducta de riesgo en los adolescentes* considera factores y conductas de riesgo y protección basándose en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos interrelacionados en la consecución de la respuesta problema (Jessor ,1993). Por último, el *modelo integrado general de la conducta de uso de sustancias* de Botvin (1999) que es considerado por el autor como un modelo descriptivo para fundamentar un programa preventivo del consumo de sustancias ilegales.

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA CONDUCTA ADICTIVA		
Teorías parciales o basadas en pocos componentes	Teoría evolutivas y de estadios	Teorías integrativas y comprensivas
Hipótesis de la automedicación Modelo de salud pública Modelo de creencias de salud Teorías del aprendizaje Teorías actitud-conducta Teorías basadas en las causas intrapersonales o en la afectividad Modelo de enfoque sistémico	Modelo evolutivo Modelo de etapas motivacionales Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes multicomponente Modelo de la madurez sobre el consumo de drogas Modelo de la madurez sobre el consumo de drogas Teoría del desarrollo precoz Modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de droga Teoría de la socialización primaria	Modelo de promoción de la salud Teoría de aprendizaje social o teoría cognitiva social Teoría para la conducta de riesgo en los adolescentes Modelo integrado general de la conducta de uso de sustancias

Tabla 1: Teorías explicativas del consumo de sustancias desde la psicología (adaptado de Becoña, 2002).

1.2. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN

El estudio de las bases neurobiológicas de la adicción se ha centrado hasta el momento en dos objetivos fundamentales centrados en conocer: a) qué induce al consumo de sustancias a pesar de sus consecuencias negativas y b) qué cambios neurobiológicos provoca la dependencia. Las evidencias disponibles avalan la idea de que las sustancias psicoactivas actúan estimulando el denominado sistema de recompensa cerebral (Koob, 2004, 2008); Koob & Le Moal, 1997). Las investigaciones en este ámbito se han centrado en el papel protagonista del sistema mesocorticolímbico dopaminérgico (Nestler, 2005). Este circuito posee una vía que nace en el área tegmental ventral y se dirige hacia las estructuras límbicas, tales como el núcleo accumbens, la amígdala y el hipocampo, induciendo un incremento de dopamina (Goldstein & Volkow, 2002; Kalivas, 2002; Salokangas et al., 2000; Wise, 2000). Por otro lado, posee proyecciones desde el área tegmental ventral hasta las áreas del córtex prefrontal, especialmente la orbitofrontal y el cíngulo anterior. En la figura 1, quedan representados los principales elementos de este circuito. Se sabe que durante el consumo agudo y, posteriormente, durante el consumo crónico, tiene lugar un proceso de neuroadaptación que se relaciona con el desarrollo de la drogodependencia (Leshner, 1997; Kalivas, 2002). Así, se ha establecido que este circuito constituye el sustrato neurobiológico de los procesos implicados en la conducta adictiva tales como el reforzamiento de la conducta, la memoria, el deseo de consumo o *craving* y las respuestas emocionales y motivacionales del síndrome de abstinencia.

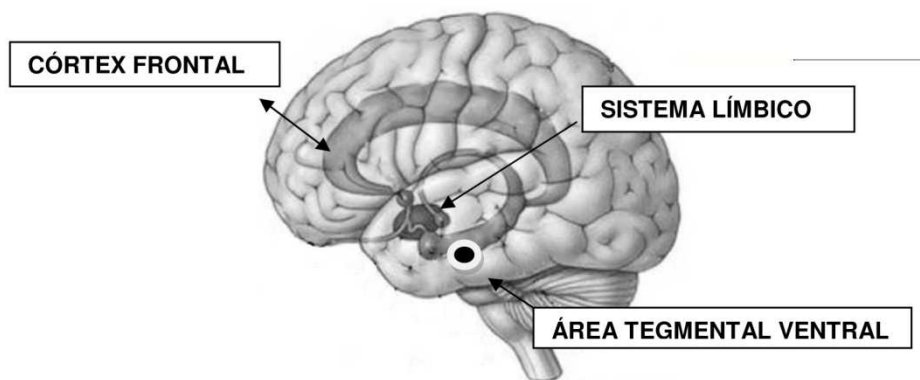


Figura 1: Principales áreas relacionadas con las bases neurobiológicas de la adicción.

Los estímulos naturales como la comida, la bebida o la conducta sexual, a través de la vía mesolímbica dopaminérgica, inducen también un incremento de dopamina.

En el caso de los reforzadores naturales tiene lugar una adaptación cuando los estímulos se presentan repetidamente y así, el paciente se habitúa a ellos. Es decir, la novedad de la recompensa parece jugar un papel fundamental en la respuesta inicial. Sin embargo, en el caso de las sustancias, esta adaptación no se produce, y ello provoca una liberación de dopamina en cada dosis expuesta (Di Chiara, 1999). En definitiva, el consumo crónico que provoca la dependencia estaría mediado por una alteración crónica de la vía mesolímbica dopaminérgica. La administración repetida de drogas opiáceas y estimulantes da lugar a un aumento progresivo de reforzamiento y provoca la denominada *sensibilización conductual* (Kalivas y Duffy, 1993; Piazza, Deminière, LeMoal & Simon, 1989), proceso que se produce en paralelo a la *sensibilización dopaminérgica*.

1.3. NUEVAS APROXIMACIONES TEÓRICAS: APORTACIONES DE LA NEUROPSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

En los últimos años, el estudio de las adicciones ha mostrado un interés especial en las alteraciones cognitivas y emocionales asociadas a los efectos del consumo de sustancias. Estas aportaciones neuropsicológicas señalan que la adicción sería el resultado de una disfunción en un conjunto de habilidades que se han agrupado bajo la denominación de *funciones ejecutivas*. Así, en la última década, se han formulado diversos modelos teóricos que tratan de conciliar y dar una explicación plausible a la gran cantidad de datos observados (Verdejo-García, 2006). A continuación se resumen algunos de ellos (Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones de las Neurociencias, 2009):

1. Teoría de Reajuste del Tono Hedónico u *Opponent Processes* (Koob & Le Moal, 1997,2006). Esta teoría se sustenta en la idea de que la exposición intensa a sustancias psicoactivas determina en el sujeto un cambio en su umbral de obtención de placer. Según esta hipótesis, el consumo de sustancias rompe los mecanismos homeostáticos del sujeto. De esta forma, cuando el individuo finaliza el consumo no vuelve a su estado anterior, sino a un periodo que se caracteriza por una anhedonia significativa. Para superar estos síntomas, el paciente necesita de unos estímulos que dan lugar a la compulsión de consumo. Por lo tanto, la homeostasis del sujeto queda sustituida por un nuevo orden denominado *alostasis* que se manifiesta por ansiedad, malestar y una disforia que sólo se aliviaría con el consumo

2. Modelo de la Sensibilización al Incentivo (Robinson & Berridge, 2003,2008). Este modelo está fundamentado en las *teorías basadas en la recompensa*. Asume la idea de que los estímulos que actúan como recompensa aumentan la probabilidad de que las respuestas que los preceden aparezcan de nuevo en el futuro, siempre y cuando estén presentes los mismos estímulos ambientales. La idea central de este modelo es que la exposición repetida a distintas sustancias puede producir, en determinadas personas y bajo determinados patrones de exposición, una neuroadaptación persistente en aquellos circuitos cerebrales que habitualmente se encargan de atribuir relevancia motivacional a los estímulos encontrados en el entorno. Un aspecto importante en este modelo es la distinción entre el sistema del *wanting*, deseo motivacional o efectos asociados de la valoración motivacional generada por las drogas, que es el que queda sensibilizado según el modelo, y el del *liking*, placer hedónico o placer/displacer producido por las drogas, sobre el que parece que no existe una sensibilización sino una tolerancia. Acorde con esta teoría, la adicción incrementa el *waiting* al tiempo que se reduce de manera proporcional el *linking*. Este fenómeno explicaría que las personas con trastornos por consumo de sustancias (TCS) persistan en el consumo de drogas a pesar de que vayan perdiendo sus efectos placenteros.

3. Modelo de la Transición Impulsividad-Hábitos Compulsivos (Everitt & Robbins, 2005; Everitt et al., 2008). Este enfoque propone que la adicción representa un proceso evolutivo que va desde una fase inicial en la que el consumo de sustancias se realiza debido a sus efectos reforzantes hasta una fase posterior de desarrollo de la dependencia en la que la conducta de consumo adquiere la forma psicopatológica de una compulsión, manteniéndose a pesar de las consecuencias nocivas del mismo (Belin, Mar, Dalley, Robbins & Everitt, 2008; Dalley et al., 2007). Esta evolución está relacionada con los procesos ejecutivos, los sistemas inhibitorios y la flexibilidad cognitiva (Tiffany, 1990). Este modelo aboga por la necesidad de evaluar distintos aspectos del eje impulsividad-compulsión y sugiere abordar la progresión del proceso adictivo a partir de marcadores neuropsicológicos (impulsividad *versus* compulsión) y de neuroimagen (alteraciones en las regiones anteriores y dorsales del núcleo estriado) (Verdejo et al., 2008).

4. Teoría del Marcador Somático aplicado a las adicciones (Verdejo-García, Pérez-García & Bechara, 2006; Verdejo-García & Bechara, 2009). Esta teoría se sustenta en el modelo del *marcador somático* propuesto por Damasio (1996) cuya idea central se basa en que el proceso de toma de decisiones depende de sustratos neuronales relacionados con la regulación homeostática que media la emoción y la motivación. Toda decisión queda influida por factores tanto cognitivos como emocionales. Por lo tanto, el componente emocional es necesario en el proceso de toma de decisiones (Damasio, 1994). Si existe una alteración en la corteza prefrontal ventromedial, el

componente emocional no desempeñaría su papel adecuadamente. Así, Bechara, Damasio & Damasio (2000) realizaron una revisión sobre este modelo donde plantearon que los sujetos con abuso de sustancias presentan una alteración en esta zona y, como resultado, no son capaces de valorar las consecuencias negativas del consumo a largo plazo y sólo valoran la recompensa a corto plazo. Este tipo de conductas son similares a las aparecidas en pacientes con lesiones en el córtex orbitofrontal, que provocan alteraciones en el juicio y en la toma de decisiones. Dicho de otro modo, las sustancias consumidas de manera prolongada podrían “secuestrar” los sistemas motivacionales y emocionales encargados de la generación de los marcadores somáticos, dando prioridad a las señales emocionales relacionadas con el consumo y paralizando el aprendizaje de las consecuencias negativas que provoca el mismo. Esto conduciría a que el individuo adicto no fuese capaz de valorar las consecuencias negativas de su consumo a largo plazo y sólo fuese capaz de valorar el refuerzo positivo del consumo a corto plazo, lo que conllevaría la perpetuación de la conducta adictiva (Ainslie, 1992; 2001; Bechara, 2003, 2004, 2005; Bechara et al., 2001; Verdejo-García & Bechara, 2009; Verdejo, Lawrence & Clark, 2008; Verdejo-García, Rivas-Pérez, Vilar-López & Pérez-García, 2007; Verdejo-García et al., 2006). Bechara & Damasio (2002) fueron pioneros en el estudio de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y demostraron que éstos tienen alterado el proceso de toma de decisiones para generar marcadores somáticos adaptados (Bechara et al., 2001; Bechara, 2003).

5. Modelo del Daño en la Atribución de Relevancia y la Inhibición de Respuesta (*Impaired-Saliency Attribution and Response Inhibition I-RISA*) (Goldstein & Volkow, 2002). Este modelo señala que la adicción es la resultante de la disfunción de dos sistemas complementarios: el sistema que atribuye la relevancia de los estímulos y el sistema de inhibición encargado de detener conductas inapropiadas para el organismo y el contexto. Esto afectaría a cuatro sistemas cerebrales diferentes: a) la motivación-acción de las respuestas motoras, que viene regida por los ganglios basales; b) la memoria y el condicionamiento que afecta al hipocampo y la amígdala; c) las funciones ejecutivas relacionadas con la corteza cingulada (inhibición de respuestas) y d) la corteza orbitofrontal (toma de decisiones). Según los autores, el consumo de drogas produce efectos reforzantes positivos que atribuyen *saliencia* (una elevada importancia) a los estímulos relacionados con la droga y restan *saliencia* a otros estímulos reforzantes (p.e. los reforzantes naturales) (Volkow, Fowler & Wang, 2003, Volkow, 2004; Volkow, Fowler, Wang & Swanson, 2004).

6. Modelo Unificado de Adicción: Vulnerabilidades en los Procesos De Decisión (Redish, Jensen & Johnson, 2008). Recientemente, Redish, Jensen & Johnson (2008) han desarrollado una teoría integradora de diversos modelos que entienden la

adicción como una disfunción de la toma de decisiones. Este modelo infiere la existencia de una alteración en varios sistemas relacionados entre sí: el sistema de planificación, el sistema de hábitos y el sistema de reconocimiento situacional. Estos sistemas pueden provocar conductas desadaptativas en relación a ciertas fuentes de vulnerabilidad, como desviaciones de la homeostasis implicadas en la desestabilización emocional, señales euforizantes de recompensa, sobrevaloración de los sistemas de planificación, habituación o desajuste entre ambos, fallos del sistema de búsqueda e identificación de contextos relevantes, incrementos desproporcionados del sistema de descuento de recompensas demoradas y alteraciones en el aprendizaje.

2. ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICOS DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Históricamente, el concepto de dependencia de sustancias ha ido evolucionando de forma paralela a las aportaciones procedentes del entorno socio-cultural y a los referentes teórico-científicos prevalentes en cada momento. La definición conceptual genérica de la dependencia de sustancias tiene su base en los trabajos sobre el consumo de alcohol. Jellinek (1960) fue uno de los primeros autores que entendió el alcoholismo como enfermedad, es decir, como una entidad clínica y nosológica propia, diferenciándolo de las consecuencias orgánicas del consumo de esta sustancia. De esta manera, quiere situar este fenómeno en el mismo ámbito que las enfermedades mentales. Posteriormente, Griffith Edwards & Milton Gross (1976) defendieron también la idea de un concepto nosológico propio para el consumo excesivo de alcohol, proponiendo una descripción empírica de un conjunto de síntomas observables que se aglutinaban constituyendo un síndrome, el denominado *Síndrome de Dependencia de Alcohol* (ver tabla 2), cuyos postulados esenciales son (Edwards & Gross, 1976; Edwards, Gross, Keller, Moser & Room, 1977; Edwards, 1986):

- a. El síndrome viene definido por un conglomerado de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que están relacionados entre sí y que constituyen un proceso psicobiológico común.
- b. Estos elementos se manifiestan a lo largo de un continuum de gravedad.
- c. Se verifica una independencia conceptual y estadística entre el síndrome de dependencia y los problemas relacionados con el alcohol.
- d. Los elementos del síndrome pueden tener una expresión y una configuración diferentes debido a las características de la personalidad del individuo y de su cultura.

CONCEPTO SÍNDROMICO DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL SEGÚN EDWARD Y GROSS, 1976

Conciencia subjetiva de una necesidad compulsiva de beber
Limitación del repertorio de bebidas
Prioridad de la conducta de búsqueda de alcohol y abandono de otras actividades importantes
Incremento de la tolerancia
Síndrome de abstinencia
Evitación del síndrome de abstinencia
Restauración del síndrome tras un periodo de abstinencia

Tabla 2: Concepto sindrómico de dependencia de alcohol según Edward & Gross, 1976.

Si se compara este concepto de alcoholismo con el propuesto por Jellinek, se advierte que el primero se asemeja más al modelo de *trastorno sindrómico* y el segundo se acerca más al modelo de *enfermedad*. En ambos casos, estaríamos haciendo referencia a constructos situados en el ámbito de la salud mental y de la psicopatología. Sin embargo, mientras el concepto sindrómico de dependencia como constructo unidimensional admite niveles de gravedad, el modelo de enfermedad es de naturaleza categorial-cualitativa. El modelo de Jellinek, operativizado en una lista de 43 ítems, ofrece un diagnóstico de alcoholismo *biopsicosocial* en el que los componentes aparecen superpuestos y sin una aparente estructura organizativa. Frente a éste, el grupo de Edwards (1986) propone un concepto bi-axial de la adicción al alcohol en el que dependencia y los problemas derivados de la misma constituyen dos dimensiones discretas y relacionadas entre sí en el contexto de un modelo teórico más amplio.

Hoy por hoy, son dos las clasificaciones aceptadas por la mayoría de los profesionales en el área. La primera es la propuesta por la *American Psychiatric Association* (APA, 2000), el *Diagnostic and Statistical Manual IV-Revised* (DSM IV-R) y la segunda es la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10), formulada por la OMS (OMS, 2003). Rounsaville, Spitzer & Williams (1986) fueron los autores que propusieron el concepto sindrómico de dependencia de Edwards & Gross (1976) como el referente teórico de la adicción y su trabajo supuso la modificación de los criterios DSM-III, logrando introducir este concepto como base para el establecimiento de los criterios de *dependencia de sustancias psicoactivas* en el DSM-III-R y, posteriormente, en el sistema CIE-10. En la actualidad, el DSM-IV-R conserva el mismo referente teórico aunque introduce pequeñas modificaciones en los criterios diagnósticos. En la tabla 3, se puede observar la concordancia existente entre la definición de *Síndrome de Dependencia de Alcohol* de Edwards & Gross (1976) y los sistemas nosológicos actuales CIE-10 y el DSM-IV-R:

EDWARDS Y GROSS (1976)	CIE-10 (OMS,2003)	DSM-IV-R (APA,2002)
Características que configurarían el síndrome de dependencia de alcohol:	El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:	La dependencia de sustancias conlleva un patrón desadaptativo o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún periodo continuado de 12 meses:
1. Conciencia subjetiva de una necesidad compulsiva de beber	1. Deseo intenso de consumo	1. Consumo durante más tiempo/más cantidad
	2. Disminución de la capacidad de control	2. Esfuerzos inútiles de reducir el consumo
2. Limitación del repertorio		
3. Prioridad de conducta de búsqueda de alcohol y abandono de otras actividades importantes	5. Abandona otras actividades y dedica mucho tiempo al consumo	5. Mucho tiempo en obtención, consumo y recuperación de los efectos
		6. Abandona otras actividades
4. Incremento de la tolerancia	4. Tolerancia	1. Tolerancia
5. Síndrome de abstinencia	3. Síndrome de abstinencia específico	2. Síntomas de abstinencia característicos o alivio del síndrome con el consumo
6. Consumo para aliviar el síndrome de abstinencia		
7. Restauración del síndrome tras un periodo de abstinencia		
	6. Persistencia del consumo a pesar de los prejuicios	7. Uso continuado a pesar de los problemas

Tabla 3: Criterios diagnósticos para el síndrome de dependencia de alcohol de Edwards y Gross vs criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-R.

Las definiciones operativas de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias eran muy diferentes entre sí en las ediciones anteriores del DSM y de la CIE (ver tabla 4). Sin embargo, en la actualidad, los dos sistemas de clasificación son muy similares.

- a. El DSM-IV tiene dos secciones para la clasificación de trastornos atribuibles al consumo de drogas:
 1. *Trastornos por consumo de sustancias* (abuso y dependencia) que describen un patrón problemático del consumo, y
 2. *trastornos inducidos por sustancias* (abstinencia, intoxicación y trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias) que describen síndromes comportamentales causados por el efecto directo de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

- b. En el caso de la CIE-10, ésta tiene una única sección que contempla todos estos trastornos como: *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al alcohol y sustancias psicotrópicas*.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS SEGÚN DSM-IV-R	
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS
Abuso Dependencia	Intoxicación Abstinencia Delirium inducido por sustancias Demencia persistente inducida por sustancias Trastorno psicótico inducido por sustancias Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias Trastorno de ansiedad inducido por sustancias Trastorno del sueño inducido por sustancias Disfunción sexual inducida por sustancias

Tabla 4: Trastornos relacionados con sustancias según DSM IV-R.

Tanto el DSM-IV-R como la CIE-10 consideran una categoría “menor” para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, a saber, el *abuso* y el *uso perjudicial*. Sin embargo, la diferencia entre ambas clasificaciones consiste en la sistematización de los criterios que hay que satisfacer para el diagnóstico. Así, mientras que los criterios de *uso perjudicial* de la OMS son más genéricos y flexibles (con un solo criterio que se debe cumplir relacionado con la afectación en el ámbito de la salud física o mental), el DSM-IV operativiza el *abuso* de una manera más exhaustiva describiendo el patrón, el tipo de consumo y las consecuencias negativas del mismo (ver tabla 5).

DSM-IV	CIE-10
ABUSO	USO PERJUDICIAL
<p>Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado en uno o más criterios presentes en el periodo de un año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa • Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso • Problemas legales repetidos relacionados con el consumo de sustancias • Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia 	<p>Forma de consumo que está afectando ya a la salud física, como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicótropas por vía parenteral; o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.</p>

Tabla 5: Criterios de abuso (DSM-IV) y uso perjudicial de sustancias (CIE-10).

A día de hoy se están debatiendo los posibles cambios que el criterio de dependencia podría sufrir en el futuro DSM-V (Saunders & Schuckit, 2006). Una de las cuestiones que se están considerando es si el constructo de dependencia de sustancias debe definirse desde un *modelo dimensional* o bien desde un *modelo categorial*, como se viene haciendo hasta ahora. Así, Helzer, Van den Brink & Guth (2006) proponen que en la próxima edición del DSM deberían tenerse en cuenta ambas perspectivas. Por un lado, defienden que la definición categorial mantiene su utilidad clínica para configurar el diagnóstico y para ayudar en la comunicación entre profesionales. Al mismo tiempo, señalan que la aproximación dimensional tiene la ventaja adicional de ayudar a organizar objetivos terapéuticos y de constituir una base para la evaluación de resultados clínicos (Helzer et al., 2006; Kraemer, Noda & O'Hara 2004; Van Os et al., 1999). En esta línea, Muthén (2006) presenta alguna de estas evidencias en su *nuevo modelo híbrido* donde concluye que el hecho de que existan criterios dimensionales no quiere decir que deban ir separados de los criterios categoriales, sino más bien que ambos deben ser considerados en conjunto. Nuestra modesta opinión es que sería deseable una versión de los criterios diagnósticos de dependencia con un período de evaluación retrospectivo de un mes. De este modo, podría utilizarse como una variable de resultado de los programas de tratamiento y, además, contribuir a definir operativamente unos criterios de "remisión clínica" de la dependencia de sustancias (González-Saiz, 2007).

Por otro lado, se estudia la posibilidad de considerar las variables diferenciales entre culturas. Jellinek (1960) ya consideró las diferencias interculturales en su concepto de dependencia alcohólica al otorgar al clínico un papel fundamental para reconocer qué se podía considerar como una dependencia de alcohol dependiendo

del contexto o de variables psicosociales del paciente. Los criterios diagnósticos del DSM-IV son, en principio, universales y válidos para toda la población en general. Así, no tienen en cuenta la raza o las diferencias entre culturas. Sin embargo, hay autores que advierten que en la nueva edición del DSM, el concepto de dependencia debe evitar criterios que puedan ser atribuidos al lenguaje o a circunstancias debidas a la cultura específica del paciente. De esta forma, habría que definir claramente el concepto de etnia y tener en cuenta las características idiosincráticas de la misma (Escobar & Vega, 2006; Room, 2006).

Otro de los puntos debatidos en el proyecto del DSM-V es la consideración nosográfica de aquellas adicciones que se dan sin la presencia de alguna sustancia tales como el juego patológico o la dependencia de internet. En la actualidad existen evidencias de la naturaleza adictiva de estas conductas (Custer, 1984). En contraposición, hay otra corriente de opinión que no considera la condición de dependencia para estos casos ya que no hay ninguna sustancia que induzca neuroadaptación. En esta misma línea, coexiste también la idea de que las dependencias sin sustancias están causadas por otro tipo de trastornos. Por ejemplo, el uso incontrolado de internet está muy asociado a visitas de *webs* pornográficas, más relacionado con algún trastorno sexual que con una adicción (Martin & Petry, 2005).

3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

La evaluación clínica en drogodependencia es un proceso amplio y global que implica distintas aproximaciones valorativas. Su objetivo fundamental es el establecimiento del diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias y la valoración de la magnitud de los problemas relacionados con consumo.

Como se observa en la figura 2, la evaluación se inicia con la escucha por parte del clínico de la demanda del paciente y el análisis de las características de ésta. Con ello, se busca comprender cómo surgen los problemas del sujeto, estimar su dimensión, evaluar sus consecuencias y determinar los puntos fuertes y débiles de cada situación personal y familiar. Esto permite la identificación de las necesidades del paciente como paso previo a la organización de un plan de intervención.

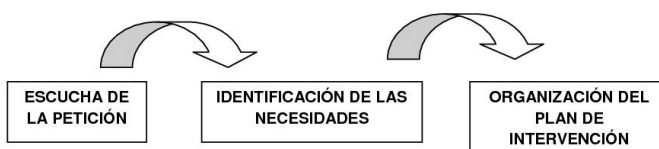


Figura 2: Proceso de evaluación clínica.

Miller, Westerberg & Waldron (1995) distinguen en el proceso de evaluación seis funciones distintas pero complementarias entre sí:

1. El *Cribado (screening)* pretende detectar los consumos peligrosos de sustancias y los probables casos de abuso o dependencia.
2. El *Diagnóstico del caso* es el proceso que lleva al clínico a determinar la presencia de signos y síntomas de abuso y/o dependencia según los criterios nosológicos que procedan (DSM-IV R y CIE-10).
3. La *Valoración de los problemas relacionados con el consumo de sustancias* tiene como objetivo realizar una estimación del grado de afectación que aquéllas han producido sobre un conjunto de dimensiones o áreas de funcionamiento del sujeto como, por ejemplo, el estado general de salud, los problemas laborales, familiares, legales, psicológicos, etc.
4. La *Valoración de los aspectos motivacionales y disposicionales* supone evaluar un conjunto de atributos cognitivos y/o cognitivo-conductuales relacionados con la dependencia de sustancias. Es necesario valorar cómo se sitúa el paciente ante la idea de abandonar el consumo, con qué habilidades cuenta, con qué actitud se presenta ante el tratamiento, etc.
5. La *Planificación del tratamiento* supone, en primer lugar, una recapitulación y ordenación de toda la información obtenida, una síntesis e interpretación explicativa y una detección de las necesidades de intervención (es lo que otros autores llaman "formulación del caso"). En segundo lugar es necesario, de acuerdo con el paciente, establecer cuál es la modalidad de tratamiento con mayores posibilidades de resultar efectiva para él ("asignación") (Project MACHT Research Group, 1997).
6. Y, para finalizar con el proceso de evaluación, es necesario el *Seguimiento del paciente* durante y después del tratamiento.

En resumen, el conjunto de funciones de la evaluación clínica del paciente con un consumo excesivo de sustancias permite responder a una serie de preguntas fundamentales que pueden sistematizarse en la tabla 6.

PROPÓSITO	MODELO DE EVALUACIÓN	PREGUNTAS QUE SE PRETENDE RESPONDER
Análisis de la demanda	Dimensional	¿Qué quiere el paciente de nosotros? ¿Qué opina su familia? ¿Qué está dispuesto a hacer y hasta dónde quiere llegar? ¿Nos hemos puesto de acuerdo en hacia dónde encaminar la intervención?
Cribado (<i>screening</i>)	Categorial	¿Hay razones para una mayor evaluación?
Diagnóstico	Categorial	¿Reúne criterios de abuso o de dependencia?
Valoración de los problemas	Dimensional	¿Qué tipo de problemas tiene, en qué áreas y cuál es la gravedad de cada uno de ellos?
Motivación	Dimensional	¿Cómo se sitúa el paciente ante el tratamiento, cuáles son sus habilidades y sus actitudes?
Planificación del tratamiento	Categorial	¿Cuáles son sus necesidades y cuál es el tratamiento mejor para él?
Seguimiento del caso	Dimensional	¿Qué ha cambiado tras el tratamiento y qué necesita aún?

Tabla 6: Propósitos de la evaluación clínica (adaptado de Miller, Westerberg & Waldron, 1995).

La dependencia de sustancias no es un trastorno aislado, sino que se asocia inevitablemente a un conjunto de problemas que afectan de igual manera a la vida del paciente (por ejemplo problemas de salud física o psíquica, problemas familiares, laborales, legales, etc). En este sentido, el modelo bi-axial de la adicción propone que el síndrome de dependencia y los problemas relacionados con el consumo, aunque están íntimamente relacionados, constituyen dos dimensiones conceptualmente separadas (Edwards et al., 1977). Esta relación puede expresarse gráficamente en un modelo, en el que cada eje representaría una de estas dimensiones (dependencia de sustancias y problemas relacionados con el consumo), delimitando así cuatro cuadrantes (ver figura 3). En el cuadrante superior derecho estaría representado aquel grupo poblacional que tiene un síndrome de dependencia clínicamente significativo y que, además, presenta claramente uno o más problemas relacionados. Éste constituiría el grupo característico que viene siendo atendido en los servicios asistenciales. Por el contrario, el cuadrante inferior izquierdo, englobaría al grupo de sujetos que, consumiendo una cantidad variable de la sustancia, no reúne criterios diagnósticos de dependencia y aún no ha experimentado problemas apreciables como consecuencia de su consumo (aquí podríamos ubicar a la mayoría de la población general consumidora esporádica de sustancias). En el cuadrante superior izquierdo se situaría aquel grupo de población que experimenta problemas por el consumo de drogas, pero que aún no ha desarrollado un síndrome de dependencia clínicamente significativo. Éste sería el caso, por ejemplo, de una persona que sin ser dependiente de alcohol, un día conduce en estado de intoxicación y tiene un accidente, o bien del sujeto inexperimentado que en sus primeros consumos de

heroína, sufre una sobredosis. El cuadrante inferior derecho agruparía a aquellos sujetos, que reuniendo criterios diagnósticos de dependencia, no experimentan problemas. Sería lo que Drummond (1992) denomina "dependencia inofensiva". Esta situación abre una interesante discusión de índole tanto conceptual como práctica. En principio, aún no parece concebible que esto pueda ocurrir con el caso de la dependencia de alcohol, pero se puede plantear con la adicción a otras sustancias. Sería el caso, por ejemplo, de aquella persona dependiente de la nicotina que está en tratamiento de *mantenimiento* con parches de nicotina.

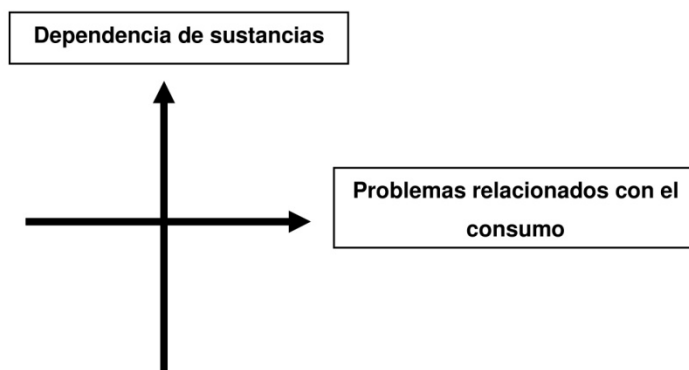


Figura 3: Modelo bi-axial de la adicción.

Aunque el mejor instrumento de evaluación sigue siendo una historia clínica bien hecha, en determinados momentos y circunstancias es útil el empleo de instrumentos de evaluación estandarizados. Estas herramientas de medida contribuyen a reducir las fuentes de variabilidad del diagnóstico clínico en salud mental gracias a que proporcionan adecuados parámetros de fiabilidad y validez. Aunque son útiles en la práctica clínica, son también necesarios para la evaluación de programas y se constituyen imprescindibles en la investigación clínica. El número de instrumentos de evaluación en drogodependencias es muy amplio. A continuación proponemos una clasificación basada en el criterio del *propósito de evaluación* y basada en el *modelo bi-axial de la adicción* (González-Saiz, 1997; González-Saiz, Salvador-Carulla, Martínez, López & Ruz, 2002; González-Saiz, Iraurgi & Salvador-Carulla, 2006).

3.1. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Podemos dividirlos en:

a. Instrumentos para la evaluación de la dependencia propiamente dicha.

Los instrumentos de referencia obligada para el diagnóstico de dependencia son las entrevistas clínicas estandarizadas construidas a partir de los criterios de los sistemas nosológicos de la APA y la OMS. Estas entrevistas se diferencian entre sí y se clasifican atendiendo a su grado de estructuración. En este apartado se hace mención sólo a las secciones específicas de sustancias, ya que éstas son entrevistas globales para la evaluación de cualquier trastorno psiquiátrico:

1. Las *Entrevistas Clínicas Estructuradas* se caracterizan por tener preguntas y respuestas cerradas. Tienen su origen en el contexto de los estudios epidemiológicos de tamaño muestral elevado, ya que resultaba caro y difícil disponer de personal clínico cualificado para la realización de las entrevistas. Para su utilización no es necesario tener una gran formación clínica, pero sí un entrenamiento en el manejo de la misma. Por sus características, el tiempo de aplicación es elevado. Entre ellas están la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff 1981), la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins et al., 1988) y su módulo de drogas, la CIDI-SAM (Cottler, Robins & Helzar, 1989) y la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan y otros, 1998)
2. Las *Entrevistas Clínicas Semiestructuradas* tienen un menor grado de estructuración e implican un juicio clínico. Por ello es necesario que el clínico que la utilice tenga formación en psicopatología y, además, realice una estandarización específica del instrumento. Entre ellas están la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID-R) (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990) y la *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (Wing et al., 1990). La SCAN está validada y disponible en nuestro medio (Vázquez-Barquero et al., 1994). Las secciones 11 y 12 de este sistema (*alcohol y otras drogas*, respectivamente) permiten generar diagnósticos de abuso y dependencia según criterios DSM-III-R y CIE-10. Estos instrumentos son de carácter *general*, es decir, se trata de herramientas diseñadas para el diagnóstico de cualquier trastorno mental. Frente a éstos, la *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorder* (PRISM) es un instrumento que está diseñado específicamente para el diagnóstico de trastornos psicopatológicos inducidos por drogas según criterios DSM-IV. Su sección de drogas permite realizar el diagnóstico de dependencia de sustancias (Hasin et al., 1996).

b. Instrumentos para evaluar la gravedad del diagnóstico.

Como se ha comentado en apartados anteriores, los criterios de dependencia de alcohol siguen un modelo "mixto" de evaluación (categorial-dimensional). Además de establecer la presencia del diagnóstico, es posible valorar la gravedad de la dependencia. El Sistema CATEGO-5, un programa para la puntuación de las secciones de la entrevista SCAN (Vázquez-Barquero, 1993), proporciona el denominado *índice de definición* (ID), un valor determinado por el número de síntomas presentes en cada sujeto, además de los tres necesarios para establecer el diagnóstico de dependencia, se interpreta como una medida de la gravedad de la misma. Entre estos instrumentos debe destacarse, por ser específica para la evaluación en adicciones, la *Substance Dependence Severity Scale* (SDSS). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada que evalúa la gravedad de la dependencia según criterios DSM-IV y CIE-10, además de establecer diagnóstico. Consiste en una adaptación del apartado de drogas de la PRISM pero siguiendo un modelo dimensional (Miele et al., 2000). Por otro lado, dentro de este grupo, también podemos incluir una serie de instrumentos que no son estrictamente "diagnósticos" en el sentido que aquí manejamos (aunque a menudo se confunden). Son escalas de evaluación que generalmente miden la gravedad de la "dependencia" según constructos más o menos próximos a los criterios nosológicos más aceptados. Siguen un modelo dimensional de evaluación (de menor a mayor gravedad) frente al modelo categorial que siguen los criterios diagnósticos ("caso" o "no caso" de dependencia). Esta concepción es relativa, ya que algunas de estas escalas tienen una función de cribado o *screening*. Entre ellas destacan la *Severity of Dependence Questionnaire* de Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor & Rankin (1979) en sus dos versiones (SADQ para alcohol y SODQ para opiáceos), el 39-Item *Alcohol Dependence Data* (ADD) (Raistrick, Dunbar & Davidson, 1983), la *Severity of Dependence Scale* (SDS) (Gossop et al., 1995) y la *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) (Raistrick et al., 1994), la Escala de Valoración de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica (EIDA) (Rubio, Urosa & Santo-Domingo, 1998a) y el *Cocaine Addiction Severity Test* (CAST) (Washton, 1995).

c) Instrumentos para la evaluación de elementos específicos del trastorno.

En este apartado se incluyen aquellos instrumentos cuyo propósito es la evaluación de aspectos determinados de la dependencia de sustancias. Son escalas dimensionales y su interés deriva de sus aplicaciones clínicas. Entre ellas podemos mencionar algunas escalas para la valoración del síndrome de abstinencia como la *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale – Revised* (CIWA-Ar) (Naranjo & Sellers, 1989; Sullivan, Sykora, Schneiderman) y la *Alcohol Withdrawal Scale* (AWS) (Cushman et al., 1985). La escala *Impaired Control Scale* (ICS) (Heather, Booth & Luce, 1998) permite una valoración del deterioro de la capacidad de control sobre el consumo de sustancias. También se situarían dentro de este grupo el *Cuestionario de Craving* de Weiss (Weiss, Griffin & Hufford, 1995; Weiss et al., 1997), el *Cocaine Craving*

Questionnaire (CCQ) desarrollado por Tiffany, Singleton, Haertzen & Henningfield (1993) y la *Escala de craving* de López & Becoña (2006).

3.2. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

Según la clasificación descrita con anterioridad los dividiríamos en:

a. Multidimensionales

Éstos se caracterizan por evaluar de forma conjunta los problemas más comúnmente relacionados con el consumo de sustancias. Existe una gran variación en función del número de dimensiones que evalúan y del nivel de estructuración de cada una de éstas. A este grupo pertenece el *Addiction Severity Index* (ASI) de McLellan et al. (1992), el *Opiate Treatment Index* (OTI) de Darke, Hall, Wodak, Heather & Ward (1992a), el *Maudsley Addiction Profile* (MAP) de Mardsen et al. (1998) y el *European Addiction Severity Index* (EuropASI) de Kokkevi & Hartgers (1995), así como la mayoría de los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida en drogodependencias.

b. Unidimensionales

Se caracterizan por valorar de manera específica cada una de las dimensiones o problemas relacionados con el consumo de sustancias (no son necesariamente unidimensionales en el sentido psicométrico del término). El número de áreas a evaluar es muy numeroso: complicaciones médicas y neuropsicológicas, nivel de disfunción familiar, problemas laborales, legales, nivel de ajuste psicológico, deterioro cognitivo, etc. Algunas de ellas están diseñadas específicamente para su aplicación a pacientes con drogodependencia, mientras que otras son también aplicables a otros trastornos psicopatológicos. Su descripción excede las pretensiones de esta revisión.

4. PUNTOS CLAVE DEL CAPÍTULO

- Desde una perspectiva psicológica, es necesario partir desde un modelo teórico para abordar el fenómeno de la adicción. Las teorías psicológicas que se encargan de explicar los trastornos derivados del consumo de sustancias se pueden dividir en: a) las *teorías parciales o basadas en pocos componentes*, que se caracterizan por abordar la comprensión de las drogodependencias, de manera reduccionista; b) las *teorías evolutivas y de estadios*, que se basan en la importancia de los estadios evolutivos del desarrollo de los individuos respecto a su madurez y el consecuente consumo de sustancias; y c) las *teorías integrativas y comprensivas*, que intentan explicar la adicción a través de la integración de distintos componentes procedentes de diferentes paradigmas.
- Desde una perspectiva biológica, el *sistema mesocorticolímbico dopaminérgico* constituye el sustrato neurobiológico de los procesos implicados en el desarrollo de la conducta adictiva. Así, el consumo crónico de una sustancia psicoactiva provoca una alteración de la vía dopaminérgica que lleva como consecuencia el desarrollo de una adicción.
- El efecto derivado del consumo de sustancias provoca alteraciones cognitivas y emocionales. Desde la perspectiva neuropsicológica se han desarrollado diversas teorías que tratan de explicar esta relación: 1. *Teoría de reajuste del tono hedónico*, sustentada en la idea de que la exposición intensa a sustancias psicoactivas determina en el sujeto un cambio en su umbral de obtención de placer; 2. *Modelo de la sensibilización al incentivo*, fundamentado en las teorías basadas en la recompensa; 3. *Modelo de la transición impulsividad-hábitos compulsivos*, donde se propone que la adicción representa un proceso evolutivo que comienza en una fase inicial, en la que el consumo de sustancias se realiza debido a sus efectos reforzantes, y finaliza en una fase de desarrollo de la dependencia, en la que el consumo de sustancias se convierte en una compulsión y se mantiene a pesar de sus consecuencias nocivas; 4. *Teoría del marcador somático aplicado a las adicciones*, que se sustenta en el modelo del marcador somático propuesto por Damasio (1996); 5. *Modelo del “Daño en la Atribución de Relevancia y la Inhibición de Respuesta”* donde se señala que la adicción es resultado de una disfunción, por un lado, del sistema que atribuye la relevancia a los estímulos y, por otro, del sistema de inhibición encargado de detener conductas inapropiadas para el organismo y el contexto; y, por último, 6. *Modelo unificado de adicción*, una teoría integradora de diversos modelos que entiende la adicción como una disfunción de la toma de decisiones.
- El concepto de dependencia de sustancias ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En la actualidad son dos los sistemas nosológicos aceptados por la mayoría de expertos: el *Diagnostic and Statistical Manual IV-Revise (DSM IV-R)* y

la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El primero tiene dos secciones para clasificar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias: los *trastornos por consumo de sustancias* y los *trastornos inducidos por el consumo*; mientras que el segundo tiene una única sección que contempla todos los trastornos: *trastornos mentales del comportamiento debido al alcohol y sustancias psicoactivas*.

- La evaluación clínica en drogodependencias tiene como objetivo fundamental el establecimiento del diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias y la valoración de la magnitud de los problemas relacionados con los mismos. Hay múltiples instrumentos encargados de este propósito, sin embargo, durante este capítulo se ha propuesto una clasificación basada en el criterio del propósito de la evaluación y el modelo bi-axial de la adicción. Así las herramientas se dividirían en instrumentos para la evaluación de la dependencia e instrumentos para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de sustancias.



LA COCAÍNA COMO SUSTANCIA DE ABUSO

El presente capítulo aborda las principales características de la cocaína describiendo, al comienzo, los aspectos históricos de su consumo. Posteriormente se detiene en clasificar las distintas formas de presentación y sus vías de administración para, en relación con ello, analizar los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos derivados de su consumo. Para finalizar, plantea cuál es la relación existente entre el consumo de cocaína y la aparición de alteraciones cognitivas.

1. ASPECTOS HISTÓRICOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Los primeros indicios que se conocen respecto al consumo de cocaína se remontan al año 5000 a.C. y se tienen evidencias de su utilización, en restos funerarios, 2500 años después (Phillips & Wynne, 1980). Esta sustancia, procedente de la hoja de coca (*erythroxylon coca*), es originaria de una planta que se cultiva en América del Sur, Indonesia y África. Su nombre, que significa *planta* o *árbol*, deriva de la lengua anymara.

No fue hasta 1859 que el científico alemán Albert Niemann aisló el alcaloide principal de la coca; *la cocaína*, comenzando a ser exitosamente comercializada como una sustancia milagrosa. Varios años más tarde, el químico austriaco Wilhem Lossen descubrió los cuatro elementos de su fórmula: carbono, nitrógeno, oxígeno e hidrógeno ($C_{17} H_{21} O_4 N$). En esta época la cocaína se empezó a emplear como parte del tratamiento para paliar los síntomas depresivos. Durante el siglo XIX, Sigmund Freud, a partir de unos escritos de la neuróloga Paola Montegazza en los que afirmaba los efectos milagrosos de la cocaína, desarrolló un proyecto de investigación que terminaría en una monografía denominada *Über Coca*. El autor destacó en esta obra los beneficios de la sustancia como tratamiento de la depresión, el nerviosismo y la adicción a la morfina, entre otras utilidades (Pascual Pastor, 2001; Gold, 1997). En sentido contrario, su contemporáneo Dowdeswell describió los primeros efectos negativos de la cocaína, señalando los cambios que provocaba en el pulso cardíaco y la temperatura (Dowdeswell, 1876). Años más tarde, Erlenmeyer realizó la primera descripción clínica de su consumo crónico, denominándola *cocainomanía* (Erlenmeyer, 1885). Sin embargo, no fue hasta comienzos del s. XX cuando Meyer dio a conocer con detalle las características de la llamada *psicosis cocaínica* (Meyer, 1925). Aun así, hasta este momento la cocaína era considerada como una droga poco peligrosa (Jekel et al., 1986).

Para Caballero (2005a) es posible aludir a tres grandes épocas de consumo de cocaína desde finales del siglo XIX:

1. Primera época (finales del s XIX): fue éste un periodo de consumo potencial de la sustancia y durante el mismo no existía un acuerdo consensuado sobre sus efectos nocivos. Aun así, los escritos de Freud sobre el “carácter inofensivo” de la cocaína fueron criticados por autores como los anteriormente citados, Dowdeswell y Erlenmeyer.

2. Segunda época (1920-1930): durante estos años varios autores realizaron estudios exhaustivos para describir la sintomatología clínica de la *psicosis cocaínica* (Meyer, 1925; Claude, 1993). Sin embargo, una gran parte de la sociedad aún consideraba esta sustancia poco nociva y una élite, la consumía.

3. Tercera época (desde 1980-actualidad): es en este periodo, cuando se reveló la existencia de problemas severos para la salud física, psicológica y social derivados del consumo. Como consecuencia comenzó a aplicarse los constructos de abuso y dependencia de esta sustancia en el ámbito de la clínica. Hoy en día, los conocimientos adquiridos desde distintas ramas de la ciencia evidencian las consecuencias negativas del consumo de cocaína tanto a corto como a largo plazo.

2. FORMAS DE PRESENTACIÓN Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA COCAÍNA

La cocaína es un estupefaciente que puede encontrarse y consumirse de diversas maneras. Las consecuencias de su consumo, los efectos que provoque en el cuerpo y el proceso al que es sometido a través de su paso por el organismo, dependerá de las diferentes formas de presentación y vías de administración.

Respecto a las formas de presentación, en un principio esta sustancia se encontraba sin ningún tipo de mezcla o manipulación. La **hoja de coca** se dejaba secar antes de estar lista para su consumo. Su absorción, y por lo tanto la intensidad de sus efectos, depende del tipo de hoja, la preparación previa y la presencia o no de sustancias alcalinas en la boca del consumidor después de masticar la planta.

La **pasta de coca**, también conocida como *basuco* o *baserolo*, es una pasta de color pardo-negro que se produce tras la maceración de la hoja de coca. Ésta es un producto no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Consiste en una mezcla de cocaína, keroseno, ácido sulfúrico y sulfato de cocaína desde el 40% al 91%.

La forma de presentación más común en España es el **clorhidrato de cocaína**, que se obtiene a través del tratamiento de la pasta de coca con ácido clorhídrico, permanganato potásico y un proceso de extracción con acetona-etanol. Coloquialmente, también es conocido como *polvo blanco*, *coca*, *nieve*, *farla*, *farlopa* y/o *perico* y se presenta en forma de cristales escamosos blancos de sabor amargo. En ocasiones, los consumidores mezclan la cocaína con heroína para contrarrestar los efectos rebote estimulantes denominándose, en esta forma, *speedball* (Lizasoain, Moro & Lorenzo, 2002; Terán, Casete & Climent, 2008).

A principios de los años 70 apareció en el mercado una nueva forma de presentación: la **cocaína base, base libre o sulfato de cocaína** (Weiss, Mirin & Bartel, 1994), una sustancia resultado de la combinación de clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco y bicarbonato sódico). Posteriormente, esta mezcla se disuelve con éter y se deja evaporar. La cocaína base también es denominada *crack* por los ruidos de crepitación o crujidos que produce la sustancia tras su

calentamiento. Al igual que con el clorhidrato de cocaína, en ocasiones los consumidores mezclan esta sustancia con heroína y a este nuevo producto se le conoce como *revuelto o rebujado*.

Por último, la cocaína también puede encontrarse en **té o bebidas de mate de coca**, que contienen una concentración similar a las encontradas en la hoja de coca, es decir, entre un 4,8 y un 5,7 mg por bolsa de té (Mazor, Mycyk & Wills, 2006; Siegel, Elsohly & Plowman, 1986).

El proceso de elaboración de la cocaína desde que se recoge la hoja de coca hasta que se convierte en clorhidrato de cocaína o cocaína base se muestra en la figura 4.

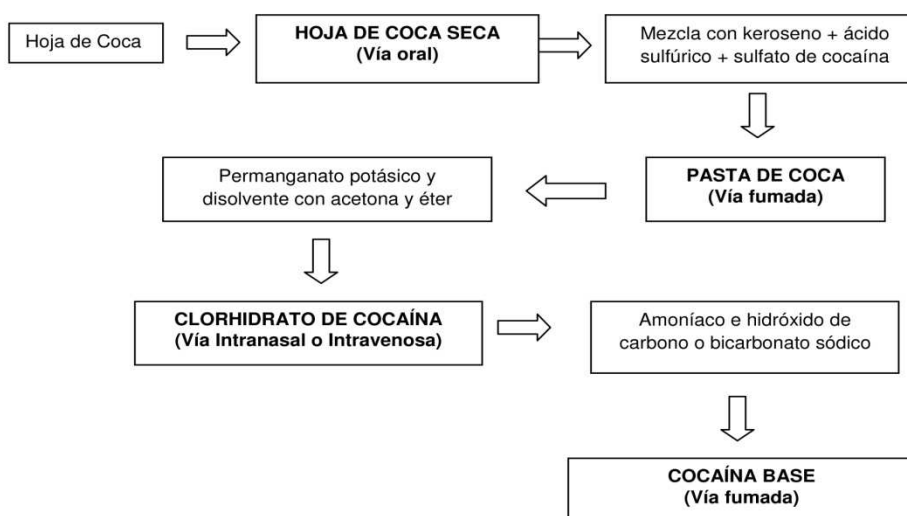


Figura 4: Proceso de elaboración de la cocaína.

Como se apuntó con anterioridad, existen también diferentes vías de administración y formas de consumo de esta sustancia que han ido evolucionando en relación directa con las formas de presentación que han ido conociéndose.

De esta manera, el *clorhidrato de cocaína* se consume por **vía intranasal**. Su consumo se realiza mediante líneas o rayas para esnifar. En cada una de ellas, si la droga es pura en un 10%, se puede llegar a encontrar alrededor de 3 miligramos de droga activa (Weiss et al., 1994).

La segunda vía más extendida es la **intrapulmonar** a través de la cual se consumen, fumados, el *clorhidrato de cocaína*, la *pasta de coca* y la *cocaína base*. En concreto la *cocaína base* se fuma en aluminio, mediante una técnica que consiste en

calentarla en un soporte sin quemarla para que se vaporice y se pueda inhalar con una paja o un canuto.

La **intravenosa** es la tercera vía de consumo, a través del calentamiento del clorhidrato de cocaína disuelto en agua en una cucharilla o similar. Posteriormente, este líquido se inyecta con una jeringuilla. Esta manera de consumo añade los riesgos y complicaciones de la inyección, dando lugar a infecciones como la hepatitis, endocarditis o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (Caballero, 2005a).

Finalmente, la hoja de coca y el clorhidrato de cocaína se pueden administrar por **vía oral** (ver tabla 7).

PRESENTACIÓN DE LA SUSTANCIA	VÍA DE CONSUMO
Hoja de coca	Oral
Té o mate de coca	Oral
Pasta coca	Intrapulmonar
Cocaína base	Intrapulmonar
Clorhidrato de cocaína	Intranasal/Intrapulmonar/Intravenosa

Tabla 7: Presentación y vía de consumo de la cocaína.

3. ASPECTOS FARMACOCINÉTICOS

Conocer las vías de administración es fundamental para analizar la farmacocinética de cualquier sustancia psicoactiva. En concreto, la cocaína atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica, si bien las diferentes rutas de consumo determinan la velocidad de aparición de sus efectos, su duración y los niveles en sangre de la sustancia.

Las vías intravenosa e intrapulmonar suponen una absorción más rápida de la sustancias y, en consecuencia, alcanzan antes un pico máximo del efecto de la sustancia, en comparación con las vías oral e intranasal. Esto puede justificar que el consumo a través de estas vías cree más adicción, ya que el efecto es más intenso y pasajero (Gawin, 1991; Platt, 1997; Lizasoain et al., 2001; Ambrosio-Flores, 2008; Teran et al., 2008). En la tabla 8, se exponen los diferentes efectos de la cocaína en función de la vía de consumo.

Presentación	Vías administración	Concentración	Porcentaje en plasma	Velocidad aparición efectos	Pico efecto máximo	Tiempo efectos	Desarrollo dependencia
Hojas de coca	Oral	0,5-1,5 %	20-30%	Lenta 30-60 minutos	45-90 minutos	1-3 horas	No
Pasta de coca	Fumada o intrapulmonar	40-85% (Sulfato de cocaína)	70-80%	Muy Rápida 0.5-3 minutos	3-5 minutos	0.5-1 hora	Sí A corto plazo
Cocaína base	Fumada o intrapulmonar	30-80% (Alcaloide de cocaína)	70-80%	Muy Rápida 0.5-3 minutos	3-5 minutos	0.5-1 hora	Sí A corto plazo
Clorhidrato cocaína	Inhalada o intranasal	12-75%	20-30%	Rápida 10-15 minutos	15-30 minutos	1-2 horas	Sí A largo plazo
Clorhidrato cocaína	Intravenosa	12-75%	100%	Muy Rápida 1-5 minutos	3-5 minutos	0.5-1 hora	Sí A corto plazo

Tabla 8: Farmacocinética de la cocaína (PNSD, 2008; Gold & Jacobs, 2005; Lizasoain, 2001; Caballero, 2005).

La distribución de la cocaína por el cuerpo alcanza a todo el organismo y su volumen oscila entre 1,5 L/Kg y 2 L/Kg (57% por vía oral y aproximadamente 70% por vía intrapulmonar). Una vez dentro, la sustancia es rápidamente metabolizada a través de hidrólisis enzimática produciendo *benzoilecgonina*, *ecgonina metil ester* y finalmente *ecgonina*. Cuando es consumida por vía nasal u oral, la *benzoilecgonina* es el metabolito que con más frecuencia se detecta en la orina y, por lo tanto, su presencia se analiza habitualmente en la monitorización de tratamientos de desintoxicación. Cuando la droga se toma por vía intrapulmonar aparece también la *anhidroecgonina metil ester* que, del mismo modo que la anterior, se puede encontrar en la orina incluso después de consumir pequeñas cantidades de sustancia (Lizasoain et al., 2001). Por otra parte, y como se observa en la figura 5, cuando la cocaína se consume por vía intravenosa o fumada, su concentración en sangre es muy elevada en los primeros momentos y decae transcurridas las dos primeras horas. Por el contrario, sus niveles en sangre por vía oral o esnifada son menores, aunque con una mayor duración en el tiempo.

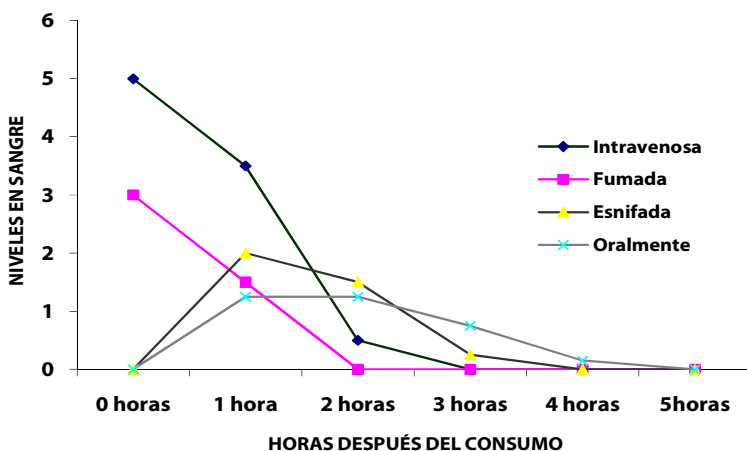


Figura 5: Curso temporal de los niveles en sangre de la cocaína administrada por diversas vías.

Es importante mencionar que el consumo conjunto de alcohol y cocaína da lugar a un metabolito por transesterificación hepática conocido como *etilencocaína* o *cocaetileno*. Esta molécula, con una actividad similar a la de la cocaína, estimula la aparición de la euforia y está implicada también en el proceso adictivo. Su detección es posible a través de análisis de orina, saliva, cabello o sudor (Camí, Farré, González, Segura & de la Torre, 1998; Hearn, Rose & Wagner, 1991).

Al contrario que la absorción, el proceso de eliminación de la cocaína en el organismo es independiente de las vías de administración. El casi 90% de la sustancia

se expulsa a través de la orina y menos del 5% es eliminada sin metabolizar. De cara a la práctica clínica es interesante señalar que la *benzoilecgonina* está presente en el organismo y es detectable durante 48-72 horas después del consumo de cocaína. Incluso en el caso de consumidores crónicos, la orina puede ser positiva a este metabolito durante una semana (PNSD, 2008) lo que resulta ventajoso para el control de los pacientes en tratamiento por problemas derivados del consumo de cocaína.

4. ASPECTOS FARMACODINÁMICOS

En los últimos años se han realizado numerosos estudios para conocer mejor cuál es la acción de la cocaína en el sistema nervioso central. La administración de la cocaína de forma aguda aumenta los niveles intercelulares de dopamina, serotonina y noradrenalina mediante el bloqueo de la recaptación presináptica. Así, el abuso crónico de la cocaína produce una regulación a la baja de los sistemas de monoaminas (Silva de Lima, Farrell, Lima & Soares, 2010).

El **sistema dopaminérgico**, situado en el sistema nervioso central, está formado por tractos de larga, mediana y corta longitud entre el tronco cerebral y el hipotálamo. Este sistema se encuentra en la parte anterior del cerebro y está formado por varios núcleos conectados entre sí que permiten una comunicación fluida de información. Dentro del sistema dopaminérgico se encuentran la vía mesocortical y las vías mesolímbicas. La primera une el núcleo accumbens con las cortezas prefrontal y orbitofrontal y las segundas, discurren por el cuerpo estriado, tálamo y el hipocampo, entre otros (Cooper, Bloom & Roth, 1982; Heimer, Zahm, Churchill, Kalivas & Wohltmann; 1993; Wright, Beijer & Gronewegen, 1996). El consumo de cocaína afecta al funcionamiento de todo este sistema, ya que altera la regulación de neurotransmisores, las adaptaciones moleculares y la expresión genética (Fitzgerald & Nestler, 1995; Moratalla, 2008) modificando así, consecuentemente, la actividad electrofisiológica normal de las poblaciones neuronales de la zona (White, Sklar & Amit, 1977).

Esta influencia de la cocaína tiene importantes implicaciones, ya que el sistema dopaminérgico está relacionado con los centros de placer o recompensa del sistema nervioso central, a saber, el área tegmental ventral, el núcleo accumbens, el núcleo pálido ventral y la corteza frontal (Kruzich & See, 2001). De este modo, el consumo de esta sustancia provoca una sensación de euforia relacionada con estos centros (Camí & Farré, 2003) tal y como avala la *Teoría de la Sensibilización de Incentivo Condicionada* (Robinson & Berridge, 1993), descrita en el capítulo anterior. *Grosso modo*, defiende que el sistema dopaminérgico tiene la función de transformar los estímulos biológicamente relevantes, como los ambientales o los farmacológicos (tales como cocaína), en respuestas comportamentales convirtiéndose de esta manera en un

sistema motivacional (Kalivas, 1993; Kalivas & McFarlad, 2003). Conocemos mejor este proceso gracias a algunos estudios realizados con técnicas de neuroimagen en humanos, que muestran que la euforia provocada por la cocaína está relacionada con una mayor actividad de los receptores dopaminérgicos D2, como consecuencia del incremento de dopamina que se produce secundariamente a su transportador (Volkow, Fowler & Wang, 1999). Además de ello, la administración crónica de cocaína es capaz de modificar las conexiones de los núcleos del sistema dopaminérgico relacionadas con el reforzamiento y los cambios neuroadaptativos. Lo que explica que los estímulos condicionados a la cocaína incrementen la actividad de las estructuras límbicas, relacionadas con la intensidad del craving (Volkow et al., 2006). Además, el consumo regular de cocaína reduce los niveles de dopamina en el núcleo estriado, avalando el Modelo I-RISA explicado en el capítulo anterior (Volkow, 2004; Fowler, Volkow, Kassed & Chang, 2007).

Por lo tanto, se puede decir que la cocaína, por un lado, produce una euforia que actúa como reforzador positivo y, por otro, acentúa el craving como reforzador negativo. Ambos fenómenos traen como consecuencia el mantenimiento del consumo de cocaína por parte del individuo.

Los efectos de la cocaína en el **sistema noradrenérgico** son similares al del sistema dopaminérgico. La cocaína bloquea la recaptación de noradrenalina de forma rápida, lo que repercute en una acumulación en la hendidura sináptica ocasionando la estimulación del sistema noradrenérgico. A ello se añade que las neuronas de noradrenalina están relacionadas con el sistema nervioso autónomo periférico y, por ello, el consumo de cocaína produce muchos efectos nocivos, entre los que destacan el aumento de la frecuencia cardíaca, el incremento de glucosa sanguínea y la dilatación pupilar. Por otra parte, los efectos conductuales de la disminución de noradrenalina y la hipersensibilidad de los receptores no están muy bien establecidos. (Nunes & Rosecan, 1990; Lizasoain et al., 2002).

En la actualidad, se está considerando realizar estudios con medicación noradrenérgica para el tratamiento de la adicción a estimulantes (Sofuoglu & Sewell, 2009).

Finalmente, al igual que ocurre con los dos sistemas de neurotransmisión anteriores, la cocaína también bloquea la recaptación de **serotonina** y de su precursor, el triptófano. Esto conlleva la inhibición de serotonina provocando su concentración sináptica (Lizasoain et al., 2002).

En relación con los efectos de esta sustancia sobre los neurotransmisores cerebrales, el consumo de cocaína puede causar a corto y largo plazo síntomas psicopatológicos inducidos. Por ejemplo, se ha postulado que los síntomas disfóricos subsecuentes al síndrome de abstinencia de cocaína, tales como ansiedad, ataques de pánico, irritabilidad, hipervigilancia o síntomas psicóticos inducidos están en estrecha

relación con estos mecanismos biológicos. Además y, como se ha comentado durante el apartado, la cocaína bloquea la recaptación de dopamina en las neuronas provocando una mayor disponibilidad de la misma. Se conoce que el incremento de estos neurotransmisores en zonas relacionadas con el placer está asociado con las propiedades reforzantes de la cocaína y provoca los conocidos efectos eufóricos de la sustancia. Sin embargo, con el uso crónico de cocaína la liberación de dopamina disminuye en estas áreas del cerebro. Este proceso puede explicar por qué los consumidores de cocaína desarrollan sintomatología depresiva cuando dejan de consumir la sustancia. Asimismo, la evidencia científica muestra que en pacientes con trastornos psicóticos, tales como la esquizofrenia, existe un incremento de la actividad en zonas del sistema nervioso central donde actúa la dopamina como neurotransmisora. Como adelanto de capítulos posteriores, podemos describir brevemente que los síntomas psicóticos inducidos por cocaína más relevantes son el incremento de la suspicacia, los comportamientos compulsivos, las alucinaciones y las ideas delirantes de persecución o autorreferenciales por parte del sujeto. Altas dosis de consumo de cocaína aumentan la tasa de neuronas que contienen dopamina en el cerebro, lo que parece estar relacionado con el desarrollo de estos síntomas. Conocer los cambios cerebrales asociados al uso de cocaína y a la abstinencia de la sustancia sigue siendo en la actualidad un punto de interés (Ziedonis, Steimberg, Smelson & Wyatt, 2003; Weiss et al., 1994).

5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE COCAÍNA

Los **efectos agudos o por intoxicación por cocaína** suelen aparecer pocos minutos después de su consumo (tabla 9). Por ejemplo, los consumidores de pequeñas dosis de hasta 100 miligramos, aproximadamente 20-30 miligramos si es esnifada, empiezan experimentando fundamentalmente sensación de euforia y actividad motora. Estas personas describen que se sienten más enérgicas, habladoras y mentalmente más activas. Asimismo, manifiestan una disminución del apetito y del sueño. En definitiva, estos efectos agudos son parecidos a los que se detectan en el organismo ante un sistema de hipervigilancia, donde predominan la taquicardia, la sudoración y la agitación psicomotriz (Llopis, 2001).

. EFECTOS CLÍNICOS AGUDOS DE LA COCAÍNA

Elevación del estado de ánimo o euforia
Incremento de energía
Sensación de mayor agudeza mental
Sensación de mayor sensibilidad sensorial (auditiva, táctil, visual y sexual)
Reacciones paranoides
Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial
Disminución del apetito y del sueño
Dilatación de las pupilas
Aumento de la ansiedad y desconfianza

Tabla 9.: Efectos agudos de la cocaína (NIDA, 2009; Terán et al., 2008).

Las clasificaciones nosológicas DSM-IV y CIE 10 coinciden en gran parte en los síntomas que definen la intoxicación por cocaína. No obstante, también se aprecian diferencias entre ambas. Por un lado, la CIE 10 considera como efecto esperable la presencia de alteraciones perceptivas y del pensamiento. En cambio, el sistema DSM-IV sólo considera como efecto esperable la presencia de alteraciones perceptivas, siempre y cuando se tenga el juicio de realidad intacto (ver tabla 10). Esta distinción será abordada con mayor detenimiento en el capítulo dedicado a los trastornos mentales y su relación con el consumo de cocaína.

INTOXICACIÓN POR COCAÍNA SEGÚN :	
DSM-IV	CIE-10
Consumo reciente de cocaína.	Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda
Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos.	Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas que incluyan alguno de los siguiente síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Euforia y sensación de aumento de energía 2. Hipervigilancia 3. Creencias o actos de grandiosidad 4. Actitud abusiva y agresividad 5. Beligerancia verbal 6. Labilidad del humor 7. Conductas repetitivas estereotipadas 8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles 9. Alucinaciones, normalmente con orientación conservada 10. Ideación paranoide 11. Interferencia en el funcionamiento de las personas
Dos o más de los siguientes signos que aparecen durante o inmediatamente después del consumo <ol style="list-style-type: none"> 1. Taquicardia. 2. Midriasis. 3. Hiper o hipotensión. 4. Sudoración o escalofríos. 5. Náuseas o vómitos. 6. Pérdida de peso demostrable. 7. Agitación o retardo psicomotriz. 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en pecho o arritmias cardíacas. 9. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma. 	Deben estar presentes al menos dos de los siguientes signos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Taquicardia (a veces bradicardia) 2. Arritmias cardíacas 3. Hipertensión (a veces hipotensión) 4. Sudoración y escalofríos 5. Náuseas y vómitos 6. Pruebas de pérdida de peso 7. Dilatación pupilar 8. Agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento) 9. Debilidad muscular 10. Dolor torácico 11. Convulsiones
Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.	-
Especificar si: con alteraciones perceptivas	

Tabla 10: Efectos clínicos de la intoxicación por cocaína según DSM-IV y CIE-10.

Por su parte, el **consumo crónico** trae como consecuencia la tolerancia, que representa la adaptación del cerebro a los efectos de la droga y se manifiesta por la disminución de los efectos agudos de la cocaína, volviéndose menos intensos y más cortos en el tiempo. El abuso crónico de la cocaína puede ocasionar un largo y duradero cambio en el sistema nervioso central, dando lugar a la aparición de

síntomas depresivos o psicóticos, apatía, insomnio, irritabilidad, intranquilidad y adicción (Gold & Miller, 1997).

En otro orden, el **síndrome de abstinencia** se caracteriza por la aparición de disforia y síntomas psicofisiológicos (Caballero, 2005a), entre ellos, los descritos en el *Modelo de explicación trifásico*, propuesto por Gawin, Herbert & Kleber (1986) (tabla 11). La primera fase del mismo se denomina *crash* o choque, su duración oscila entre 9 horas y 4 días después del consumo y se caracteriza por una temprana agitación, ansiedad y aparición de síntomas depresivos. La segunda fase o fase de retirada (*withdrawal*), de entre 1 y 10 semanas, viene marcada por una disminución del interés por las cosas o anhedonia y un gran deseo de volver a consumir la sustancia o *craving*. Por último, se encuentra la fase de extinción donde desaparece el *craving* y se estabiliza el estado de ánimo.

FASE DE CHOQUE O CRASH 9 horas- 4 días	FASE DE RETIRADA O WITHDRAWAL 1-10 semanas	FASE DE EXTINCIÓN Duración indefinida
FASE TEMPRANA: Agitación Depresión Anorexia Alto deseo de consumo	FASE TEMPRANA Sueño normalizado Estado de ánimo estabilizado Bajada del deseo de consumo Bajada de ansiedad	Respuesta hedónica normalizada Estabilización del estado de ánimo Deseo de consumo episódico Deseo de consumo dependientes de las claves condicionadas
FASE INTERMEDIA: Fatiga Depresión No deseo de consumo Insomnio con incremento del deseo de dormir	FASE INTERMEDIA Y TARDÍA: Anhedonia Anergia Ansiedad Aumento del deseo de consumo Aumento del deseo de consumo con estímulos condicionados	
FASE TARDÍA: Agotamiento Hipersomnias Hiperfagia No deseo de consumo		

Tabla 11: Fases de la abstinencia (Gawin et al., 1986).

Por último, las **complicaciones médicas** asociadas al consumo de cocaína son muy comunes, entre ellas, a nivel neurológico los efectos nocivos tienen que ver con crisis epilépticas, ictus, vasculopatías inflamatorias cerebrales, cuadros confusionales agudos, cefalea, atrofia cerebral y trastornos compulsivos. Las principales consecuencias cardiovasculares son las arritmias, las isquemias coronarias o los infartos agudos de miocardio. Así, por ejemplo, un reciente estudio llevado a cabo en Andalucía concluye que en el 3,1% de las muertes súbitas relacionadas con problemas cardiovasculares está presente el consumo de cocaína (Lucena et al., 2010). Además de estas consecuencias, la administración de cocaína puede provocar la aparición de complicaciones respiratorias (tales como crisis asmáticas y neumotórax), digestivas

(ocasionando colitis isquémicas), renales (fracaso renal agudo secundario a la rabdomiolisis) o endrocrinológicas (disfunción eréctil y aumento de los niveles en sangre de la hormona prolactina en consumidores crónicos) (PNSD, 2008; NIDA 2009).

6. ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

El funcionamiento neurocognitivo de personas con TCS constituye una de las principales líneas de investigación en el ámbito de las drogodependencias. Este interés es consecuencia de la relación encontrada entre la acción de las sustancias psicoactivas con las estructuras cerebrales implicadas en procesos cognitivos como la adquisición y el procesamiento de información (Bechara et al., 2001; Verdejo et al., 2007), la capacidad atencional o las funciones ejecutivas (Rogers & Robbins, 2001; Teichner, Horner, Roitzsch, Herron & Thevos, 2002; Verdejo-García, Aguilar & Pérez-García, 2004b; Verdejo-García, 2006; Verdejo-García, López-Torrecilla, Giménez & Pérez-García, 2004a). Una reciente revisión que trata de esclarecer los efectos neuropsicológicos del consumo de sustancias, pone de manifiesto la existencia de deterioros comunes, independientes de la sustancia consumida, en la memoria episódica, el componente de actualización de las funciones ejecutivas, la toma de decisiones y el proceso emocional (Fernández-Serrano, Pérez-García & Verdejo-García, 2010a). En esta línea, también se ha puesto de manifiesto la alta tasa de prevalencia del deterioro neuropsicológico en las funciones ejecutivas de pacientes policonsumidores ingresados en comunidades terapéuticas (Fernández-Serrano, Pérez-García, Perales & Verdejo-García, 2010b).

Siguiendo a Verdejo (2006), el estudio de las alteraciones neuropsicológicas en el campo de las adicciones tiene dos objetivos fundamentales: a) conocer los efectos agudos de la sustancias sobre los mecanismos cerebrales relacionados con las funciones cognitivas y b) describir las alteraciones residuales producidas sobre estos mecanismos por el consumo crónico de la sustancia.

A pesar de la relativa juventud de la investigación neuropsicológica en relación con el consumo de cocaína, las conclusiones que se van extrayendo son múltiples, heterogéneas y sugerentes. Algunas investigaciones encuentran que los sujetos con dependencia de cocaína muestran alteraciones en el pensamiento abstracto, las habilidades visoespaciales, la atención, la memoria a corto plazo (no así en memoria a largo plazo) y la fluidez verbal (Adamse, 1987; Ardila, Roselli & Strumwasser, 1991; Gillen et al., 1998, Grant & Judd, 1976). En esta línea de trabajo, en los últimos años se ha intentado delimitar un perfil neuropsicológico de los pacientes dependientes de cocaína. Los hallazgos en este ámbito confirman que estas personas se caracterizan por padecer alteraciones en las funciones atencionales, los procesos de concentración,

la memoria verbal y visual y en los procesos relacionados con las funciones ejecutivas como el pensamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva o la toma de decisiones (Bolla , Rothman & Cadet, 1999; Di Sclafani, Tolou-Shams, Price & Fein, 2002; Fillmore & Rush, 2002; Hester, Dixon & Garavan, 2006; Roselli & Ardila, 1996; Woicik et al., 2009).

Investigaciones relacionadas con el rendimiento cognitivo muestran que las personas consumidoras de cocaína obtienen una puntuación menor en pruebas que evalúan la memoria a corto plazo, la respuesta de inhibición (tarea de *Stroop*) y el razonamiento abstracto (Verdejo-García et al., 2004b). Jovanovski, Erb & Zakzanis (2005) realizaron una revisión con el objetivo de estimar las diferencias entre consumidores de cocaína y grupos controles en la ejecución de diferentes pruebas neuropsicológicas. Entre sus conclusiones, indican que los consumidores de cocaína respecto a los controles, presentan un menor rendimiento neuropsicológico en las pruebas de atención, memoria, inhibición de respuesta y flexibilidad cognitiva. Por su parte, Goldstein et al. (2004) estudiaron una muestra de 42 individuos con abuso de cocaína y 40 personas con dependencia de alcohol en comparación con un grupo control de 72 personas. Sus datos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con TCS y el grupo control en conocimiento verbal, memoria visual y verbal. Asimismo, hallaron un mayor déficit en tareas que miden funciones ejecutivas y funciones atencionales. Además, con respecto a los consumidores de cocaína, estos autores detectaron correlaciones estadísticamente significativas entre el metabolismo regional del córtex cingulado anterior (área asociada al sistema de recompensa cerebral) y su rendimiento en el dominio atención/función ejecutiva. Continuando en la misma línea, este grupo de investigación evaluó una muestra de 64 pacientes con abuso de cocaína versus 64 individuos control. Al igual que en sus estudios anteriores, sus datos sugieren que un consumo frecuente y reciente de cocaína puede provocar déficits cognitivos subyacentes (Woicik et al., 2009).

Por otro lado, estudios realizados para valorar la inhibición de respuesta detectaron un menor rendimiento en consumidores de cocaína. En este sentido, los resultados de Fillmore & Rush (2002) mostraron que los consumidores de cocaína obtenían puntuaciones superiores en la inhibición de respuesta en comparación con el grupo control. Este patrón de respuesta es similar a los encontrados en muestras clínicas de pacientes con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Monterosso, Aron, Cordova, Xu & London, 2005). Además, diversas investigaciones han mostrado alteraciones en el proceso de toma de decisiones en consumidores de cocaína (Bartzokis et al., 2000; Bechara et al., 2001; Stout, Rock, Campbell, Busenmeyer & Finn, 2005).

Aún en la actualidad, el mantenimiento de las alteraciones cognitivas tras el cese del consumo de cocaína constituye una pregunta difícil de dilucidar, por esta razón investigaciones longitudinales se han centrado precisamente en esta cuestión. Di

Sclafani et al. (2002) analizaron el perfil neuropsicológico de 57 pacientes con TCS en comparación con 29 sujetos control. En primera instancia, realizaron una evaluación tras seis semanas de abstinencia controlada y, posteriormente, volvieron a evaluar tras seis meses. En ambas evaluaciones, los consumidores de cocaína obtuvieron peores puntuaciones en las pruebas de atención, memoria, procesamiento espacial y función ejecutiva. Por otro lado, Aharonovich et al. (2006) evaluaron una muestra de 56 pacientes con dependencia de cocaína que se encontraban en tratamiento cognitivo-conductual. Transcurridas 12 semanas del mismo, encontraron que los que finalizaban el tratamiento, frente a los que abandonaron, realizaron mejor las pruebas de atención, memoria, razonamiento y procesamiento espacial. Las conclusiones del estudio vienen a señalar que las funciones atencionales pueden estar consistentemente relacionadas con la retención en tratamiento.

En resumen, podemos concluir que, a nivel neuropsicológico, los procesos de atención, memoria, habilidades psicomotoras, inhibición de respuesta, flexibilidad y toma de decisiones son los más afectados por el consumo crónico de cocaína (Verdejo, 2006; Jovanovski et al., 2005).

7. PUNTOS CLAVE DEL CAPÍTULO

- La cocaína es una sustancia de abuso que puede encontrarse, mediante diferentes procesos de elaboración, de diversas maneras: hoja de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, cocaína base y té o bebida de mate de coca. Igualmente, esta sustancia puede consumirse a través de diferentes vías de administración: intranasal, intrapulmonar, intravenosa y oral.
- Dependiendo de la forma y vía de consumo de la cocaína, la sustancia tendrá una absorción y una distribución diferente en el cuerpo del consumidor. De esta forma, las vías intravenosa e intrapulmonar suponen una absorción más rápida y, como consecuencia, una aparición de los síntomas más aguda, respecto a las vías intranasal y oral.
- El consumo de cocaína aumenta los niveles intracelulares de dopamina, serotonina y noradrenalina mediante el bloqueo de la recaptación presináptica. La influencia de esta sustancia en el sistema dopaminérgico tiene importantes implicaciones ya que se relaciona con los centros de placer o recompensa del sistema nervioso central y, por un lado, produce euforia, que actúa como reforzador positivo y, por otro, incrementa el *craving*, que ejerce como reforzador negativo.
- La cocaína produce diferentes síntomas a corto y largo plazo. Así, los efectos agudos de la cocaína se caracterizan por producir en el organismo un estado de hipervigilancia donde predominan la taquicardia, la sudoración y la agitación psicomotriz. Por otro lado, el consumo crónico provoca tolerancia o disminución de los síntomas agudos del consumo y puede ocasionar síntomas psicopatológicos tales como apatía, insomnio, irritabilidad y dependencia. Por último, el síndrome de abstinencia de la cocaína se caracteriza por la aparición de disforia y síntomas psicofisiológicos.
- Se ha intentado delimitar un perfil de alteraciones neurocognitivas de los pacientes consumidores de cocaína y la mayoría de los estudios coinciden en afirmar que el consumo de esta sustancia provoca alteraciones en las funciones atencionales, la memoria verbal y visual, los procesos de concentración y los procesos relacionados con las funciones ejecutivas como el pensamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva o la toma de decisiones.



LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS COMO RECURSO ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

Este capítulo comienza con una descripción de la estructura asistencial de la red de drogodependencias. Dados los objetivos del trabajo que aquí se presenta, se profundiza sobre el modelo de comunidades terapéuticas, en general, y su funcionamiento dentro de la red pública de atención a las drogodependencias de Andalucía, en particular. Expone cuáles son los indicadores de evaluación de la efectividad en este tipo de centros y, por último, se presenta el modelo adaptado de este recurso a pacientes con comorbilidad psicopatológica.

1. EL ABORDAJE TERAPÉUTICO EN DROGODEPENDENCIAS

Durante la segunda mitad de los años setenta se produjo en España un incremento de personas con problemas derivados del consumo de sustancias adictivas. Esto provocó una sobrecarga de los recursos sanitarios clásicos, que propició la creación de los primeros recursos asistenciales específicos para drogodependientes. Las primeras estructuras se crearon de manera aislada, privada y sin ningún tipo de coordinación entre ellas. Su principal objetivo fue proporcionar lugares donde estas personas pudieran estar controladas y, de esta manera, evitar la alarma social. Las respuestas asistenciales iniciales vinieron de Organizaciones no Gubernamentales coordinadas por familiares y afectados (García Usieto & Pernía Higuera, 2006) y no es hasta mediados de la década de los ochenta, cuando se crea una secretaría específica sobre drogas en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales. Esta secretaría fue impulsora del más reciente Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (Matellanes, 2000) a partir del cual se ensayaron los primeros modelos de intervención en drogodependencias que comienzan a instaurarse en los Sistemas Públicos de Protección, tanto sociales como sanitarios. En la actualidad, el objetivo principal del abordaje terapéutico en personas con TCS reside en la incorporación del individuo a la plena funcionalidad personal, social y económica (Pérez-Gálvez, 2006).

Actualmente, la intervención en el área de las drogodependencias tiene tres ámbitos principales de actuación (Martín, 2008):

1. Prevención: su objetivo prioritario es la reducción de la oferta y la demanda. Para su cumplimiento se trabaja en la sensibilización y movilización de la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas. Fundamentalmente se realizan actividades de información y educación a la ciudadanía, especialmente a las poblaciones con mayor riesgo de consumo. De igual manera, la prevención también se orienta a reducir los daños derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

2. Asistencia: centrada en la intervención terapéutica con personas que presentan TCS. En España, aún con algunas diferencias por comunidades autónomas, el sistema asistencial ofrece circuitos terapéuticos individualizados según las necesidades de cada persona. La ordenación de los centros, servicios y programas que forman parte de la red asistencial se realiza en niveles funcionales de intervención:

- *Primer nivel:* es la puerta de entrada a la red asistencial y está compuesto por los recursos más accesibles a la ciudadanía. Sus objetivos son, por un lado, la detección, captación, motivación y derivación, en caso necesario, a otros recursos especializados y, por otro lado, la atención social y sanitaria básica de las personas con TCS y sus familias. En este nivel se desarrollan las actuaciones destinadas a la reducción de daños y riesgos relacionados con el consumo de

drogas. Esta categoría la componen los recursos de atención primaria en salud, asociaciones especializadas y programas dirigidos a la población general.

- *Segundo nivel:* es el eje central de toda la red asistencial ya que engloba los recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias (centros de tratamiento ambulatorio (CTAs), centros de día, programas en prisión, etc.) y los recursos especializados de carácter general (unidades psiquiátricas, consultas hospitalarias, etc.). A este nivel se desarrollan la evaluación diagnóstica, la desintoxicación y la deshabituación del paciente en régimen ambulatorio. Además, se planifica el proceso terapéutico de cada persona usuaria.
- *Tercer nivel:* en él se encuentran los recursos diseñados para las personas que no son capaces de mantener la abstinencia necesaria para seguir un tratamiento completo a nivel ambulatorio. Se accede a ellos a través de los dispositivos del segundo nivel. Aquí se ubicarían las comunidades terapéuticas (CTs) y las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias.
- *Cuarto nivel:* en este nivel se localizan los recursos para favorecer la incorporación social del paciente. El acceso a los mismos puede ser directo o a través de los dispositivos del segundo o tercer nivel. Hablamos de recursos como los pisos de reinserción, centros ocupacionales, talleres laborales y empresas de inserción.

Por otra parte, en la actualidad, la red asistencial de nuestro país está constituida por diferentes medios que abarcan las necesidades de cualquier persona con un problema de adicción. Entre ellos destacan:

- *Centros de tratamiento ambulatorio (CTAs):* donde se inician los tratamientos por problemas derivados del consumo de sustancias y se desarrollan programas no residenciales como la evaluación, desintoxicación o deshabituación de la persona usuaria.
- *Unidades de desintoxicación hospitalarias (UDH):* son recursos asistenciales ubicados en los centros hospitalarios y atendidos por equipos multidisciplinares con el objetivo principal de la desintoxicación física. Estos dispositivos residenciales son de corta duración y están destinados a personas con un perfil muy específico.
- *Comunidades terapéuticas (CTs):* son centros de carácter residencial, enfocados fundamentalmente al tratamiento de rehabilitación. Estos recursos se describirán en profundidad en el segundo apartado.
- *Centros de día:* son recursos abiertos dirigidos a la integración social de las personas con TCS. Si bien difieren en sus modelos de intervención, todos intentan mantener a los usuarios en el marco en que desarrollan su vida cotidiana.

- *Vivienda de apoyo al tratamiento (VAT) y Viviendas de apoyo a enfermos de sida (VAES)*: son viviendas en entornos normalizados destinadas a personas sin apoyo social y familiar con problemas de drogodependencia para facilitarles alojamiento, apoyo a la desintoxicación y prepararles para la derivación a otros recursos, tales como CTs y centros de día.
- *Viviendas de apoyo a la reinserción (VAR)*: similares a las VAT pero para personas que ya han estabilizado su abstinencia. Tienen como objetivo facilitar a las personas con TCS la adquisición de pautas sociales que faciliten su adaptación e incorporación social.
- *Otros recursos asistenciales*: entre ellos, los centros de encuentro y acogida, las Unidades de Patología Dual, programas sanitarios, servicios residenciales para menores o pisos de autogestión.

En la tabla 12, se describe cómo son clasificados los recursos asistenciales dentro de la red de drogodependencias.

Según ubicación	Fijos	Con sede permanente como las CTs, UDH, CTAs , etc.
	Móviles	Se desplazan hacia los lugares donde se encuentran los usuarios como programas de reparto de jeringuillas o programas de tratamiento con metadona (PTM), montados en autobuses.
Según tiempo en el recurso	Residenciales	El usuario está la jornada completa desarrollando actividades terapéuticas, de la vida diaria o de ocio. Son las CTs, UDH, pisos de reinserción, etc.
	No Residenciales	El usuario no pasa la noche y se acerca al recurso sólo en algún momento del día o semana. Estarían los CTAs, PTM.
Según consumo o no de la sustancia	Libre de Drogas	Programas basados en la abstinencia
	Reducción de daños y riesgos	Programas bio-psicosociales que se desarrollan para disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas.

Tabla 12: Clasificación de recursos asistenciales en drogodependencias.

3. Incorporación: con la estabilidad de la abstinencia este ámbito de actuación trata de vincular al paciente con la sociedad tras un período de aislamiento y/o tratamiento. Al igual que en la asistencia, no existen programas de inserción rígidos, sino que deben diseñarse procesos o itinerarios individualizados según las características de cada persona. Esta fase suele desarrollarse a través de los CTAs.

1.1. LA RED ASISTENCIAL EN ANDALUCÍA

En Andalucía, la primera red coordinada de recursos asistenciales en drogodependencias se inicia en 1985 con la puesta en marcha del I Plan Andaluz sobre Drogas y la consiguiente creación del Comisionado para las Drogodependencias, los Patronatos Provinciales para la Droga y los Centros Provinciales de Drogodependencias. Este plan se desarrolló para atender a las demandas de atención a las drogodependencias y problemas de juegos de azar. Con el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (Consejería de Igualdad y Bienestar social, 2002), aprobado en 2002 y todavía vigente, la red de recursos asistenciales se consolida y se amplía. En la actualidad, se está realizando el borrador del III Plan, el cual pretende mejorar la calidad de la asistencia a las personas usuarias de la red.

Como observamos en la figura 6, el comienzo del circuito terapéutico en nuestra comunidad son los CTAs de ámbito provincial y comarcal. Estos dispositivos se convierten en un canal de acceso al resto de los recursos y programas disponibles en la red asistencial, además de los anteriormente descritos, el Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) y el Teléfono de Información sobre Drogas. Todos estos recursos son gestionados por el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SiPASDA) que forma parte del Área de Personas Usuarias y Sistemas de Información de la Fundación para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS).

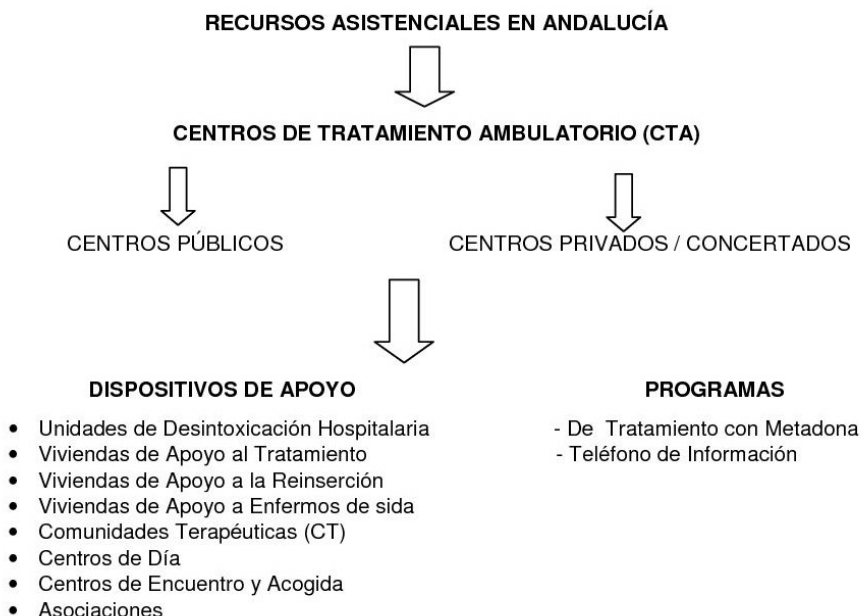


Figura 6: Recursos asistenciales en Andalucía.

2. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA COMO MODELO ASISTENCIAL

Las CTs para personas con TCS aparecen a mediados del siglo pasado como una alternativa a los tratamientos convencionales en drogodependencias con el principal objetivo de lograr un cambio global en el estilo de vida del paciente. Este propósito conlleva la abstinencia total a cualquier sustancia psicoactiva, la eliminación de cualquier conducta antisocial o delictiva, la búsqueda de empleo y la adquisición de actitudes y valores pro-sociales (Bunt, Muehlbach & Moed, 2008).

En EEUU, George De Leon (2004) es uno de los investigadores más reconocidos en relación con el funcionamiento de las CTs. Siguiendo su línea de trabajo, el abordaje terapéutico en estos recursos debe basarse en un tratamiento multidisciplinar, que transcurre a lo largo de todo el día, para la mejora y entrenamiento de la persona en las distintas áreas de su vida. Estos programas se caracterizan por ser de ámbito residencial, libres de drogas y por fundamentarse en un modelo muy estructurado de atención individualizada, generalmente basado en principios de entrenamiento conductuales para favorecer las estrategias de aprendizaje y socialización (Santo-Domingo, 2000). Reservadas a pacientes que no llegan a beneficiarse de un tratamiento ambulatorio, las CTs proporcionan un ambiente cerrado y fuera del contexto de consumo.

Hasta donde conocemos, las primeras CTs fundadas fueron la de *Synanon* y la de *Daytop Village*. Estas CTs, denominadas **tradicionales**, fueron el prototipo de muchas otras creadas con posterioridad en EEUU. La efectividad de estos recursos estaba fundamentada en un tratamiento de larga duración que oscilaba entre 12 y 15 meses, aunque podían diferir en la estructura organizativa y las perspectivas de tratamiento (De Leon, 2000a).

Según De Leon (2000a), las CTs se rigen por unos principios básicos, entre ellos, el uso de pares (personas con problemas derivados del consumo de sustancias que residen en el recurso) para facilitar los cambios sociales y psicológicos del individuo. De igual modo, para conseguir una autonomía personal, los pacientes deben regirse por las normas establecidas en el centro. Otra característica de la comunidad es la organización rígida y estructurada de las actividades a lo largo de los días, centradas en la mejora e integración de los miembros y el seguimiento del proceso terapéutico de cada persona. Elementos todos ellos necesarios para el buen funcionamiento de la comunidad y su fortalecimiento como contexto para el aprendizaje social. Para conseguir estos objetivos se llevan a cabo terapias grupales guiadas por profesionales, actividades educativas para fomentar las habilidades individuales, tratamientos personalizados dependiendo de las necesidades de cada paciente y sanciones disciplinarias en relación con la actitud y motivación individual del paciente durante el tratamiento. El desarrollo del abordaje terapéutico debe ser entendido con un proceso dividido en tres estadios donde se irán adquiriendo nuevas herramientas y conocimientos:

- **Etapas de iniciación o inducción:** el cometido principal de esta fase es evaluar las necesidades individuales de cada paciente y orientarlo dentro de la CT. Aquí el paciente aprende las normas y políticas del recurso, estableciendo una relación de confianza con el personal y los demás residentes. Junto a esto, se realiza una evaluación individual en la que se valora las necesidades y circunstancias de cada persona. Además, el residente comienza a comprender la naturaleza de sus problemas derivados del consumo y a comprometerse con su proceso terapéutico.
- **Etapas de tratamiento primario:** durante esta etapa lo principal es acordar con cada paciente objetivos individualizados (médicos, sociales, psicológicos, etc.) a alcanzar durante el tratamiento y llevarlos a cabo. Este periodo se compone de tres fases consecutivas en cada una de las cuales el régimen de reuniones, trabajo, grupos terapéuticos y tiempo libre es el mismo. La evolución de la persona usuaria se refleja al finalizar cada fase en tres dimensiones diferentes: a) su estado en comunidad, que describe el grado en el cual se van adquiriendo diferentes responsabilidades, b) su desarrollo personal, o qué cambios se han dado en el paciente en cuanto a hábitos de conducta, lenguaje y actitudes relacionadas con el consumo y c) la dimensión psicológica, que describe el

crecimiento personal llevado a cabo en relación a su estabilidad emocional, autoestima o autoconocimiento. En definitiva, se utiliza un modelo estructurado a través de niveles progresivos de actitudes, comportamientos y responsabilidades pro-sociales.

- **Etapa re-ingreso:** en esta etapa el paciente refuerza habilidades para la toma de decisiones y la capacidad de autosuficiencia. Se conforma de dos fases: en la primera, el paciente continúa rodeado de apoyo en preparación para su salida de comunidad mientras que en la segunda fase, el objetivo principal es completar con éxito su salida del recurso. Este último periodo, por lo tanto, intenta facilitar la salida y el comienzo de una nueva vida alejada del consumo de sustancias. Aún así, es conveniente que el paciente continúe en seguimiento, a través del CTA, pues éstos aportan el apoyo psicosocial que la persona todavía puede necesitar.

En resumen, las CTs se caracterizan por ser un dispositivo asistencial organizado en fases, cuyo objetivo es facilitar el proceso de cambio individual del paciente a través de la adquisición de habilidades y recursos que le ayuden a continuar con una vida al margen del consumo de sustancias.

2.1. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN ANDALUCÍA

En Andalucía existen 25 CTs públicas o subvencionadas a las que acceden personas con problemas derivados del consumo de sustancias con un perfil muy variado en función del sexo, edad, estado civil, etnia, etc. Nos vamos a centrar en la descripción de las características principales de las seis comunidades que gestiona FADAIS, ya que son el marco donde se desarrollan los estudios empíricos de este trabajo.

En estos recursos, el proceso terapéutico es entendido como el recorrido que realiza cada paciente desde su entrada a comunidad hasta el alta. Como indicamos en la tabla 13, este proceso comienza con un diagnóstico individual de acuerdo a cuatro áreas diferentes: médico-sanitaria, psicológica, social y educativa. A partir de entonces se inicia el tratamiento propiamente dicho en el que podemos identificar tres fases principales:

1. **Periodo de integración:** este primer periodo persigue que el paciente se familiarice con la dinámica del centro y su duración es variable dependiendo de la idiosincrasia de cada persona. A los 15-20 días del ingreso se realiza una valoración del nivel de integración y adaptación al centro. Seguidamente, se establecen los objetivos básicos de cada paciente en las áreas sanitaria, psicológica, educativa y social.

2. Período de intervención específica: esta fase se caracteriza por tres elementos básicos:

- a. *La intervención individual (orientada a los objetivos de cada paciente):* donde se trabaja la toma de conciencia de la enfermedad, la motivación al cambio, la resolución de conflictos interpersonales y la valoración de una posible comorbilidad psicopatológica del paciente.
- b. *La intervención grupal:* mediante la conformación de grupos terapéuticos como el de prevención de recaídas, educación en valores, educación para la salud, dependencias emocionales, autoestima, formación de madres/padres, pérdidas existenciales y afrontamiento de las mismas y perspectiva de género.
- c. *La asignación de responsabilidades dentro de la comunidad:* el sistema de responsabilidades es un procedimiento organizativo que complementa el trabajo terapéutico y facilita el funcionamiento del centro.

3. Período de consecución de objetivos o preparación al alta: es la fase final del proceso en la comunidad. En ella se diseña una planificación de futuro para el paciente en dos cuestiones esenciales: la terapéutica y la incorporación social, para lo que es fundamental la coordinación entre las comunidades y, en general, los recursos de la red asistencial de drogodependencias. Así, por un lado, se analizan los logros terapéuticos alcanzados durante el tratamiento y, por otro, junto al paciente, se valora la posibilidad de continuar el mismo mediante:

- Derivación a las viviendas de apoyo a la reinserción que ofrece la incorporación social a todos los niveles.
- Derivación a su centro ambulatorio de referencia que puede ofrecer otros recursos socio-laborales

INTEGRACIÓN Y DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN ESPECÍFICA	PREPARACIÓN AL ALTA
Integración del paciente en el centro	Intervenciones concretas con los objetivos marcados en la fase anterior	Preparación de reinserción socio-laboral
Objetivos concretos en las áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Médica-sanitaria • Educativa • Social • Psicológica 	Integración en los grupos terapéuticos	Continuidad del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • VAR • CTA
	Asunción de responsabilidades	

Tabla 13: Fases del proceso terapéutico en los centros de FADAIS.

Para concluir, este proceso terapéutico pretende responder a las necesidades individuales de cada paciente y, al mismo tiempo, persigue el aprendizaje y la puesta en práctica de habilidades sociales y relaciones interpersonales positivas de los pacientes en su entorno.

3. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La efectividad del tratamiento en CT es un elemento básico de su calidad asistencial, por lo que su medida es fundamental. La evaluación de los programas de salud mental y drogodependencias se ha enfocado de maneras muy diferentes. Por un lado, desde un *modelo parcial* en el que se valora de forma separada los distintos componentes del programa y, por otro lado, a través de un *modelo global*, en el que se tienen en cuenta todos los componentes al mismo tiempo (McLellan y Durell, 1996).

Gerstein (1992) plantea que los resultados del tratamiento dependen de dos tipos de elementos: **primarios**, como la motivación del paciente, la calidad y la cantidad de recursos asistenciales y **secundarios**, como las características organizativas del programa. Por su parte, Donabedian (1980) desarrolla el *Modelo de producción de salud* expuesto en la tabla 14. Este modelo entiende la actividad asistencial como un proceso compuesto por tres elementos:

1. Los pacientes que presentan un problema de salud y que acceden a un sistema asistencial (*inputs*),
2. un conjunto de procesos como las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (*Outputs* intermedios) que se aplican sobre dichos pacientes y

3. los resultados del tratamiento entendidos como la efectividad o mejora de la salud de los pacientes (*Outputs* finales)

De esta manera, en primer lugar, cada paciente (*inputs*) por un lado, presenta unas características personales exclusivas y, por otro, será atendido en un recurso determinado con sus propios materiales y costes. Dentro de las variables relacionadas con los pacientes podemos encontrar las sociodemográficas, las de consumo, las de estado o rasgo y, por último, las *dinámicas* o *motivacionales*. En segundo lugar, el proceso asistencial (*outputs* intermedios) lo componen aquellos elementos que median en la intervención del paciente. Así, diferentes estudios han identificado posibles factores asistenciales que pueden tener vinculación con el mismo tales como el modelo y las características del programa o la formación de los terapeutas. Es por ello que en muchas ocasiones estas variables constituyen indicadores de la evaluación del programa. Por último, los factores asociados a los resultados del tratamiento (*outputs finales*) se pueden clasificar en *dimensiones objetivas*, tales como la reducción del consumo de heroína, la tasa de retención en el programa y las tasas de morbi-mortalidad y *dimensiones subjetivas*, como por ejemplo la calidad de vida y la satisfacción del usuario (Ball,1991; Caplehorn,1993; Caplehorn, McNeill & Kleinbaum, 1993; Caplehorn, Irwing & Saunders,1996a,1996b; Capone et al., 1994; Carlson & Gabriel,2001; Condelli & De Leon, 1993; Condelli & Dunteman,1993; Condelli & Hubbard, 1993; Darke,1998; Hall et al., 1998; Hser, Evans, Huang & Anglin ,2004; Kayman, Goldstein, Deren & Rosenblum ,2006; Nwakeze, Magura & Demsky,1997; Strain, Stitzer, Liebson & Bigelow, 1998; Ward, Mattick & Hall,1998).

PACIENTES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>Estructura Recursos</p> <p>Pacientes <i>Variables sociodemográficas</i> Edad Desempleo Apoyo socio-familiar</p> <p><i>Variables de consumo</i> Edad de inicio del consumo Días de consumo en mes previo Frecuencia media de consumo</p> <p><i>Variables de estado-rasgo</i> Comorbilidad psicopatológica Estado general de salud Historia delictiva</p> <p><i>Variables dinámicas</i> Motivación Actitud ante el tratamiento</p> <p style="text-align: center;">Inputs</p>	<p>Provisión de servicios Ratio terapeuta/paciente Actitudes del staff "Filosofía" del programa Accesibilidad Adherencia</p> <p>Terapeuta Formación Continuidad en el programa</p> <p>Intervención clínica Dosis del fármaco</p> <p>Intervención psicosocial</p> <p style="text-align: center;">Outputs</p>	<p>Indicadores</p> <p><i>Objetivos</i> Consumo de sustancia Retención Morbi-mortalidad</p> <p><i>Subjetivos</i> Calidad de vida Satisfacción del usuario</p>

Tabla 14: Principales indicadores empleados en la evaluación de programas de tratamiento con drogodependientes.

Resulta evidente que el propósito final de la intervención terapéutica es obtener los mejores resultados clínicos posibles con los pacientes. Por ello, abundante literatura ha tratado de evaluar e identificar aquellas variables que están relacionadas con una mayor efectividad del tratamiento en las CTs (Baekelend & Lundwall, 1975; De Leon, 1986, 1991; De Leon & Jainchill, 1986; Gonzalez-Saiz et al., 1998a; González-Saiz et al., 1998b; Kooyman, 1993; Secades, Fernández Rodríguez & Fernández Hermida, 1998). Las investigaciones sugieren que el tiempo de estancia o la retención en tratamiento es una de las variables de resultado más importante (Carroll & McGinley, 2000; De Leon & Schwartz, 1984, De Leon, 1991; McCaul, Sviki & Moore, 2001; Secades-Villa & Benavente, 2000; Secades-Villa & Fernández, 2000). Una explicación reside en que la mayoría de los abandonos tienen lugar en el primer mes de tratamiento, sin que se haya conseguido ningún objetivo terapéutico (Condelli & De Leon, 1993; De Leon, Hawke, Jainchill & Melnick, 2000c). En este sentido, varios estudios de diseño longitudinal se han centrado en identificar el valor predictivo de las variables relacionadas con los pacientes y las indicadoras de los procesos asistenciales sobre la variable resultado (retención en el recurso). Entre ellas las relacionadas con la gravedad de los síntomas psicopatológicos (Condelli & De Leon, 1993; Eland-Goossensen, Van de Goor, Benschop & Garretsen, 1998), la historia delictiva (Condelli & Hubbard, 1994; Harrison et al., 2007; Sacks, Sacks, McKendrick, Banks & Stommel, 2004) y las expectativas y motivación hacia el tratamiento (Condelli & De Leon, 1993; De Leon, Melnick & Kressel, 1997; Joe, Simpson y Broome, 1998,) (ver tabla 15).

Ravndal & Vaglum (1995,1994) realizaron dos estudios utilizando el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI), el *Basic Character Inventory* (BCI) y el *Symptom Checklist-90* (SCL-90) para evaluar el perfil de personalidad de 144 personas que ingresaron en CT. Sus resultados mostraron que aquellos pacientes que completaban el tratamiento puntuaban más bajo en las escalas relacionadas con el excentricismo (esquizoide y esquizotípica). Junto a este resultado encontraron que, aunque puntuaciones altas en depresión no fueron un factor predictor de abandono del tratamiento, sí lo fue mantener estas puntuaciones a lo largo del mismo. Por otro lado, O'Leary et al. (2000) estudiaron la relación entre los niveles de ansiedad y el abandono de 108 pacientes que estaban, bien en tratamiento residencial (n=76), bien en un hospital psiquiátrico (n=32). Sus resultados concluyeron que aquellos con mayores puntuaciones de ansiedad tenían menores índices de retención en tratamiento. En la misma línea, Levin et al. (2004) realizaron un estudio de seguimiento de 135 pacientes que ingresaron en CT, diferenciando tres grupos: pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), pacientes con otros trastornos del Eje I (no TDAH) y pacientes sin ningún trastorno mental. Los datos indicaron que aunque los pacientes con otros trastornos del Eje I obtuvieron tasas bajas de abandono en fases tempranas del tratamiento, éstas se incrementaron significativamente después de un tiempo prolongado. Además, los pacientes con TDAH fueron los que menor probabilidad tuvieron de finalizar el tratamiento en comparación, por un lado, con personas con

otros trastornos del Eje I y, por otro, con pacientes sin comorbilidad psicopatológica. Estos resultados son acordes a otros estudios realizados en recursos residenciales con individuos con TDAH (Wise, Cuffe & Fischer, 2001; Levin, Evans & Kleber, 1998). Así, Dekel, Benbenishty & Amram (2004) encontraron que el tiempo de estancia en CT se relacionaba con una mayor probabilidad de recaída y con síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos más severos tras el tratamiento. Recientemente, Mulder, Framtom, Peka, Haptom & Marsters (2009) diseñaron un estudio para conocer las variables predictivas de retención en CT en los primeros 3 meses de estancia. Utilizaron una muestra de 200 personas admitidas en CT y evaluaron variables relacionadas con las características demográficas, historia judicial, apoyo familiar y perfil psicopatológico. Transcurridos los tres meses, y permaneciendo en CT el 57% de los sujetos de la muestra inicial, fueron las variables temperamento, salud física y salud mental las que predijeron mejor la permanencia en este periodo de tratamiento. Es decir, los pacientes que permanecían en CT obtuvieron mayores puntuaciones de depresión a lo largo de la vida aunque, en el momento de la admisión a tratamiento, a nivel global sus puntuaciones en el perfil psicopatológico general habían sido mejores. Así, los autores concluyeron que existen pocas variables clínicas que predicen la marcha de los pacientes de la CT si bien, la mejora del estado de salud mental y el apoyo socio-familiar a la entrada en el recurso, se constituyen como posibles indicadores de la retención en tratamiento.

Con respecto a la relación entre la historia delictiva de los pacientes que ingresan en CT y la retención, Vickers-Lahti et al. (1995) evaluaron a 438 pacientes que ingresaron en este recurso asistencial. Encontraron relación entre la percepción de los sujetos sobre sus problemas legales y la prevención de un abandono precoz del recurso (antes de los 40 días), sin embargo, no hallaron relación en los abandonos a largo plazo (entre los días 41 y 79). En esta misma línea, Condelli & De Leon (1993) realizaron un estudio de 753 pacientes que ingresaron en cinco CTs. Su análisis se centró en la importancia de las variables fijas y dinámicas (circunstancias y motivación de la persona a la entrada al tratamiento) de los pacientes con respecto al tratamiento. Los resultados del estudio mostraron que, tanto unas como otras variables, predecían la retención en tratamiento, si bien las que determinaron mayor fuerza predictiva fueron tres variables dinámicas: la primera, la opinión subjetiva de colaboradores del tratamiento (personas que han seguido el programa con anterioridad) a la pregunta de si los pacientes se quedarían tiempo en el recurso; la segunda, el tiempo consumido por los pacientes participando en grandes grupos de personas, en comparación con los que pasaron la mayor parte de su tiempo solos o en grupos pequeños, antes del consumo de sustancias y; por último, la estancia o no en prisión, antes del ingreso en la CT. Con respecto a las fijas, tres variables fueron las relacionadas con la retención: el consumo de drogas blandas antes de comenzar a consumir drogas duras o alcohol, tener una hermana que bebiera alcohol excesivamente y asistir a la escuela entre 12-18 meses antes de la admisión a

tratamiento. Siguiendo en esta línea de investigación, Fernández-Hermida, Secades-Villa, Fernández-Ludeña & Marina-González (2002) evaluaron a una muestra de 249 sujetos que iniciaron tratamiento en CT y sus resultados indicaron que una mayor estancia en el recurso se relacionaba significativamente con la abstinencia de sustancias tras la finalización del tratamiento. Del mismo modo, aquellos pacientes que finalizaron el tratamiento lograron, tras su ingreso, mayor estabilidad laboral, mayor apoyo familiar y un menor número de conductas delictivas.

Por otra parte, De Leon & Jainchill (1986a) creó la escala *Circumstances, motivation, readiness and suitability* (CMRS) con el fin de analizar la relación entre la motivación y la expectativa del paciente antes del ingreso en CT y el tiempo de estancia en la misma, concluyendo su existencia mediante varios estudios (De Leon, 1991, De Leon, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994; Condelli & De Leon, 1993). Asimismo, Joe, Simpson & Broome (1998) apuntaron que las variables relacionadas con la motivación al tratamiento fueron predictoras de la retención en el recurso junto con otras variables de sujeto, como las características sociodemográficas y de consumo.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA RETENCIÓN EN TRATAMIENTO	ESTUDIOS
Psicopatología	Condelli & De Leon, 1993; Dekel et al., 2004; De Leon, 1989; Eland-Goossens et al., 1998; Levin et al., 2004; Levin et al., 1998; Mulder et al., 2009; O'Leary et al., 2000; Ravndal & Vaglum, 1991; 1994; Wise et al., 2001.
Actitudes hacia el tratamiento	De Leon, 1994; De Leon & Jainchill, 1986; Condelli & De Leon, 1993; Ryan et al., 1995; Joe et al., 1998; De Leon et al., 2000c.
Historia delictiva	Condelli & De Leon, 1993; Condelli & Hubbard, 1994; Fernández-Hermida et al., 2002; Harrison et al., 2007; Sacks et al., 2004; Vickers-Lahti et al., 1995.

Tabla 15: Variables de sujeto predictivas de la retención en tratamiento en CT.

En relación con lo que hemos podido observar en la revisión expuesta concluimos que:

1. Las variables que definen el perfil de los pacientes al inicio del tratamiento tienen una influencia moderada sobre los resultados del mismo.
2. Algunas variables relacionadas con los pacientes son más predictivas que otras (por ejemplo, la motivación y la actitud ante el tratamiento parecen explicar mejor los resultados que las variables que definen los problemas relacionados con el consumo).

3. Comparativamente, las variables asociadas a los procesos (provisión de servicios e intervención clínica) explican mejor los resultados que las variables que definen el perfil de los pacientes antes de comenzar el tratamiento.
4. Aunque las variables relacionadas con el sujeto parecen tener menos peso en la predicción de la permanencia en tratamiento, su análisis y evaluación se tornan relevantes si queremos diseñar el tratamiento más adecuado a cada persona, especialmente en aquellas que presentan comorbilidad psicopatológica.
5. Muy en relación con el punto anterior, es conveniente programar intervenciones específicas e individualizadas al inicio del tratamiento para evitar una tasa tan alta de abandonos.
6. En otras palabras, aún cuando las variables de proceso tienen un mayor poder predictivo en este terreno, hemos de seguir profundizando en el análisis de las de sujeto, con especial atención a la comorbilidad psicopatológica ya que, hasta donde conocemos, las herramientas de investigación utilizadas en estudios previos no han sido específicamente diseñadas para evaluar este fenómeno en personas con problemas derivados del consumo de sustancias. Ello nos lleva a concluir que es necesario llevar a cabo estudios, con instrumentos *ad hoc*, cuyo objetivo principal sea evaluar la relación entre la presencia de psicopatología y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo.

4. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA ADAPTADA A PACIENTES CON COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA

Los primeros estudios de De Leon et al. aportan evidencias empíricas de que, entre los pacientes admitidos en las comunidades, había un alto porcentaje que padecían algún tipo de psicopatología primaria o inducida por las sustancias, viniendo a constatar una impresión que ya existía en la práctica clínica (De Leon, 1974, 1984, 1986, 1988; De Leon, Skodol & Rosenthal, 1973; De Leon & Schwartz, 1984). De este modo, en la actualidad, es conocida la elevada prevalencia de pacientes con comorbilidad psicopatológica en CT. Aún así, existen escasos estudios sobre el tema, si bien la mayoría revela que existe un elevado porcentaje de pacientes que presenta al mismo tiempo problemas derivados del consumo de sustancias y, al menos, otro trastorno mental (TM) (Mulder et al., 2009; Levin et al., 1998; Levin et al., 2004; Wise et al., 2001).

Como se ha comentado, las CTs tradicionales tienen un modelo de intervención de carácter psicoeducativo, multidisciplinar y dirigido fundamentalmente a la conducta adictiva. Creemos que esto dificulta la atención a pacientes con

comorbilidad psicopatológica y parte de estas dificultades tienen que ver con los siguientes aspectos:

1. El perfil formativo y la experiencia de los profesionales de las CTs tradicionales están orientados fundamentalmente al tratamiento de las adicciones.
2. El programa terapéutico de las CTs tradicionales tiene unos objetivos y unos procesos específicos para las conductas adictivas.
3. El enfoque actual del abordaje de los pacientes drogodependientes con TM sigue un *modelo en paralelo*, ya que la red de salud mental y la de drogodependencias se encuentran separadas. Esto dificulta el abordaje integrado.

Por estas razones, algunos países se han planteado la posibilidad de adaptar algunas de sus CTs a la atención integrada de personas con comorbilidad psicopatológica como es el caso de Estados Unidos. El grupo de trabajo del Centro de Investigación sobre Comunidades Terapéuticas de Nueva York (De Leon, 1996) ha desarrollado Comunidades Terapéuticas Adaptadas (CTs-AD) para drogodependientes con TM. Para ello han realizado modificaciones en algunas de las CTs tradicionales que ya venían funcionando y entre los principales cambios se encuentran (De Leon, 1996; Sacks, Sacks & De Leon, 1999; De Leon, 2000b; Sacks, McKendrick; Sacks, Banks & Harle, 2008a; Sacks, Banks, McKendrick & Sacks, 2008b):

1. La adaptación del perfil de los profesionales de la CT, para incluir profesionales de la salud mental con experiencia en adicciones.
2. Criterios de admisión definidos y consensuados con los centros derivadores.
3. Mayor flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones terapéuticas.
4. Mayor atención a las diferencias individuales.

Las áreas clave de modificación están en relación con la estructura, el proceso del programa, el personal, los servicios y el manejo clínico. Una vez implantados estos cambios, la evaluación de las CTs-AD ha mostrado que:

1. Los pacientes con comorbilidad psicopatológica ingresados en estos centros mejoran más que si son tratados en las CTs tradicionales (De Leon et al., 2000b).
2. Los resultados de estos programas son más coste-efectivos que los tradicionales, si se tienen en cuenta los costes ahorrados en otros recursos como ingresos en unidades de agudos de salud mental, estancias en hospitales generales por problemas de salud relacionados con el consumo, encarcelaciones, etc. (French, Sacks, DeLeon, Saines & McKendrick, 1999).

Actualmente, en Andalucía el abordaje de los problemas de consumo de drogas y TMs asociados se hace desde un *modelo en paralelo*. Es decir, los pacientes son tratados por ambas redes asistenciales (salud mental y drogodependencias) de forma simultánea, según un programa establecido con coordinación entre ellas, desde nuestro punto de vista mejorable (Consejería de Asuntos Sociales, 2002). Como ha mostrado la experiencia de otros países, para atender con mayor adecuación a los pacientes drogodependientes con comorbilidad psicopatológica se deben crear CTs siguiendo un *modelo de atención individualizada por criterios de severidad*. Las líneas generales de este modelo serían (Sacks et al., 2004; Sacks et al., 2008b; De Leon, 2000b):

1. Diagnóstico y evaluación de los TMs de los pacientes drogodependientes y valoración del funcionamiento general de los mismos.
2. Redistribución de los pacientes con comorbilidad psicopatológica, de forma que aquellos con mejor nivel de funcionamiento general y menor severidad sigan siendo atendidos en las CTs tradicionales, y los pacientes con psicopatologías más severas sean atendidos en las CTs-AD.
3. Composición de dos programas temporales de estancia dentro de las CTs-AD:
 - a. *Programa de "estancia larga"* o "programa completo": destinado a aquellos pacientes con mayor severidad y/o que requieren una intervención más especializada.
 - b. *Programa de "estancia corta"* (de un máximo de 30-40 días de duración) destinado a:
 - Pacientes con comorbilidad psicopatológica que están siendo atendidos en una CT tradicional y sufren una descompensación o aquellos, sobre los que existen dudas diagnósticas y requieren estabilización. Tras la estancia en la CT-AD estos pacientes volverían a su CT "de referencia" para continuar allí el proceso terapéutico.
 - Pacientes con comorbilidad psicopatológica derivados desde los CTAs con un perfil muy definido (que habría que determinar). Éstos, en función de las características del cuadro, y tras su estabilización, podrían recibir el alta y volver al CTA de origen, pasar al programa de "estancia larga" o bien ser enviados a otra CT para continuar el tratamiento.

En definitiva, este programa de "estancia corta" tiene como objetivos la realización de un diagnóstico de confirmación, la estabilización clínica del paciente y la orientación del caso con recomendaciones para su continuidad en otro centro.

4. Coordinación estrecha con las CTs tradicionales:
 - a. mediante el seguimiento de los pacientes derivados a las CTs desde la CT-AD,
 - b. y a través de la realización de interconsultas por parte de los terapeutas de las CTs sobre cualquier paciente ingresado en CT-AD.
 - c. Así, la CT-AD tendría una función como centro de formación continuada del resto de CTs y
 - d. llevaría a cabo el registro sistemático de los casos ingresados en la CT-AD.
 - e. Finalmente, realizaría un proceso de diagnóstico y evaluación de los procesos y resultados asistenciales.
5. Coordinación con el Equipo de Salud Mental de Distrito para determinar los recursos de reinserción más adecuados según el caso (de salud mental o de drogodependencias)
6. Coordinación con la Unidad de Salud Mental de Agudos del Hospital General.

Quizás, y a la vista de los beneficiosos resultados en otros países (Timko & Moss, 2002; Valmisa, 2010) y de las exitosas experiencias llevadas a cabo en otras comunidades autónomas, como Cataluña, la integración de la red asistencial de drogodependencias en el Servicio Andaluz de Salud facilitaría esta adaptación de las CTs. En cualquier caso, creemos que la creación de CTs-AD en esta área, es condición necesaria para optimizar los tratamientos destinados a personas con comorbilidad psicopatológica y mejorar así el pronóstico y evolución del paciente.

5. PUNTOS CLAVE DEL CAPÍTULO

- El área de las drogodependencias tiene tres ámbitos principales de actuación, por un lado, la prevención, cuyo objetivo prioritario es la reducción de la oferta y la demanda, por otro, la asistencia, centrada en la intervención terapéutica con personas con problemas derivados del consumo de sustancias y, por último, la incorporación, cuyo propósito es vincular al paciente con la sociedad tras un periodo de tratamiento.
- La coordinación de los recursos asistenciales es fundamental para el abordaje del paciente. La red asistencial de nuestro país está constituida por diferentes dispositivos, de los cuales destacamos la CT porque es el ámbito donde se han llevado a cabo nuestros estudios empíricos. Este recurso es residencial y tiene como propósito principal conseguir un cambio global en el estilo de vida del paciente, que pasa por lograr la abstinencia del consumo, la eliminación de cualquier conducta antisocial o delictiva, la búsqueda de empleo y la adquisición de actitudes y valores pro-sociales.
- El abordaje en una CT se divide en tres fases fundamentales: 1. Etapa de iniciación o inducción, cuyo propósito fundamental es evaluar las necesidades individuales de cada paciente y orientarlo dentro del tratamiento; 2. Etapa de tratamiento primario, donde se acuerda con el paciente sus objetivos y se trabaja en los mismos y 3. Etapa de re-ingreso, donde se refuerzan las habilidades de los pacientes para la toma de decisiones y su capacidad de autosuficiencia para completar con éxito la salida del recurso.
- Para optimizar el éxito terapéutico es fundamental evaluar la efectividad del tratamiento. Las variables implicadas en el proceso terapéutico en CT son las relacionadas con los pacientes y las relacionadas con el propio proceso. Las primeras tienen una influencia moderada sobre los resultados del mismo y, comparativamente, las variables asociadas con el proceso explican mejor los resultados. Aún así, el análisis y evaluación de las variables relacionadas con los pacientes son relevantes para diseñar el tratamiento más adecuado a cada persona.
- La presencia de comorbilidad psicopatológica en las personas que ingresan en CT por algún problema derivado del consumo de sustancias es cada vez más elevada. Así, la adaptación de estos recursos para personas con trastornos concomitantes es necesaria y beneficiosa para el pronóstico y evolución de estos pacientes.



RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y LOS TRASTORNOS MENTALES

A lo largo de este capítulo se hace referencia a la comorbilidad psicopatológica, o patología dual, como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno derivado del consumo de sustancias psicoactivas y un trastorno mental. Este fenómeno preocupa cada vez más a los profesionales que desarrollan su labor con esta población debido a las complicaciones en su manejo clínico. La prevalencia de comorbilidad psicopatológica es cada vez más diagnosticada. Por ello, resulta fundamental realizar una evaluación y un diagnóstico adecuados de ambas alteraciones y, así, planificar un tratamiento específico para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

1. COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

La coincidencia en un mismo paciente de, al menos, dos trastornos, uno de ellos derivados del consumo de sustancias y otro relacionado con la presencia de alguna psicopatología, es lo que conocemos como comorbilidad psicopatológica o patología dual. Estos términos provienen de la práctica clínica y, aunque son aceptados, no se encuentran definidos oficialmente en los manuales de clasificación DSM-IV o CIE-10. Mediante estos vocablos, se describe la presencia de un TCS y TM en una misma persona durante un periodo de tiempo concreto (Santis & Casas, 1999). La comorbilidad psicopatológica se caracteriza por su elevada prevalencia y por su relevancia diagnóstica para garantizar un buen pronóstico y una correcta adecuación del tratamiento (First & Gladis, 1996; San, Arranz & Dueñas, 2002; SEPD, 2008).

Durante el siglo XX, los pacientes que padecían este tipo de trastornos eran derivados de un recurso a otro sin ser atendidos adecuadamente en ninguno de ellos. Paradójicamente eran rechazados en Unidades de Salud Mental por padecer algún tipo de TCS y, al mismo tiempo, no eran tratados oportunamente en los recursos asistenciales para drogodependientes por padecer un TM. Este hecho ha sido denominado por algunos expertos como el “Síndrome de la puerta equivocada” (Valmisa, 2010). El concepto de patología dual ha ayudado al campo de la psicopatología a acercarse de nuevo a los TCS y a confirmar la necesidad de tratar a estas personas desde un abordaje multidisciplinar (Salvanés & Álamo, 1999).

En la actualidad, existe un debate sobre la causalidad de estos trastornos que ha dado lugar a diversas hipótesis explicativas (First & Gladis, 1996; Nunes & Deliyannides, 1996; Torrens & Martínez, 2009):

- a. TM primario y TCS subsecuente:** la existencia de un TM preexistente determina la aparición de un TCS. Una de las hipótesis que intenta explicar esta relación es la denominada *Hipótesis de la Automedicación*. Su principal postulado se basa en que el consumo de drogas es la consecuencia de un intento por parte del paciente de aliviar los estados de distrés emocional. La elección de la sustancia no es al azar, sino que resulta ser la más adaptativa para el paciente dentro de la sintomatología presentada (Khantzian, 1985).
- b. Un TCS preexistente determina la aparición de un TM:** tras la ingesta de una sustancia existe una precipitación o desencadenamiento de un TM para el cual el sujeto era previamente vulnerable.
- c. Ambos trastornos no están relacionados o constituyen trastornos independientes:** es posible que trastornos de alta prevalencia se presenten por azar en un mismo paciente y que puedan interactuar a lo largo de su evolución, potenciándose mutuamente. Así, cada trastorno tiene su curso

clínico independiente. La presencia de los dos trastornos en un mismo paciente se puede explicar por:

- *Modelo de la independencia biológica*: desde el punto de vista biológico, ambos trastornos son independientes.
- *Modelo del factor común*: los TCS y los TMs son el resultado de un tercer factor etiológico subyacente que determina la génesis de ambos trastornos. Estos factores predisponentes pueden ser causados por variables como el estrés, la influencia genética o el contexto familiar.

De la misma manera que los criterios diagnósticos para los TMs han ido evolucionando a lo largo del tiempo, también lo han hecho considerando su relación con el consumo de sustancias. Así, en 1972, Feighner et al. acuñaron los términos de *primario* y *secundario* para definir la concomitancia entre un TCS y un TM como una relación causa-efecto. Con esta explicación, el autor daba por sentado que el trastorno que aparece antes en el tiempo se denomina *primario* y es independiente del resto de trastornos que aparecen con posterioridad. Más adelante, entre finales de la década de los setenta y principios de los noventa, aparecen un conjunto de nuevos sistemas de criterios diagnósticos, como el *Research Diagnosis Criteria* (RDC) (Spitzer, Edicott & Robins, 1978), el DSM-III (APA, 1980) y el DSM-III-R (APA, 1987), que diferencian la sintomatología psicopatológica de los efectos esperados por el consumo de sustancia, denominándolos, respectivamente, síntomas *orgánicos* y *no orgánicos*. El concepto *orgánico* hace referencia al TM causado por alguna condición física conocida, tal como el efecto tóxico de las sustancias si bien, una de las carencias principales de esta clasificación es que no plantea criterios específicos para distinguir entre trastorno *orgánico* y *no orgánico*. Como resultado de esto, los estudios que utilizan estos criterios muestran escasa validez y fiabilidad para la mayor parte de los trastornos psicopatológicos (Torrens, Astals, Martín-Santos & Domingo-Salvany, 2005). Finalmente, el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-R (APA, 2000) introdujeron nuevos términos en sustitución de la dicotomía *orgánico/no-orgánico*:

1. *Efectos esperados*: síntomas considerados habituales como consecuencia del consumo o abstinencia de sustancias
2. *Trastornos primarios*: TMs que no se relacionan ni con el consumo de sustancias ni con una enfermedad médica
3. *Trastornos inducidos por sustancias*: diagnosticados sólo cuando el síntoma es excesivo respecto a lo que se observa en un síndrome de intoxicación o abstinencia. Por esto, requieren una atención clínica independiente

Con la inclusión del término *inducido por sustancias*, el DSM-IV reconoce que los síndromes psicopatológicos pueden tener relevancia clínica a pesar de su comorbilidad con el uso o dependencia de sustancias. Asimismo, esta clasificación

enfatisa la importancia de la comorbilidad psicopatológica en los pacientes consumidores de sustancias teniendo, como finalidad, facilitar un diagnóstico más preciso con la perspectiva de mejorar el tratamiento y el pronóstico.

Por su parte, la CIE-10 (OMS, 2003) reconoce criterios específicos para diferenciar los trastornos primarios de la sintomatología causada por el consumo de sustancias, aunque sólo para los trastornos psicóticos. Por ello, este sistema nosológico no reconoce una sintomatología psicopatológica mayor que la esperada en algunos consumidores de sustancias durante periodos de intoxicación o abstinencia.

En la actualidad, se barajan cambios para la nueva versión del DSM. Uno de ellos es la sustitución del término *primario* por el de *independiente*, debido a la confusión que crea este concepto. La crítica fundamental es que el término *primario* da por supuesto que la sintomatología siempre va a ser previa al consumo de sustancias. Sin embargo, con la introducción del concepto *independiente* se presupone que los síntomas también pueden estar presentes en épocas de abstinencia o posteriores al consumo. Por ello, algunos autores apoyan el término *independiente* para denominar aquellos trastornos que también pueden identificarse paralelos al consumo (Schuckit, 2006). Por otro lado, la APA continúa trabajando en la delimitación de los conceptos de *efectos esperados* y *efectos excesos* ya que, en algunos pacientes que comienzan su consumo a edades muy tempranas, no son claros.

Con respecto al proceso de evaluación de la comorbilidad psicopatológica, desde una perspectiva clínica, creemos que se debe seguir un proceso específico de toma de decisiones para el diagnóstico, tal y como se muestra en la figura 7. En primer lugar, se establece la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los síntomas psicopatológicos. Si existe relación entre los dos trastornos, se debe explorar si la presencia de la sintomatología psicopatológica es más grave que la esperada durante los episodios de intoxicación y/o de síndrome de abstinencia o si, por el contrario, es un trastorno independiente. Si los síntomas son mayores que los efectos esperables por la intoxicación o abstinencia de la sustancia se debe determinar si la aparición de los trastornos coincide con un periodo de consumo crónico de dicha sustancia y, de esta forma, realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno primario o un trastorno inducido por sustancias.

4. Relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales

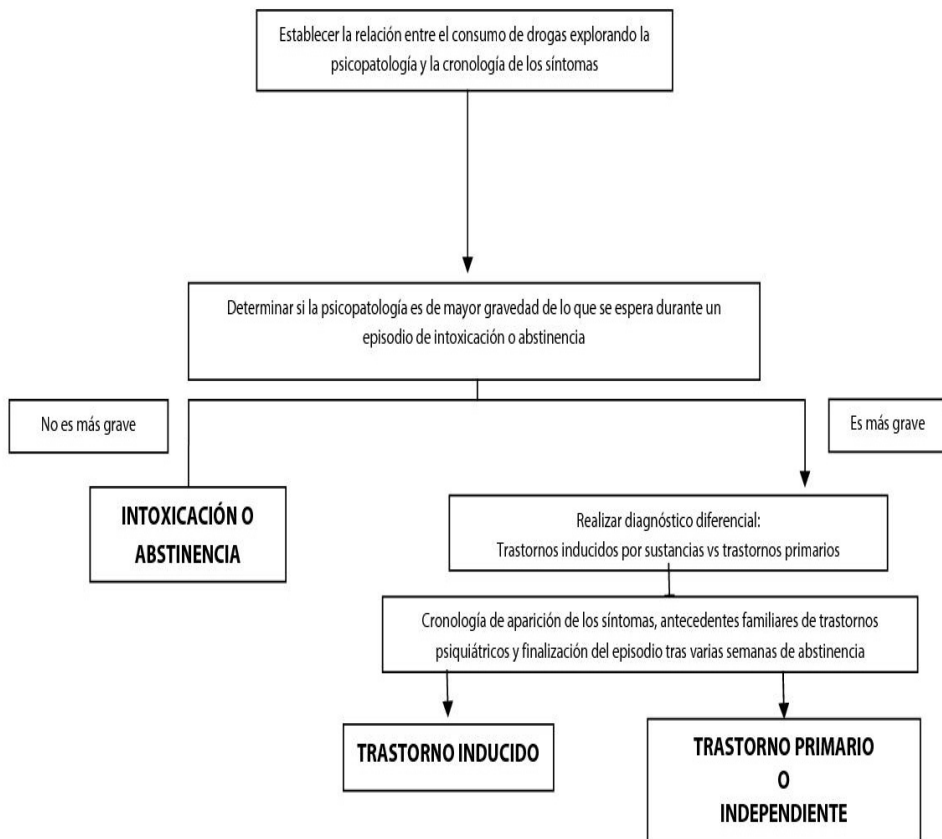


Figura 7: Algoritmo para el diagnóstico de comorbilidad psicopatológica.

En resumen es esencial, en primer lugar, la detección de síntomas psicopatológicos en el contexto de la evaluación de pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias. En segundo lugar, es necesario realizar un diagnóstico diferencial protocolizado para determinar si la presencia de psicopatología es provocada por la intoxicación o abstinencia, es independiente al consumo o, por el contrario, es inducida por el mismo.

2. PREVALENCIA DE LA COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA

Cuando revisamos la literatura epidemiológica sobre comorbilidad psicopatológica constatamos que los resultados de las prevalencias entre un estudio y otro difieren en muchos casos de manera notable. Esto puede deberse a varios motivos (Torrens, 2008):

- a. Heterogeneidad de las muestras con las que se ha llevado a cabo el estudio: población general, población psiquiátrica, personas consumidoras de sustancias o personas que demandan tratamiento, entre otras.
- b. Heterogeneidad en los lugares de reclusión de la muestra: entre ellos, centros psiquiátricos, recursos asistenciales de drogodependencias o centros penitenciarios.
- c. Heterogeneidad de las sustancias de abuso: cada sustancia posee unos efectos farmacológicos diferentes. Además, la accesibilidad de la droga y su aceptación social repercute en el perfil del sujeto objeto de estudio.
- d. Presencia de otra enfermedad orgánica que se pueda asociar a la psicopatología diagnosticada, por ejemplo el VIH.
- e. Instrumentos utilizados durante la evolución.
- f. Dificultades diagnósticas: los criterios diagnósticos han ido evolucionando a lo largo del tiempo y los estudios muestran prevalencias acordes a los criterios utilizados en cada momento.

A continuación, vamos a exponer una breve revisión de la prevalencia encontrada en tres muestras diferentes: consumo de sustancias y TMs en población general, trastornos derivados del consumo de sustancias en población clínica diagnosticada de algún TM y presencia de otros TMs en población drogodependiente.

2.1. Estudios de prevalencia en población general

En primera instancia, si se analizan los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años en población general se encuentra una alta prevalencia de comorbilidad psicopatológica (ver tabla 16).

El *Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA) fue uno de los primeros estudios epidemiológicos realizados a gran escala con población general. Uno de sus objetivos fue analizar la comorbilidad psicopatológica entre los TCS y los TMs (Regier et al., 1984; Regier et al., 1990). Este trabajo se realizó con una muestra de 20291 sujetos seleccionados entre la población general y centros de tratamiento (hospitales

psiquiátricos, residencias asistidas y prisiones). Para los diagnósticos de TCS y TMs se utilizó la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), una entrevista diagnóstica semiestructurada que sigue los criterios del DSM-III. El estudio analizó la prevalencia de comorbilidad en los pacientes en el mes anterior a la entrevista, en los seis meses previos y a lo largo de la vida.

- En primer lugar este estudio detectó que la tasa de prevalencia de TCS entre los sujetos que habían sido diagnosticados de algún TM a lo largo de su vida era del 22.5%. De éstos, el 13.5% presentaba trastorno por abuso de alcohol y el 6.1%, otro TCS. Por su parte, la prevalencia de comorbilidad entre los pacientes con TMs asociados a un posterior TCS fue del 29%, siete veces la razón de probabilidad u *odds ratio* (OR) esperada en la población sin TM. Más detalladamente, en el estudio se observó que entre los sujetos que presentaban algún TM, el 4.7% de personas diagnosticadas de esquizofrenia mostraba un TCS (OR=4.6). Así, la OR de estos sujetos de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol fue de 3.3, mientras la OR de desarrollar un abuso o dependencia de otras sustancias fue del 6.2. Por otro lado, el 83.6% de individuos que estaba diagnosticado de trastorno antisocial de la personalidad (TAP) presentó algún TCS (OR=29.6). Mientras que entre las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad, cuya prevalencia a lo largo de la vida fue del 8.3%, el 32% cumplía criterios de TCS (OR=2.6).
- En segundo lugar, entre los sujetos que habían presentado TCS la prevalencia de otros TMs también fue muy elevada. De los pacientes con trastorno por consumo de alcohol, el 37% presentaba algún TM coexistente (OR=2.3), mientras que el 53% de los pacientes con otros TCS mostraba también un TM, con una OR de 4.5. Los sujetos con algún TCS o por consumo de alcohol tenían además, una probabilidad siete veces mayor que la población general de presentar otro trastorno adictivo. Cabe destacar que los individuos con abuso o dependencia de cocaína fueron los que mostraron mayor comorbilidad con un 76.1% y una OR=11.3.

El *National Comorbidity Survey* (NCS) (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 1997) es, desde el punto de vista epidemiológico, otro trabajo de referencia. En este caso la muestra utilizada estuvo compuesta por 8809 personas de entre la población general. La evaluación se realizó con la *Composite International Diagnosis Interview* (CIDI) y se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R. En este estudio, por un lado, se encontró que el 28.8% de los individuos con edades comprendidas entre los 15 y 54 años cumplía criterios de algún TCS actual. De éstos, el 42.7% presentaba algún otro TM comórbido. En concreto, entre los sujetos con dependencia de alcohol, el 35.8% de los varones (OR=2.2) y el 60.7% de las mujeres (OR=3.1) habían padecido algún otro TM a lo largo de su vida. Los trastornos más prevalentes fueron los del estado de ánimo (TEA), con una presencia del 28.1% (OR=3.2%) en los varones y del 53.5%

(OR=4.36) en las mujeres; y TAP, con una prevalencia del 16.9% en varones (OR=8.3) y del 7.8% en mujeres (OR=17).

Con una muestra de casi 10000 personas, se realizó en Canadá el *Ontario Health Survey* (OHS) utilizando como criterios diagnósticos los del DSM-III-R y la CIE-10, mediante la entrevista diagnóstica CIDI. Este estudio mostró que, de los sujetos con trastorno por consumo de alcohol, el 55% presentaba un TM a lo largo de su vida. La comorbilidad entre las mujeres fue mayor que entre los varones y el TAP fue el más frecuente (Ross, 1995).

El *National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey* (NLAES) es uno de los estudios con mayor tamaño muestral, con 42862 sujetos. Para realizar los diagnósticos se utilizó la escala *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule* (AUDADIS) que sigue criterios DSM-IV. De manera general, entre sus resultados se detectó que la prevalencia de trastornos de depresión mayor (TDM) a lo largo de la vida fue del 9.86%. Por otra parte, el 4.38% de la muestra cumplía criterios para el trastorno de dependencia de alcohol en los últimos doce meses, más concretamente, un 6.33% de los varones y un 2.58% de las mujeres. Además, estas personas arrojaron una OR de 3.6 de padecer un TDM concomitante, frente a una OR de 5 en las personas con trastornos derivados del consumo de cocaína (Grant, 1997).

En 1994 se realizó en Gran Bretaña el estudio *British Psychiatric Morbidity Survey* (BPMS) cuyos diagnósticos se llevaron a cabo mediante los criterios de la CIE-10 y utilizando las entrevistas DIS y *Clinical Interview Schedule-Revised* (CIS-R). Entre otros resultados se encontró que el 22% de personas con dependencia de nicotina, el 30% con dependencia de alcohol y el 45% de dependientes de otras sustancias, presentaban un TM comórbido. En cambio, entre las personas que no reunían criterios de dependencia de sustancias, el porcentaje de TM fue del 12% (Farrell et al., 1998; Farrel et al., 2001).

Por su parte, en Australia se realizó un estudio transversal con 10500 personas adultas, el *National Survey of Mental Health and Well Bein* (NSMH&WB), con el objetivo de evaluar los TMs en este país. Se utilizó como instrumento diagnóstico la CIDI, siguiendo criterios DSM-IV. Los resultados mostraron que el 36.5% de personas con trastorno por consumo de alcohol presentaban otro TM concomitante. De éstos, los trastornos más prevalentes fueron el TDM (16.8%, OR=3.4), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (7.1%; OR=3.3) y el trastorno por estrés postraumático (TEP) (5.4%; OR=5.2) (Burns & Teeson, 2002).

Entre 2001 y 2003 se replicó el estudio *National Comorbidity Survey* (NCS-S). En esta ocasión participaron más de 9200 personas con la CIDI como instrumento diagnóstico y evaluando según criterios DSM-IV. En él se halló una prevalencia de trastorno por abuso de alcohol del 13.2% y un 5.4% de dependencia de esta sustancia a lo largo de la vida. Además, un 7.9% y un 3%, respectivamente, cumplieron criterios

de abuso y de dependencia de otras sustancias a lo largo de la vida (Kessler & Merikangas, 2004).

Otro estudio destacado fue el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) donde se utilizó la entrevista AUDADIS con criterios DSM-IV. Según este trabajo, el porcentaje de personas que alguna vez a lo largo de su vida ha cumplido criterios de trastorno por consumo de sedantes y/o tranquilizantes, opio y anfetamina es del 1.1%, 1% y 1.4%, respectivamente. Además, tomando como referencia el último año, cumplieron criterios de dependencia de alcohol el 3.81% y, de otras sustancias, el 0.63% (Huang et al., 2006).

La *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH) es una encuesta de población general que realiza cada año, desde 1971, la *Substance and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Utiliza criterios DSM-IV, a través de una entrevista clínica creada por la propia NSDUH. Los últimos datos publicados, de 2008, se refieren a una población de aproximadamente 67500 personas. Sus resultados mostraron que el 8.9% de la población mayor de 12 años presentaba criterios de abuso o dependencia de alguna sustancia ilícita en el último año, datos que se mantienen estables desde 2002. Asimismo, se encontró que el consumo de sustancias entre pacientes con algún TM grave (30.3%) fue mayor en comparación con las personas que no lo presentaban (12.9%). Por otra parte, un 25.2% de las personas mayores de 18 años con un TM grave obtuvo criterios de abuso o dependencia de alguna sustancia (incluida el alcohol), en comparación con el 8.3% de las que no tenían ningún trastorno (SAMHSA, 2009).

ESTUDIO	AÑO	MUESTRA	EDAD	PAÍS	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	INTRUMENTO UTILIZADO
ECA (Regier et al., 1984; 1990)	1980-84	20.291	>17	EEUU (5ciudades)	DSM-II	DIS
NCS (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 1997)	1990-92	8.098	15-54	EEUU	DSM-II-R	CIDI
OHS (Ross, 1995)	1990-91	9.953	>15	Canadá (Ontario)	DSM-II-R y CIE-10	CIDI
NLAES (Grant, 1997)	1991-92	42.862	>17	EEUU	DSM-IV	AUDADIS
BPMS (Farrell et al., 1998; 2001)	1993-94	10.108	16-64	Reino Unido	CIE-10	DIS y CIS-R
NSMH&WB (Burns & Teeson, 2002)	1997	10.641	>17	Australia	DSM-IV	CIDI
NCS-R (Kessler & Merikangas, 2004)	2001-03	9.282	>17	EEUU	DSM-IV	CIDI
NESARC (Huang et al., 2006)	2001-02	43.093	>17	EEUU	DSM-IV	AUDADIS
NSDUH (SAMSHA, 2009)	2007	67.870	>12	EEUU	DSM-IV	NSDUH INTERVIEW

Tabla 16: Estudios epidemiológicos de comorbilidad psicopatológica en población general. ECA: *Epidemiologic Catchment Area Survey*; NCS: *National Comorbidity Survey*; OHS: *Ontario Health Survey*; NLAES: *National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*; BPMS: *British Psychiatric Morbidity Survey*; NSMH&WB: *National Survey of Mental Health and Well Bein*; NCS-R: *National Comorbidity Survey*; NESARC: *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*; NSDUH: *National Survey on Drug Use and Health*; DIS: *Diagnostic Interview Schedule*; CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*; AUDADIS: *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule*; CIS-R: *Clinical Interview Schedule-Revised*; NSDUH: *National survey on drug use and health*.

A la vista de los resultados encontrados a lo largo de los estudios expuestos anteriormente, podemos afirmar que existe una alta prevalencia de trastornos derivados del consumo de sustancias, otros TMs, así como de ambos tipos de trastornos en una misma persona, entre la población general.

2.2. Estudios de prevalencia en población clínica con trastorno mental

El análisis de investigaciones realizadas en población clínica con psicopatología, refleja que aproximadamente el 50% de los pacientes con TM cumplen criterios de algún TCS en algún momento de su vida (George & Krystal, 2000). Por ejemplo, Brady y cols. (1991) evaluaron los TCS en 100 pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica y encontraron que el 64% había padecido o padecía problemas derivados del consumo de sustancias. De aquellos pacientes con TDM, el 58% cumplió criterios de TCS a lo largo de la vida y el 22%, en el momento del estudio. Miller & Fine (1993), por su parte, en una revisión realizada sobre investigaciones con población psiquiátrica encontraron que el 30% de los pacientes con TDM y el 50% con trastorno bipolar padecían, al mismo tiempo, algún TCS. De manera similar, Golberg y cols. (1999) informaron que el 34% de pacientes hospitalizados por trastorno maniaco reunía criterios de algún TCS al mismo tiempo. Recientemente, Swann (2010) ha realizado una revisión en la que pone de manifiesto que el bipolar es el TM donde se encuentra mayor prevalencia de TCS. Este autor señala que las personas que presentan ambos trastornos conjuntamente tienen un peor pronóstico y evolución en comparación con los que padecen trastorno bipolar exclusivamente. Además, la prevalencia de consumo de sustancias entre pacientes esquizofrénicos es considerablemente más elevada que entre población no psiquiátrica (Cuffel, 1992). De esta forma, las prevalencias a lo largo de la vida de trastornos derivados del consumo de sustancias, incluido el alcohol, oscilan entre el 35%-55% (un 13-28% dependencia de cannabis, entre un 20-25% de alcohol, entre un 58-85% de tabaco, alrededor de 25% de psicoestimulantes y entre el 2-10% de opiáceos) en muestras clínicas de esquizofrénicos (Arias Horcajadas & Fernández Rojo, 2003; Hasin, Nunes & Meydan, 2004). En este sentido, en nuestro país, los estudios sobre comorbilidad psicopatológica realizados han hallado, de igual manera, una alta prevalencia entre pacientes psiquiátricos (Rodríguez-Jiménez et al., 2008).

2.3. Estudios de prevalencia en población con trastornos por consumo de sustancias

Los trabajos realizados sobre muestras de pacientes que están en tratamiento por TCS también reflejan una alta presencia de comorbilidad. Con objetivo de corroborar esta hipótesis, hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de *Medline*, *PsycInfo*, *SCIELO* España, *IBECs* (índice bibliográfico español en Ciencias de la Salud) y *Cochrane Plus*. Los descriptores utilizados fueron *substance-related disorders*, *alcohol-related disorders*, *prevalence*, *epidemiology*, *mental disorder*, *depressive disorder*, *psychotic disorder*, *anxiety disorder* y *personality disorders*. Se han incluido todos los estudios que mostraron datos de prevalencia de TM en esta población y que resultan relevantes teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, los criterios diagnósticos y los instrumentos de evaluación utilizados.

Como exponemos en la tabla 17, las prevalencias de los TMs encontrados a lo largo de la vida, de los estudios revisados, son elevadas. Los datos indican la gran variabilidad de porcentajes que existe entre ellos, si bien es necesario tener en cuenta que ésta puede ser explicada por las diferencias en los criterios de admisión a tratamiento, los criterios de inclusión y exclusión del estudio, los diferentes instrumentos de evaluación utilizados y el concepto de qué constituye un TM en los consumidores habituales de sustancias.

Concretamente, la prevalencia de TDM oscila entre un 8.7% y un 88% (Fawcett et al. 1984; Weiss, Mirin, Griffin & Michael, 1988). En términos generales, cabe decir que la prevalencia de TDM es mayor en comparación con los estudios realizados en población general vistos anteriormente. Por otra parte, también se aprecia que los trastornos de ansiedad, trastornos de pánico con o sin agorafobia, TAG y TEP, a pesar de no ser tan generalizados como los TDM, presentan altas prevalencias en esta población. Los estudios más recientes incluyen la evaluación del TEP, observándose que su prevalencia oscila entre el 2% y el 31% (Milby et al., 1996; Rodríguez-Llera et al., 2006). El TAP, por su parte, también es frecuentemente encontrado en esta población, ya que su prevalencia oscila, de unos estudios a otros, entre un 7.7% y un 67% (Croughan, Miller, Wagelin & Whitman, 1982; Rounsaville et al., 1991).

ESTUDIO	MUESTRA (% hombres)	TIPO DE MUESTRA/ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/ INSTRUMENTO	TDM	ATAQUE PÁNICO	TAG	TEP	TAP
Fowler et al., 1980	169 (100%)	Alcohólicos hospitalizados/Feighner	12	-	-	-	25
Croughan et al., 1982	200 (50%)	Adictos a narcóticos/ Feighner	45	-	-	-	67
Powell et al., 1982	565 (100%)	Alcohólicos hospitalizados/ Feighner/PDI	42	13	-	-	20
Rounsaville et al., 1982	533 (76%)	Adictos a opiáceos/RDC/SADS	54	1	5		27
O'Sullivan et al., 1983	300 (100%)	Alcohólicos hospitalizados/Feighner	27	-	-	-	-
Fawcett et al., 1984	84 (88%)	Alcohólicos hospitalizados/ RDC/SADS	88	-	-	-	-
Hesselbrock et al., 1985	321 (72%)	Alcohólicos hospitalizados/DIS/DSM-III	38	10	-	-	41
Khantzian & Treece, 1985	133 (71%)	Adictos a opiáceos/entrevista estructurada/DSM-III	56	2	5	-	35
Woody et al., 1985	110 (100%)	Adictos a opiáceos/RCD-DSM-III	35	2	17	-	45
Chambless et al., 1987	75 (61%)	Alcohólicos/RCD/SADS	31	9	-	-	-
Hasin et al., 1988	123 (70%)	Alcohólicos/RDC/SADS	67	1	-	-	-
Ross et al., 1988	501 (52%)	Politoxicómanos//DSM-III/DIS	24	10	-	-	47
Weiss et al., 1988	149 (74%)	Cocainómanos/DSM-III/	8.7	0.7	0.7	-	16.1
Rounsaville et al., 1991	298 (69%)	Cocainómanos /RDC/SADS-L	30.5	1.7	7	-	7.7
Abbott et al., 1994	144 (71%)	PTM/DSM-III/SCID	25	8	4	-	31
Halikas et al., 1994	207 (71%)	Cocainómanos/DSM-III/DIS	23	6	3	27	40
Penick et al., 1994	928 (100%)	Alcohólicos/DSM-III/PDI	36	10	-	-	24
Ziedonis et al., 1994	263 (69%)	Cocainómanos/DSM-III/SADS-L	34	3	7	-	33
Windle et al., 1995	802 (60%)	Alcohólicos/DSM-III	12	-	11	-	33
Hasin et al., 1996	172 (52%)	Politoxicómanos//DSM-III/PRISM	52	16	1	-	25
Milby et al., 1996	102(82%)	PTM/DSM-III/entrevista estructurada	58	7	21	31	-
Broner et al.,1997	716 (53%)	PTM/DSM-III/SCID	16	2	1	-	25

Tabla 17: Estudios de prevalencia de los trastornos mentales más comunes, a lo largo de la vida, entre los consumidores de cualquier sustancia o alcohol.

ESTUDIO	MUESTRA (% hombres)	TIPO DE MUESTRA/ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/ INSTRUMENTO*	TDM	ATAQUE DE PÁNICO	TAG	TEP	TAP
Schuckit et al., 1997	2945 (88%)	Alcohólicos y drogodependientes/DSM-III-R/SSAGA	41	-	-	-	19
Compton et al., 2000	512 (66%)	Politoxicómanos/DSM-III/DIS	24	3	1	-	44
Skinstad & Swain, 2001	125 (100%)	Politoxicómanos /DSM-III/DIS-quick	22	4	10	14	22
Torrens et al., 2004	105 (69%)	Politoxicómanos/DSM-IV/PRISM	14	9	22*	-	12
Falck et al., 2004	313 (59,4%)	Consumidores de cocaína base/DSM-IV/DIS	17.8	3.8	3.2	11.8	24
Hasin et al., 2006	285 (54%)	Politoxicómanos/DSM-IV/PRISM	45	5	2	13	23
Rodriguez-Llera et al., 2006	149 (67%)	Politoxicómanos/DSM-IV/PRISM	17.4	2.7	2	2	32.9
Herrero et al., 2008a	139 (62,7%)	Cocainómanos/DSM-IV/PRISM	17.3	5	2.2	3	11.5
Astals et al., 2008	189 (77%)	PTM/DSM-IV/PRISM	18	6.9	-	3.7	8.5
Ford et al., 2009	449 (48.6%)	Cocainómanos/DSM-IV/SSADDA	14.4	5.3	-	12.4	14.3
Torrens et al., 2010	629 (68%)	Policonsumidores /DSM-IV/PRISM	17	5.1	0.5	3	16.5

Tabla 17 Continuación: de prevalencia de los trastornos mentales más comunes, a lo largo de la vida, entre los consumidores de cualquier sustancia o alcohol.

*INSTRUMENTOS: PDI: *Psychiatric Diagnostic Interview*; RDC: *Research Diagnostic Criteria*; SADS: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; DIS: *Diagnostic Interview Schedule*; SADS-L: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version*, PRISM: *Psychiatric research interview for substances and mental disorders*; SSAGA: *Semi structured assessment for the genetics of alcoholism*; SSADDA: *Semi structured assessment for drug dependence and alcoholism*

Como hemos observado en los dos apartados anteriores, alrededor de la mitad de las personas que padecen un TMs o un trastorno derivado del consumo de sustancias presentan comorbilidad psicopatológica. A lo largo de esta tesis, dado que nuestro trabajo diario se desarrolla en el campo de las drogodependencias, hemos profundizado en el análisis de la comorbilidad que muestran las personas con TCS.

3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA

La coexistencia de TCS y otros TMs tiene gran relevancia en el tratamiento de los pacientes. En estas personas se ha descrito, entre otras cuestiones, mayor número de hospitalizaciones, mayor frecuentación de los servicios de urgencia, mayor inestabilidad emocional, mayor grado de marginación social, menor adherencia al tratamiento con peor respuesta al mismo y una frecuencia de conductas violentas más elevada. En resumen, cabe decir que estos pacientes presentan un peor pronóstico terapéutico y una mayor dificultad de acceso a la red asistencial (Martín-Santos et al., 2006; Osher & Kofoed, 1989; Crawford, 1996). Por todo ello, se hace necesario el empleo de instrumentos de evaluación de TMs, creados específicamente para esta población y con una fiabilidad y validez contrastadas. Según Iturbe (2002), estas herramientas se pueden clasificar en:

- a. *Instrumentos de screening*: pretenden identificar, estimar, medir y clasificar la posible existencia de un TM y/o un TCS. Estos instrumentos son herramientas breves y sencillas que pueden ser utilizadas en diferentes ámbitos de trabajo, como centros ambulatorios, urgencias y comunidades terapéuticas, etc.
- b. *Instrumentos diagnósticos*: buscan explorar la presencia o ausencia de signos, síntomas y rasgos que, juntos, conforman un síndrome. A través de estos instrumentos se detalla la existencia de psicopatología, se explora el uso de las sustancias y se estudia la relación de la psicopatología con el consumo. En este grupo se encuadran las entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas.
- c. *Instrumentos de evaluación del plan terapéutico y sus resultados*: pretenden medir la efectividad de la intervención y los factores relacionados con el tratamiento. Su objetivo final es aportar evidencias empíricas de la utilidad del proceso de tratamiento del paciente y de su efectividad en la prevención de recaídas.

En el ámbito de la comorbilidad psicopatológica, las entrevistas utilizadas para llegar a un diagnóstico concreto se pueden distribuir en dos tipos:

1. Entrevistas estructuradas: caracterizadas por tener preguntas y respuestas cerradas, lo que permite su aplicación por personas no expertas, aunque deben estar convenientemente entrenadas. Algunas de las más utilizadas son las siguientes:
 - La *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981) tiene un formato y unas características muy similares a las de un cuestionario. Va acompañada de un programa de ordenador que permite elaborar un total de 43 diagnósticos tipo DSM-IV, aún cuando pretende recoger información diagnóstica en tres sistemas: Feighner, RDC y DSM.
 - La *Composite International Diagnostic Schedule* (CIDI) (Robins et al., 1988) es una extensión de la DIS, elaborada para su utilización internacional, y probablemente, la entrevista estructurada más ampliamente aplicada en la actualidad. Los diagnósticos se realizan mediante un algoritmo informático a partir de los criterios de Feighner, el RDC y el DSM.
 - La *CIDI-Substance Abuse Module* (SAM) (Cottler, Compton, Mager, Spitznagel & Janca, 1989) está diseñada para realizar diagnósticos de abuso o dependencia, según criterios DSM-III-R o CIE-10, de las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes, barbitúricos, sedantes, hipnóticos, alucinógenos, feniclidina, inhalantes y opiáceos. Por otra parte, evalúa los síntomas típicos de abstinencia de cada sustancia y las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de su consumo. También pregunta por la cantidad y frecuencia de consumo de cada droga, con el fin de determinar la severidad del síndrome de dependencia.
2. Entrevistas semiestructuradas: en ellas las preguntas y respuestas requieren del juicio clínico, por lo que es necesario tener suficiente formación en psicopatología, así como un entrenamiento específico para su manejo. Entre ellas destacan:

- La *Structured Clinical Interview for DSM-IV Revised (SCID-R)* (Spitzer et al., 1990), sigue un modelo de entrevista diagnóstica clínica, permite realizar los diagnósticos de trastornos primarios o inducidos por sustancias, aunque no proporciona guías específicas para la valoración de los criterios propuestos por el DSM-IV.
- La *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)* (Wing et al., 1990) evalúa el estado psicopatológico de la persona en el mes previo a la entrevista. La misma sigue los criterios del *Present State Examination (PSE-10)* y también los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10.
- La *Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism (SSAGA)* (Bucholz et al., 1994) es una entrevista que puede ser utilizada por personal no clínico. Evalúa la presencia de trastornos actuales o presentes alguna vez en la vida y diferencia entre trastornos primarios e inducidos, según criterios del DSM-III, aunque pueden extraerse ítems del DSM-IV y la CIE-10.
- La *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (Sheehan et al., 1998) sigue criterios DSM-IV o CIE-10, y evalúa los 15 grupos diagnósticos principales del Eje I y el TAP del Eje II.
- La *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS)* (Grant, Dawson & Hasin, 2001) permite su administración por investigadores con poca experiencia. Al igual que la anterior, también se rige por los criterios del DSM-IV y evalúa tanto TCS como TMs.
- La *Psychiatric Research Interview for Substances and Mental Disorders (PRISM)* (Hasin et al., 1996; Torrens et al., 2004) es una entrevista clínica diagnóstica creada exclusivamente para valorar la comorbilidad psicopatológica en personas con consumo de sustancias psicoactivas. Esta entrevista es la que se ha utilizado en el estudio 2 que se detalla en el Capítulo 8 de la presente tesis y, por ello, se describe con más detenimiento en el próximo apartado.

A pesar de la contrastada utilidad y garantías métricas de estos instrumentos diagnósticos, la evaluación de la comorbilidad psicopatológica plantea dos problemas fundamentales: a) la confusión entre los efectos agudos y crónicos de las sustancias con el TM y b) el hecho de que los TMs sean más síndromes que enfermedades, que tiene como consecuencia que no existan unos marcadores fisiopatológicos o biológicos claros. A falta de estas pruebas o marcadores directos, el “patrón de oro” con el que se evalúan las entrevistas diagnósticas es el método *Longitudinal Expert All Data Procedure (LEAD)* (Kranzler et al., 1994a). Esta técnica consiste en que un grupo de expertos (*expert*) realizan evaluaciones repetidas a lo largo del tiempo (*longitudinal*), no limitándose el diagnóstico a una única exploración. Además, estos expertos consideran igualmente todo tipo de información disponible, como relatos de familiares, terapeutas, test biológicos e historias clínicas (*all data*).

3.1. PSYCHIATRIC RESEARCH INTERVIEW FOR SUBSTANCES AND MENTAL DISORDERS (PRISM)

La PRISM (Hasin et al., 1996; Torrens et al., 2004) es una entrevista basada en los criterios del DSM-IV que fue diseñada especialmente para distinguir los trastornos mentales primarios, de los inducidos por sustancias y de los efectos esperados debido a la intoxicación y abstinencia del consumo de las mismas. Su aplicación es posible tanto para contextos clínicos como para epidemiológicos. La PRISM se elaboró para subsanar la falta de una entrevista adecuada para diagnosticar los trastornos comórbidos relacionados con el alcohol y sustancias. Ha tenido numerosas revisiones para mejorar sus propiedades psicométricas, centradas especialmente en conseguir mayor rigurosidad en las preguntas que evalúan la comorbilidad (Hasin et al., 1996; 1998). Sus características más importantes son (Torrens, Astals & Castillo, 2006):

- Aporta una descripción general de todos los TMs presentados a lo largo de la vida de una persona.
- La evaluación del consumo de alcohol y otras sustancias se hace al comienzo de la entrevista, de forma previa a la evaluación de los TMs. Esto hace situarse al entrevistador antes de la evaluación de dichos trastornos.
- Obtiene una tabla temporal de los periodos de consumo intenso y de abstinencia de sustancias durante toda la vida.
- Evalúa síntomas y TMs actuales y durante toda la vida.
- A lo largo de la entrevista añade ítems específicos de evaluación/clasificación de síntomas inducidos y primarios, tales como la estipulación de la frecuencia y duración de los síntomas, criterios explícitos de exclusión y guías de resolución en caso de dudas.
- Permite llegar a un diagnóstico por parte de quien entrevista.

Su administración comprende una entrevista cara a cara con el sujeto. Durante el proceso de evaluación, el entrevistador dirige las preguntas en función de las respuestas de las personas evaluadas, por lo que no todo el mundo responde necesariamente a todos los ítems. Las respuestas del mismo se van recogiendo en un cuaderno diseñado especialmente para esta entrevista. La PRISM evalúa tanto trastornos del Eje I como trastornos del Eje II, tomando como referencia alguna vez en la vida y el último año:

- *Trastornos del Eje I: trastornos por consumo de sustancias* (incluyendo dependencia y uso de sustancias), *trastornos del estado de ánimo primarios* (depresión mayor, episodios de manía e hipomanía, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, distimia y ciclotimia), *trastorno de ansiedad primario* (trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, agorafobia, trastorno

obsesivo-compulsivo (TOC), TAG y TEP), *trastornos psicóticos* (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado), *trastorno de alimentación* (anorexia y bulimia), y *trastornos inducidos por sustancias* (depresión mayor, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada).

- *Trastornos del Eje II*: TAP y trastorno límite de la personalidad (TLP).

La entrevista está estructurada en diecinueve secciones donde se recoge información general del paciente, la historia de consumo y las preguntas que evalúan los TMs anteriormente mencionados. En cuanto a los principales conceptos utilizados a lo largo de la entrevista, son:

- a. *Efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia*: hacen referencia a los efectos fisiológicos esperables del abuso y la dependencia, según criterios DSM-IV, para las distintas sustancias y que pueden confundirse con síntomas de los trastornos primarios o inducidos. Los efectos de la intoxicación y la abstinencia de sustancias en ocasiones son idénticos a los síntomas de los TMs.
- b. *Trastornos inducidos por sustancias*: el concepto de la PRISM de trastorno inducido por sustancias es más específico que el del DSM-IV. En la entrevista se realiza un diagnóstico de este tipo cuando:
 - se cumplen todos los criterios para el diagnóstico según DSM-IV;
 - el episodio transcurre en un periodo de consumo de sustancias excesivo (*intoxicación crónica*: 4 o más veces a la semana durante un mes y/o *atracones*: durante tres días seguidos la mayor parte del tiempo), o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo;
 - la sustancia es relevante para el trastorno, es decir, sus efectos pueden provocar síntomas idénticos a los trastornos que se está evaluando;
 - los síntomas son claramente excesivos respecto a los efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia;
 - y el evaluador, para diferenciar un trastorno inducido por sustancias de un trastorno primario, debe determinar si ha habido un cambio en el consumo. Es decir, un incremento o una disminución clara del consumo de una sustancia concreta desde la aparición de los síntomas psicopatológicos.
- c. *Trastorno mental primario o independiente* : se diagnostica cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos del DSM-IV y si:
 - el episodio comienza durante un periodo de abstinencia o de consumo ocasional de la sustancia;

- comienza, por lo menos 2 semanas antes del inicio de un periodo excesivo de consumo;
- o comienza durante un consumo excesivo de la sustancia pero continúa, por lo menos, durante 4 semanas o más después de que finalice el consumo.

En cuanto al formato de presentación de la entrevista, ésta aparece segmentada en tres columnas:

- la columna de la izquierda contiene las preguntas que se formulan al sujeto. Éstas pueden ser de dos tipos: “necesarias”, que hay que formular de forma obligada al sujeto, a menos que se conozca la respuesta; y “de seguimiento”, que aparecen entre paréntesis y no siempre va a ser necesario que se formulen;
- la columna del centro describe el ítem y las pautas para evaluarlo;
- por último, la columna de la derecha dispone el espacio para codificar las respuestas. Se utiliza el código “1” cuando el sujeto responde negativamente o cuando la respuesta no es igual a lo descrito en la columna central; el código “2”, cuando el sujeto presenta la experiencia definida pero no la frecuencia, intensidad o duración específica (se denomina respuesta subumbral); se utiliza el código “3” cuando el sujeto presenta la experiencia tal cual está definida en la columna central y; finalmente, el código “4” se usará en dos casos: a) cuando cumple criterios pero sólo durante periodos de incremento o abstinencia de sustancias, y/o b) cuando el sujeto reconoce que los síntomas fueron provocados por el consumo de sustancias.

Por otra parte, es conveniente señalar que se han realizado numerosos estudios para contrastar la fiabilidad y validez de esta entrevista entre pacientes con consumo de sustancias y, de esta manera, conocer la presencia de comorbilidad psicopatológica. Hasin y cols (1996), que crearon la entrevista, utilizaron la PRISM en una muestra de 172 pacientes con TCS tratados en régimen interno y en régimen ambulatorio. Encontraron una adecuada fiabilidad en los diagnósticos tanto de TCS como de TMs. En nuestro país, el grupo de Marta Torrens del *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* (IMIM) del Hospital del Mar de Barcelona, ha sido el encargado de la traducción y validación de la entrevista en castellano (Torrens et al., 2004).

A continuación se expone un breve resumen de los últimos trabajos que han utilizado la PRISM como herramienta de referencia. En la tabla 18 se muestra tanto los objetivos y los resultados, como comentarios de interés referentes a las características de los trabajos. En ella se deduce que, desde su diseño, esta entrevista ha sido elegida como herramienta diagnóstica para conocer la prevalencia y comorbilidad psicopatológica en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.

4. Relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales

ESTUDIO	OBJETIVO	TIPO MUESTRA	RESULTADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<i>Sertraline treatment of co-occurring alcohol dependence and major depression.</i> (Kranzler et al., 2006)	Evaluar la eficacia de la sertralina en pacientes con dependencia de alcohol y TDM	328 pacientes con dependencia de alcohol y TDM	El estudio no proporciona apoyo para la administración de sertralina en el tratamiento de personas con trastornos depresivos y dependencia de alcohol	<p>Criterios de inclusión: pacientes entre 21 y 65 años con dependencia de alcohol y trastorno depresivo mayor.</p> <p>Criterios de exclusión: mujeres enfermeras, embarazadas o en riesgo de embarazo sin utilizar anticonceptivos. Padece otros trastornos mentales comórbidos y estar bajo tratamiento por problemas derivados del consumo de otra sustancia.</p>
<i>Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders.</i> (Chandler et al., 2006)	Estudiar la eficacia de un tratamiento integrado para personas que han estado en prisión varias veces y que presentan comorbilidad psicopatológica	182 sujetos consumidores de sustancias, con trastornos mentales severos y con ingresos carcelarios	Los resultados fueron evaluados en una media de 18 meses tras la entrada en el programa. La reducción de días en la cárcel fue significativa en ambos grupos, si bien, la reducción pre y post de arrestos y condenas totales sólo fue significativa en el grupo experimental	<p>Criterios de inclusión: padecer un trastorno mental severo y un TCS en el momento del estudio, no tener una condena en prisión, no estar en libertad condicional, no ser residente de otro país, no estar siguiendo otro tratamiento de este tipo, tener una funcionalidad menor o igual a 50, hablar fluidamente español o inglés y haber estado en la cárcel al menos dos veces en los dos años previos al estudio</p>
<i>Psychiatric Comorbidity in Young heroin users</i> (Rodríguez-Llera et al., 2006).	Determinar la prevalencia de comorbilidad psicopatológica en una población de jóvenes consumidores de heroína	149 consumidores de heroína de entre 18 y 30 años	El 93% fue diagnosticado de dependencia de heroína y el 71% de cocaína. Alrededor de dos tercios partes de la muestra cumplieron criterios de algún otro trastorno psicopatológico comórbido a lo largo de su vida. Los trastornos depresivos y trastorno antisocial de la personalidad fueron los más comunes	<p>Criterios de inclusión: ser consumidor de heroína y formar parte del proyecto ITINERE</p>
<i>Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Users Assessed With the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV</i> (Hasin et al., 2006).	Definir la validez de los trastornos del DSM-IV, incluidos los trastornos primarios e inducidos, en una muestra de sujetos consumidores de sustancias	285 pacientes hospitalizados o en régimen de tratamiento ambulatorio	La fiabilidad de los trastornos depresivos, de la conducta alimentaria, de la personalidad (antisocial y límite) y psicóticos fue alta. La mayoría de los trastornos de ansiedad mostraron una fiabilidad baja. La fiabilidad de los trastornos por uso de sustancias fue igualmente alta. La fiabilidad de los trastornos primarios fue mayor que la de los inducidos.	<p>Criterios de inclusión: pacientes entre 18-65 años, consumidores de alcohol, cocaína o heroína en los 30 días antes de la entrevista, y suficientemente estables médica y psiquiátricamente como para realizar la evaluación</p>

Tabla 18: Principales estudios realizados con la PRISM.

ESTUDIO	OBJETIVO	TIPO MUESTRA	RESULTADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<i>Predictors of psychosis remission in psychotic disorder that co-occur with substance use</i> (Caton et al., 2006)	Evaluar las tasas y predictores de remisión de psicosis en personas diagnosticadas de trastorno psicótico primario e inducido, admitidas en urgencias, tras un año de seguimiento	319 pacientes con concomitancia de un TCS y un trastorno psicótico	El 50% de las personas con un diagnóstico inicial de trastorno psicótico primario y el 77% con un diagnóstico de psicosis inducida encontraron una mejoría de sus síntomas	<p>Criterios de inclusión: hablar inglés o español, tener entre 17 y 45 años, haber padecido al menos un síntoma psicótico durante la evaluación del protocolo inicial del estudio y haber consumido alguna sustancia en los 30 días anteriores al inicio de la evaluación.</p> <p>Criterios de exclusión: pacientes que habían padecido episodios psicóticos 6 meses antes del estudio, pacientes que habían experimentado una mayor duración de los síntomas en ausencia de tratamiento previo.</p>
<i>Diagnosis psychotic disorders in the emergency department in the context of substance use</i> (Schanzer et al., 2006)	Examinar las consecuencias de las implicaciones de un tratamiento realizado en urgencia entre pacientes consumidores de sustancias que presentan un episodio psicótico.	303 consumidores de sustancias que ingresan en urgencias con un episodio psicótico	De los 223 pacientes que fueron diagnosticados de trastorno psicótico primario un cuarto, tras una evaluación de seguimiento, fue diagnosticado de trastornos inducidos	<p>Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados en urgencias de un episodio psicótico de fase temprana, hablar inglés o español, tener entre 17 y 45 años, haber tenido al menos un síntoma psicótico durante la evaluación y haber consumido alguna sustancia en los 30 días previos al estudio.</p> <p>Criterios de exclusión: si la primera hospitalización por presentar síntomas psicóticos había sido 6 meses antes del comienzo del estudio y se habían presentado síntomas psicóticos dos años o más seguidos en abstinencia y en tratamiento</p>
<i>Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up</i> (Nunes et al., 2006).	Determinar si la existencia de una TDM primario o inducido previo predice, en el seguimiento de 1 año en pacientes hospitalizados con TCS, existencia futura de otro TDM	110 pacientes hospitalizados con TDM y dependencia de cocaína, alcohol u opiáceos	A lo largo de los 12 meses, el 88% de los pacientes mostró síntomas depresivos, al menos, durante una semana y el 57% cumplió criterios de trastorno depresivo mayor	<p>Criterios de inclusión: pacientes ingresados con criterios de dependencia de alcohol, cocaína u opiáceos</p> <p>Criterios de exclusión: no tener episodios pasados de manía, hipomanía o síntomas psicóticos no afectivos</p>
<i>Interrater reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected cohort: experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium</i> (Morgello et al., 2006).	Fiabilidad diagnóstica de la PRISM en un estudio con pacientes VIH	69 (79%) pacientes con VIH	66% de los pacientes tenía uno o más TCS y el 54% presentaba trastorno de depresión mayor. La fiabilidad de trastorno depresivo mayor inducido fue pobre, pero hubo una prevalencia baja en la muestras.	<p>Criterios de inclusión: Pacientes con VIH del <i>National NeuroAIDS Tissue Consortium</i></p>

Tabla 18 Continuación: Principales estudios realizados con la PRISM.

4. Relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales

ESTUDIO	OBJETIVO	TIPO MUESTRA	RESULTADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<i>Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis</i> (Caton et al., 2007)	Describir la evolución del diagnóstico durante un año y determinar la validez de los indicadores que diferencian un trastorno psicótico inducido por sustancias de uno primario	319 pacientes ingresados en urgencias con un diagnóstico de trastorno psicótico, inducido o primario, en fase temprana	El 25% de los pacientes diagnosticados en un primer momento de un trastorno psicótico inducido, presentaba finalmente un trastorno psicótico primario. Estos pacientes mostraban un funcionamiento premórbido más pobre, menor perspicacia en la psicosis y una historia familiar de menos TMs que los pacientes con trastornos primarios.	<p>Crterios de inclusión: hablar inglés o español, tener entre 17 y 45 años, haber padecido al menos un síntoma psicótico durante la evaluación del protocolo inicial del estudio y haber consumido alguna sustancia en los 30 días anteriores al inicio de la evaluación.</p> <p>Crterios de exclusión: pacientes que habían padecido episodios psicóticos 6 meses antes del estudio, pacientes que habían experimentado una mayor duración de los síntomas en ausencia de tratamiento previo.</p>
<i>Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit</i> (Nocon et al., 2007).	Conocer la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica de consumidores de sustancias en una unidad de desintoxicación	115 consumidores de sustancias en una unidad de desintoxicación	El 30,4% de los sujetos fue dependiente de cocaína; el 27,8% dependiente de heroína; el 20,9%, dependiente de metadona; el 12,2%, de benzodiazepinas; el 4,4%, de alcohol; el 1,7%, de codeína; el 0,9%, de inhalantes y el 1,7%, de otras sustancias. El 59% de los sujetos cumplía algún criterio de algún trastorno del EJE I y/o TLP y/o TAP en la actualidad y el 67% a lo largo de la vida.	<p>Crterios de Inclusión: Dependencia de alguna sustancia con riesgo severo de complicación médica por síntomas de abstinencia, comorbilidad médica que hace insegura la desintoxicación ambulatoria</p>
<i>Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders</i> (Herrero et al., 2008a).	Examinar la comorbilidad psicopatológica en jóvenes consumidores de cocaína	139 consumidores de cocaína de entre 18 y 30 años	Cerca del 42,5% de los participantes presentó algún trastorno psicopatológico, los más comunes fueron el trastorno de estado de ánimo y el trastorno de ansiedad	<p>Crterios de inclusión: formar parte del proyecto ITINERE y ser consumidor de cocaína.</p>
<i>Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment</i> (Astals et al., 2008).	Evaluar la prevalencia de TUS y No-TUS en dependientes de opiáceos en PTM	189 pacientes con dependencia de opiáceos en PTM	La prevalencia de TCS actual fue del 59% y la de No-TCS fue del 32%. No se observaron diferencias entre los pacientes con o sin comorbilidad psicopatológica	<p>Crterios de inclusión: pertenecer a un centro municipal de PTM.</p> <p>Crterios de exclusión: barreras lingüísticas, severo trastorno cognitivo o algún problema médico que interfiriese en la evaluación</p>
<i>Personality profile in young current regular users of cocaine</i> (Herrero et al., 2008b).	Estudiar la presencia de TM y TUS y los perfiles de personalidad en una muestra de consumidores de cocaína.	120 consumidores de cocaína del proyecto ITINERE	Sólo en un 18,3% de sujetos no se encontró criterios de TCS. El 41,7% tuvo un TM a lo largo de su vida del eje I y el 12,5%, del eje II	<p>Crterios de inclusión: formar parte del proyecto ITINERE y ser consumidor de cocaína</p>

Tabla 18 Continuación: Principales estudios realizados con la PRISM.

ESTUDIO	OBJETIVO	TIPO MUESTRA	RESULTADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<i>Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: an 18-month follow-up study.</i> (Astals et al., 2009)	Evaluar la influencia de la comorbilidad psicopatológica en la retención en un programa de tratamiento de metadona en pacientes dependientes de opiáceos y determinar la incidencia de comorbilidad durante un periodo de seguimiento de 18 meses	189 dependientes de opiáceos que siguen un programa de tratamiento con metadona	Alrededor de un 68.5% de los pacientes se mantuvo en el PTM. Además, ni la presencia de comorbilidad psicopatológica ni la dosis de metadona estuvieron relacionadas con la retención. En el periodo de seguimiento nuevos diagnósticos de depresión y de trastornos de personalidad.	Criterios de inclusión: pacientes dependientes de opiáceos admitidos en un programa de tratamiento de metadona
Response to methadone maintenance treatment is associated with the MYOCD and GRM6 genes (Fonseca et al., 2010)	Estudiar la relación entre la respuesta a un PTM y polimorfismos genéticos en relación a los genes que codifican el receptor opioide OPRM1, el receptor de glutamato GRM6 y GRM8, el receptor nuclear NR4A2, la enzima CRY1 y el factor de transcripción MYOCD	169 pacientes dependientes de opiáceos	La muestra final de 116 pacientes fue clasificada en personas que responden o no al tratamiento con metadona. Existió una relación positiva entre las personas que responden al tratamiento con metadona y dos variantes de los genes MYOCD y GRM6	Criterios de inclusión: personas de origen caucásico, estar en tratamiento de metadona durante al menos 6 meses y recibir la dosis de metadona de manera sistemática durante al menos dos meses antes del estudio. Criterios de exclusión: barreras de idioma, alteraciones cognitivas severas y alguna patología médica que interfiriese en la recogida de datos del estudio
5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study (Matín-Santos et al., 2010)	Comparar la prevalencia de los TCS y otros TMs entre consumidores de éxtasis y dos grupos controles (consumidores de cannabis y no consumidores de sustancias psicoactivas)	37 consumidores de éxtasis, 23 consumidores de cannabis y 34 no consumidores de sustancias psicoactivas	El consumo de éxtasis estuvo asociado a una mayor prevalencia de trastornos por consumo de cannabis y trastornos del estado de ánimo primarios en comparación con los consumidores de cannabis. Además, en los primeros el polimorfismo 5-HTTLPR podría resultar un factor de vulnerabilidad a padecer TEA primarios	Criterios de inclusión: pacientes voluntarios de ambos sexos, de origen caucásico, de entre 18 y 35 años. Criterios de exclusión: alteraciones cognitivas o complicaciones médicas que interfirieran en la evaluación de los datos.
Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders (Torrens et al., 2010)	Determinar los riesgos asociados con un trastorno mental primario o inducido en una muestra de pacientes en tratamiento y sin tratamiento	629 consumidores de sustancias psicoactivas	El 41.8% de los pacientes presentaron algún trastorno mental, además de los TCS, a lo largo de la vida	Criterios de inclusión: pacientes consumidores de sustancias recluidos de estudios realizados desde 2000 a 2006

Tabla 18 Continuación: Principales estudios realizados con la PRISM.

4. PUNTOS CLAVE DEL CAPÍTULO

- El concepto de comorbilidad psicopatológica es una realidad clínica y, aunque es aceptado, no se encuentra definido como tal en los principales manuales de clasificación diagnóstica. El DSM- IV-R clasifica la sintomatología psicopatológica aparecida en un contexto de consumo de sustancias en tres grupos: efectos esperados de la intoxicación o la abstinencia, trastornos mentales primarios y trastornos mentales inducidos. De esta manera, y a diferencia de la CIE-10 que sólo reconoce criterios específicos para diferenciar los trastornos primarios de los síntomas causados por el consumo de sustancias en el caso de los trastornos psicóticos, reconoce que los síndromes psicopatológicos pueden tener una relevancia clínica a pesar de su concomitancia con los trastornos por consumo de sustancias.
- En el proceso de evaluación de la comorbilidad psicopatológica se debe seguir un algoritmo diagnóstico basado en la cronología de aparición y desaparición de los síntomas tras el consumo en, la gravedad de los mismos y en otros factores como los antecedentes familiares, que ayuden a realizar el diagnóstico diferencial entre una intoxicación o abstinencia por sustancias, un trastorno mental inducido por el consumo de las mismas y un trastorno mental primario.
- Existe una alta prevalencia de comorbilidad psicopatológica en los estudios realizados sobre población general, población clínica con otros trastornos mentales (además de los trastornos por consumo de sustancias) y población con problemas derivados del consumo de sustancias y, por esta razón, es necesario seguir trabajando en el estudio de la relación entre estos trastornos.
- El empleo de instrumentos específicos para la evaluación de comorbilidad psicopatológica contribuye a aumentar la fiabilidad diagnóstica. Podemos clasificar las principales herramientas en: a) *Instrumentos de screening*, los cuales pretenden detectar posibles casos psicopatológicos; b) *Instrumentos diagnósticos*, que permiten identificar los criterios que definen los diagnósticos psicopatológicos y c) *Instrumentos para la planificación del tratamiento y evaluación de sus resultados*, que miden la efectividad de la intervención y los factores relacionados con el tratamiento.
- Dentro de las entrevistas diagnósticas, la *Psychiatric Research Interview for Substances and Mental Disorder* (PRISM) es la más indicada para realizar la evaluación de los trastornos comórbidos en pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias. Así, este instrumento fue diseñado especialmente para distinguir los trastornos mentales primarios de los inducidos por sustancias y de los efectos esperados debido a la intoxicación y abstinencia del consumo de las mismas.



COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA Y CONSUMO DE COCAÍNA

El diagnóstico de los trastornos psicopatológicos en personas consumidoras de cocaína es complejo. En este capítulo se abordan los principales aspectos clínico-epidemiológicos de esta comorbilidad y las hipótesis que relacionan ambos trastornos para finalizar con algunas consideraciones sobre el tratamiento y el pronóstico de este fenómeno.

1. COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICAS Y CONSUMO DE COCAÍNA

El estudio de la relación entre los TMs y el consumo de cocaína tiene relevantes implicaciones teóricas y clínicas. Recientemente, se vienen realizando estudios descriptivos y epidemiológicos entre consumidores de cocaína, sin embargo, existe una variabilidad notable entre los mismos debido principalmente a:

- a)..Dificultades diagnósticas: por un lado, los criterios diagnósticos han ido evolucionando y cambiando a lo largo de los años. Por otro, la superposición de síntomas entre la intoxicación o abstinencia del consumo de una sustancia y muchos TMs es una dificultad añadida en este tipo de diagnóstico.
- b) .Cuestiones metodológicas: la metodología utilizada de un estudio a otro es muy dispar. Pueden variar los criterios de selección de la muestra, el diseño del estudio, el contexto del mismo, los instrumentos aplicados, los criterios diagnósticos utilizados y el momento de la entrevista.

Este capítulo se divide en cuatro grandes apartados. Los tres primeros abordan los aspectos clínico-epidemiológicos de los principales trastornos psicopatológicos (TEAs, trastornos psicóticos y TAs), analizan la relación entre estos trastornos y el consumo de cocaína y finalizan explicando aspectos relacionados con el tratamiento y pronóstico de este fenómeno. El último apartado, de manera más general, se centra en el análisis de otros TMs importantes, como el TDAH, los trastornos de personalidad, de la conducta alimentaria y el juego patológico.

Así, comenzamos exponiendo los datos de comorbilidad psicopatológica en población general, seguidos de los resultados en población clínica y, por último, describimos la comorbilidad psicopatológica en pacientes consumidores de cocaína. Para conocer la prevalencia de estos últimos estudios, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, PsycInfo, SCIELO España. IBECs (índice bibliográfico español en Ciencias de la Salud). Los descriptores generales utilizados fueron *cocaine*, *cocaine-related disorders*, *crack cocaine*, *substance-related disorders*, *prevalence*, *epidemiology*. Para los trastornos concretos se utilizaron:

- Trastornos del estado de ánimo: *mood disorder*, *depression*, *depressive disorder*, *depressive disorder*, *major*, *bipolar disorder*, *cyclothymic disorder*.
- Trastornos psicóticos: *psychotic disorder*, *schizophrenia*, *delirium*, *hallucinations*.
- Trastornos de ansiedad: *panic disorder*, *anxiety disorders*.

- Otros trastornos mentales: *attention deficit disorder with hyperactivity, personality disorder, antisocial personality disorder y borderline personality disorder, bulimia nervosa, bulimia, anorexia nervosa, anorexic, bulimic, impulse control disorders, gamblings, pathological.*

Todas las investigaciones que mostramos durante el capítulo, han seguido los criterios diagnósticos vigentes en el momento del estudio, si bien la mayoría de los realizados en la década de los ochenta y principios de los noventa se llevaron a cabo a través de criterios clínicos, sin utilizar ningún instrumento estandarizado. De cada uno de los estudios se recogen varios aspectos: características de la muestra, criterios diagnósticos e instrumentos utilizados y los principales resultados. La selección de los estudios se ha hecho en función de la relevancia de los mismos en cuanto a características, tamaño de la muestra, criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación aplicados. Todos los estudios descritos tienen en común muestras conformadas por consumidores de cocaína y que se centran en la evaluación de TMs.

En la segunda parte de cada apartado nos detenemos en conocer las posibles hipótesis explicativas entre los distintos trastornos y el consumo de cocaína. Finalmente, exponemos los posibles tratamientos, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, que hoy en día se indican para intervenir con personas con algún TM y consumo de cocaína.

2. COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y CONSUMO DE COCAÍNA

2.1. Aspectos clínico-epidemiológicos de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos del estado ánimo

Estudios epidemiológicos en población general muestran que TEA y los TCS presentan altas prevalencias (Brady et al., 2003; Grant & Harford, 1995; Kessler et al., 1997; Reiger et al., 1990). Como comentamos en el capítulo anterior, uno de los primeros estudios destinados a conocer la existencia de los TMs en población general fue el *Epidemiological Catchment Area* (ECA). Este estudio mostró que el 34.7% de los consumidores de cocaína tenía antecedentes de trastornos afectivos, lo que supuso una tasa casi seis veces mayor (OR=5.9) que la esperada en población general. Por su parte, el *National Comorbidity Study* (NCS) (Kessler et al., 1994) señaló que las personas con trastornos depresivos tenían más del doble de probabilidad (OR=2.4) de padecer un TCS (excluido el alcohol) que el resto de la población. Este mismo grupo, en una réplica más reciente el *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), detectó que de las personas con TDM, el 24% padeció al mismo tiempo un TCS a lo largo de la vida y el 8.5%, en los últimos doce meses (Kessler et al., 2003; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas &

Walters., 2005b; Kessler et al., 2005c). El *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESRAC) (Grant et al., 1997), evaluó a una muestra de 42862 pacientes y encontró una prevalencia de TEA en el último año del 9.21% (excluyendo trastornos inducidos) y una prevalencia de TCS del 9.35% (relacionados con alcohol 8.46% y con otras drogas 2%). De los pacientes con TCS, el 20.13% padecía un TEA simultáneamente (19.67% excluyendo a los trastornos inducidos), siendo el TDM el trastorno más prevalente, ya que se encontró en el 15.15% de los casos. Esta prevalencia fue mayor que la detectada en el NCS-R. Por otro lado, en el último año, el 19.97% de los pacientes con TEA padecía en el mismo periodo de tiempo un TCS.

Otras investigaciones se han centrado en conocer la prevalencia de TCS en pacientes diagnosticados de algún TEA. En esta población el consumo de cocaína se ha llegado a relacionar con un incremento del índice de suicidio (o intentos), especialmente en adolescentes (Burge, Felts, Chenier & Parrillo, 1995; Dhossche & Rubinstein, 1996; Fower et al., 1986). Por ejemplo, en un estudio de análisis *post mortem* de personas que habían consumado el suicidio, se encontró que un 25% de los individuos había consumido cocaína (Marzuk et al., 1992). En otra línea, Abraham & Fava (1999) estudiaron a 375 pacientes diagnosticados de TDM y concluyeron que los consumidores de LSD (*lysergic acid diethylamide*) y cocaína eran los individuos que con mayor frecuencia padecían episodios depresivos en comparación con consumidores de otras sustancias (OR= 12.2). En otro estudio que tenía como objetivo conocer la prevalencia de consumo de sustancias en una población clínica diagnosticada de trastorno bipolar, Healey, Peters, Kinderman, McCracken & Morriss (2009), entrevistaron a 15 pacientes con trastorno bipolar y algún TCS a lo largo de su vida. Sus resultados mostraron que el 40% de la muestra realizaba un consumo regular de estimulantes, frente a un 20% que lo hacía de manera esporádica. En resumen, los estudios realizados con individuos con algún TEA muestran que el consumo de cocaína es elevado en esta población si bien, cabe decir, que existe al mismo tiempo un alto consumo de otras sustancias psicoactivas.

De igual manera, las investigaciones realizadas con personas consumidoras de cocaína evidencian una alta prevalencia de TEA (ver tabla 19). En este sentido, Weiss et al. (1988) compararon una muestra de 149 sujetos consumidores de cocaína con otra muestra de 230 sujetos adictos a opiáceos y 63 pacientes con dependencia de sedantes e hipnóticos. Los autores señalaron que, en su trabajo, los TEA se daban en mayor medida en la población consumidora de cocaína que en los otros grupos de pacientes (26.8%-20.1%). Asimismo, hallaron diferencias estadísticamente significativas en los trastornos ciclotímicos en la misma comparación grupal (11.4%-2.7%). Para los autores, estos resultados prueban que tener un TEA supone un factor de riesgo para desarrollar un futuro abuso crónico de cocaína. Posteriormente, este mismo grupo (Weiss, Griffin & Mirin, 1992) realizó un estudio para contrastar la *Hipótesis de la Automedicación* en pacientes drogodependientes con síntomas depresivos. El mismo se realizó con una muestra de 495 pacientes, de los cuales 229 eran dependientes de opiáceos, 202 de

cocaína y 63 de sedantes-hipnóticos. Los resultados revelaron que un 10% de los pacientes cumplió criterios diagnósticos de TDM, un 5%, de ciclotimia y un 4%, trastorno bipolar. Además concluyeron que los consumidores de opiáceos hacían uso de la sustancia en respuesta a los sentimientos depresivos. Del mismo modo, hallaron una tendencia entre los pacientes con dependencia de cocaína y sedantes e hipnóticos a consumir sustancias en respuesta a su psicopatología.

Por otra parte, Kleinman et al. (1990) estudiaron una muestra de 76 consumidores de cocaína y crack con consumos de, al menos, 4 años de duración y hallaron una prevalencia de sintomatología depresiva del 47%. Estos individuos tuvieron un inicio temprano de consumo de sustancias, entre las que destacaron el tabaco y la marihuana. Además, estos autores sugirieron que las personas consumidoras de cocaína que mostraban, al mismo tiempo, sintomatología clínicamente depresiva tendían a presentar problemas más severos relacionados con el consumo de cocaína. En otro estudio, Rounsaville et al. (1991) evaluaron, con la SADS-L, según los criterios diagnósticos RDC, una muestra de 298 pacientes consumidores de cocaína. Señalaron entre sus resultados que, a lo largo de la vida, el 30.5% de los sujetos cumplía criterios de TDM, el 11.7%, de trastorno distímico, el 3.7%, de manía y por último, el 7.4%, de hipomanía. En general, el 60.7% de los sujetos manifestó algún TEA a lo largo de la vida y el 44.3%, en el momento del estudio. Con la misma herramienta, Carroll & Rounsaville (1992) entrevistaron a 179 consumidores de cocaína, la mitad de ellos en tratamiento. Sus resultados apuntaron prevalencias similares de TEA en ambos grupos (41.6% en tratamiento vs 38.2% sin tratamiento). En esta misma línea, con una muestra de 207 consumidores de cocaína, Halikas et al. (1994) utilizaron la DIS para explorar la existencia de TMs. Sus datos indicaron que el 28% de los sujetos padeció algún TEA a lo largo de la vida (un 23%, TDM; un 11%, distimia y un 2%, episodios maniacos) y el 17%, en el momento del estudio (16%, TDM; 4%, distimia y 1%, episodios maniacos). Ziedonis et al. (1994), durante el mismo año, evaluaron a una muestra de 263 pacientes consumidores de cocaína, conformada por 163 caucásicos y 100 afroamericanos. La entrevista clínica aplicada fue la SADS-L que informó de que el primer grupo presentó un mayor porcentaje en todos los TEAs, a excepción de los episodios de hipomanía (38%, TDM; 15%, distimia; 2%, manía y un 7%, hipomanía) en comparación con el segundo (36%, TDM; 8%, distimia; 6%, manía y un 11%, hipomanía). Aun así, estas diferencias no llegaron a ser contundentes. Brown et al. (1998) investigaron el papel teórico y clínico de la depresión entre 80 consumidores de cocaína en tratamiento administrándoles la SCID-P y encontraron que el 43.8% de la muestra satisfizo criterios de un TDM actual y el 50.7%, a lo largo de la vida.

En la década actual, Roy (2001) evaluó a 214 pacientes consumidores de cocaína de los que el 39% había protagonizado algún episodio de suicidio a lo largo de su vida. De éstos, el 86.9% había mostrado TDM a lo largo de su vida y un 10.6%, en el momento actual. En un estudio de 132 dependientes de cocaína en tratamiento, McKay et al. (2002) encontraron un porcentaje del 37,9% de TDM en algún momento de la vida y del

10,6%, en el momento de la evaluación. Asimismo, Hasin et al. (2002) en una muestra de 250 pacientes con dependencia de cocaína, heroína y/o alcohol, evaluados con la PRISM, informaron de un 15% de diagnósticos de TDM de los cuales el 32%, fue inducido por sustancias. En este estudio los autores quisieron conocer los efectos del TDM en la dependencia de sustancias y concluyeron que la presencia de episodios depresivos estaba relacionada con la evolución de la remisión y la recaída en el consumo. En la misma línea, Falck et al. (2004) con una muestra mayor (n=313) de consumidores de cocaína fumada en crack, hallaron que el 17,8% cumplía criterios de TDM y menos del 1%, trastorno distímico. En ese mismo año, Levin et al. (2004) evaluaron, con la entrevista diagnóstica SCID, a 135 consumidores de cocaína ingresados en CT. Sus resultados mostraron que el 24% presentaba TDM y un 1%, distimia.

En los últimos años, Zlotnick et al. (2008) realizaron un estudio dentro de los servicios penitenciarios entre 272 personas con dependencia de diferentes sustancias. De entre ellas, el 78.7% había consumido cocaína a lo largo de su vida. Todos los pacientes fueron evaluados con la SCID, que evidenció que el 27.2% de los hombres y el 44.6% de las mujeres presentó algún TEA a lo largo de la vida. El estudio concluye que las mujeres que eran admitidas en programas de prisión para personas con TCS, tenían mayor vulnerabilidad a padecer algún tipo de TM. Por otra parte, con el objetivo de evaluar la relación que existe entre el trastorno bipolar y los consumidores de cocaína y heroína, Marenmani, Pacini, Perugi, Deltito & Akiskal (2008) mediante la entrevista semiestructurada *Semi-structured Interview for Depression (SID)*, estudiaron a una muestra de 1090 consumidores de heroína y/o cocaína. En su muestra, el 22.5% de los pacientes con consumos de heroína asociados a consumos de cocaína cumplían criterios de trastorno bipolar. Por último, Ford et al. (2009) evaluaron a una muestra de 449 consumidores de cocaína a través de la entrevista diagnóstica *Semistructured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA)*. Los resultados indicaron que, a lo largo de su vida, el 14.4% de la muestra presentó TDM y el 12.3%, trastorno bipolar. Según los autores, estos datos apuntan la necesidad de evaluar y tratar tanto los TMs como los TCS para garantizar un tratamiento completo al paciente.

Por otra parte, en nuestro país, López & Becoña (2007), con la versión española del *Beck Depression Inventory (BDI)*, encontraron que el 24.3% de una muestra de 115 pacientes dependientes de cocaína, obtuvo puntuaciones altas indicadoras de probables TDMs. Para estos autores, los resultados subrayan la necesidad de evaluar la presencia de depresión en estas personas, cuando las mismas requieren tratamiento. Asimismo, Herrero et al. (2008a) en un estudio con 139 jóvenes consumidores de cocaína, utilizando la PRISM como instrumento diagnóstico, encontraron que el 26,6% cumplió criterios de TEA. De ellos, el 17,3% mostraba TDM, el 2,2%, distimia y el 10,8%, TEA inducido por sustancias.

ESTUDIO	MUESTRA	CRITERIO DIAGNOSTICO/ INSTRUMENTO	RESULTADOS
Weiss et al., 1986	30 pacientes abusadores de cocaína y 124 pacientes hospitalizados que eran dependientes de opiáceos o sedantes	DSM-III	16 de los pacientes (53%) cumplió criterios para un TEA. El 20% un trastorno depresivo mayor y el 6,7% un trastorno bipolar.
Weiss et al., 1988	149 sujetos con abuso de cocaína hospitalizados	DSM-III	El 26,8% de los sujetos obtuvo criterios para algún trastorno afectivo y el 11,4% para ciclotimia
Kleinman et al., 1990	76 pacientes en tratamiento con abuso de cocaína	DSM-III	El 46% de los sujetos de la muestra fue considerado clínicamente depresivo.
Rounsaville et al., 1991	298 consumidores de cocaína	DSM-III	El 60.7% de la muestra obtuvo criterios de algún TEA a lo largo de la vida y el 44.3% cumplió criterios de alguno de estos trastornos en la actualidad.
Weiss et al., 1992	494 pacientes consumidores de sustancias y hospitalizados (202 consumidores de cocaína)	DSM-III	El 10% de los pacientes cumplió diagnósticos de TDM, el 5% de ciclotimia y el 4% de trastorno bipolar. La diferencia entre las distintas sustancias no fue estadísticamente significativa.
Halikas et al., 1994	207 consumidores de cocaína	DSM-III/DIS	El 17% cumplió criterios para TEA en la actualidad y el 28% de los pacientes TEA a lo largo de la vida.
Ziedonis et al., 1994	263 consumidores de cocaína	DSM-III/SADS-L	El 38% de la población blanca y el 26% de los afroamericanos tuvo diagnóstico de TDM, el 15% de los blancos y el 8% de los afroamericanos de distimia o TDM, el 2% de los blancos y el 6% de los afroamericanos de manía y el 7% de los blancos y el 11% de los afroamericanos de hipomanía o trastorno bipolar II. Todos los trastornos a lo largo de la vida.
Brown et al., 1998	89 pacientes con abuso de cocaína	DSM-III/ SCID	El 43,8% presentó criterios para un trastorno depresivo mayor actual y el 50,7% para un TDM a lo largo de la vida.
Roy, 2001	214 pacientes dependientes de cocaína (el 60,75% sin ningún intento de suicidio y el 39,25 con algún intento de suicidio)	DSM-IV/ entrevista semiestructurada	El 86,9% de sujetos con intento de suicidio obtuvo criterios para un TDM a lo largo de la vida y el 23,8% de los sujetos con intento de suicidios.

Tabla 19: Estudios de prevalencia de trastornos del estado de ánimo en consumidores de cocaína.

ESTUDIO	MUESTRA	CRITERIO DIAGNOSTICO/ INSTRUMENTO	RESULTADOS
McKay et al., 2002	132 varones dependientes de cocaína	DSM-III-R/ SCID	El 37,9 % de los pacientes cumplió criterios de depresión mayor a lo largo de la vida y el 10,6% en la actualidad.
Hasin et al., 2002	250 pacientes con dependencia de alcohol/cocaína y/o heroína	DSM-IV/PRISM	El 15% de los pacientes recibió tratamiento para un TDM a lo largo de la vida. De éstos el 32% mostraban un TDM inducido actual.
Falck et al., 2004	313 pacientes consumidores de cocaína	DSM-IV/ DIS	El 17.8 % de los sujetos cumplió criterios de TDM y menos del 1% distimia.
Levin et al., 2004	135 pacientes consumidores de cocaína	DSM-IV/SCID	El 24% de los pacientes presentó criterios diagnósticos de algún TEA en el momento de la entrevista diagnóstica.
López & Becoña, 2007	115 dependientes de cocaína	DSM-IV/BDI	El 24.3% de los sujetos obtuvo resultados que apuntaban un posible TDM.
Herrero et al., 2008	139 jóvenes consumidores de cocaína	DSM-IV/PRISM	El 26.6 % obtuvo criterios de TEA: 17,3% TDM, 2,2% distimia y 10,8% TEA inducido por sustancias.
Zlotnock et al., 2008	272 sujetos en programas de prisión para drogodependientes (el 78,7% uso de cocaína a lo largo de la vida)	DSM-IV/SCID	El 27.2% de los hombres y el 44,6% de las mujeres cumplió criterios de algún TEA.
Maremmanni et al., 2008	1090 dependientes a heroína (404 consumidores de cocaína)	Criterios DSM-IV-R / DAH-RS	El 22.5% de los pacientes con uso de cocaína cumplió criterios para un trastorno bipolar.
Ford et al., 2009	449 sujetos consumidores de cocaína	Criterios DSM-IV-R/ SSADDA	El 14.4% obtuvo criterios para TDM, el 5,4% para trastorno bipolar.

Tabla 19 Continuación: Estudios de prevalencia de trastornos del estado de ánimo en consumidores de cocaína.

RDC: *Research Diagnosis Criteria*; SCID: *Structured Clinical Interview*; DIS: *Diagnostic Interview Schedule*; PRISM: *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*; DAH-RS: *Drug Addiction History Rating Scale*; SSADDA: *Semistructured assessment for Drug Dependence and Alcoholism*; BDI: *Beck Depression Inventory*.

Ahondando en este tema, recientemente un metaanálisis sobre síntomas depresivos en consumidores de cocaína encontró que las mujeres consumidoras de esta sustancia muestran una prevalencia de TDM mayor que los hombres, si bien, este dato es equivalente a los encontrados en población general. Junto a esta información, se halló una relación positiva entre la depresión, el consumo de cocaína y las alteraciones relacionadas con el consumo de la sustancia. Aun así, los autores llaman la atención sobre las limitaciones de los datos recogidos, por lo que no concluyen que existan claras evidencias de que la depresión pueda asociarse a un abuso futuro de sustancias ni a alteraciones relacionadas con el mismo (Conner, Pinquart & Holbrook, 2008).

Partiendo de los datos expuestos en la revisión anterior, estamos en condiciones de reseñar que la relación entre TEA y consumo de cocaína debe ser considerada durante el proceso de evaluación diagnóstica. Dentro del mismo, como señala Rounsaville (2004), se debe dar la misma importancia a los síntomas depresivos independientes que a los inducidos por el consumo de cocaína. En esta línea, el primer paso que se debe tener en cuenta ante la presencia de sintomatología relacionada con TEA es si ésta es, o no, la esperada dentro de un periodo de abstinencia de intoxicación de cocaína. En el caso de que los síntomas psicopatológicos fuesen mayores que los esperados, hay que conocer si existe un síndrome que dé lugar a un TEA y, en segundo lugar, determinar si éste es primario o inducido por el consumo de sustancias. Esta forma de proceder responde a que la presencia clínica de alteraciones del humor en pacientes consumidores de cocaína puede deberse, bien a la presencia de un trastorno psicopatológico de base, bien al propio efecto de la sustancia o a la aparición de un trastorno inducido por el consumo.

Por otro lado, se recomienda que el proceso diagnóstico se realice después de un periodo breve de abstinencia. En la actualidad, no existe consenso en torno a cuántos son los días necesarios para que la sintomatología depresiva debida a la abstinencia no afecte al diagnóstico de un posible TEA. Según el DSM-IV-R, un TEA inducido por sustancias debe darse durante al menos un mes de consumo de alguna sustancia, como puede ser la cocaína, o en el mes inmediatamente posterior al mismo (APA, 2000). Sin embargo, hay autores que, avalados por los resultados de algunos estudios, recomiendan realizar la evaluación tras un periodo de alrededor de una semana de abstinencia. Por ejemplo, Rubin et al. (2007) encontraron que la mayoría de los síntomas depresivos suelen disminuir a lo largo de pocos días tras el cese del consumo. En cualquier caso, se debe contar siempre con una buena anamnesis para averiguar periodos depresivos previos, evaluar su posible etiología y conocer la presencia de un TM similar dentro de la historia familiar (Gawin et al., 1986; Modesto-Lowe, Pierucci-Lagha & Kranzel, 2004; Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009).

En esta línea argumental, hay estudios que han encontrado que los síntomas depresivos son similares con independencia de su relación con el consumo de cocaína

(Kadden, Kranzel & Rounsaville, 1995). En contraposición a esto, hay autores que consideran que hay ciertos síntomas o signos depresivos más característicos de un trastorno inducido. Así, Zarkowski, Pasic, Russo & Roy-Byrne (2007) estudiaron una muestra de sujetos consumidores de cocaína y concluyeron que el exceso de llanto puede ser un signo de presencia de TDM inducido por sustancias.

Por otra parte podemos señalar que es habitual diagnosticar más episodios depresivos que maníacos inducidos por cocaína. Es por ello, que quizás la prevalencia de trastorno bipolar en los consumidores de cocaína sea mucho menor, oscilando entre un 20-30% (San & Arranz, 2001). En relación con ello, Rosenblum et al. (1999) estudiaron una muestra de 67 sujetos con dependencia de cocaína y TEA (73,13% trastorno primario y el 26,86% inducido por sustancias). De ellos, el 87% cumplió criterios de TDM y el 13%, de trastorno bipolar. En otro estudio con 295 sujetos con abuso de sustancias, Albanese, Clodfelter, Pardo & Ghaemi (2006) identificaron que sólo el 48% de las personas con trastorno bipolar había sido diagnosticado previamente. Asimismo, Stewart & El-Mallakh (2007) encontraron, en su muestra de 21 sujetos con abuso de sustancias diagnosticados previamente de trastorno bipolar, que tan sólo el 43% obtuvo realmente este diagnóstico. En cualquier caso, y a lo que nos unimos, lo que sí es aceptado es que la presencia de un trastorno bipolar en pacientes consumidores de cocaína complica el pronóstico del paciente.

2.2. Hipótesis de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos del estado ánimo

A lo largo de las últimas décadas se ha intentado encontrar una explicación universal a la alta comorbilidad entre TCS y TEA. Sin embargo, ninguna ha tenido el soporte necesario para esclarecer todos los casos (Mueser, Drake & Wallach, 1998; Strakowski & DelBello, 2000; Swendsen y Merinkangas, 2000). Existe un grupo de autores que asume que el TCS es atenuante del TEA (Christie et al., 1988; Khantzian, 1985; Rounsaville et al., 1982b), otra que avala la idea que el TCS es anterior al TEA y, finalmente, algunos autores que defienden que ambos trastornos comparten un factor de riesgo común (Kessler, 2004).

Basándose en la *Hipótesis de la Automedicación*, dentro del primer grupo de autores, Modestin, Kayser-Rapold, Wehrli, Neuenschwander & Malti (2007) realizaron un estudio comparativo de pacientes con TEA y TCS concomitante. Estos autores llegaron a la conclusión de que existen diferencias entre la elección de una sustancia y la edad de inicio del TEA. Cuando el comienzo del TEA se produjo durante una edad temprana, las sustancias elegidas fueron los opiáceos o la cocaína. Por el contrario, cuando el trastorno apareció en edades posteriores (alrededor de la cuarta década de la vida), la sustancia de consumo preferida fue el alcohol, seguida de los sedantes e hipnóticos. En la misma línea de investigación, Abraham et al. (1999), por otro lado, encontraron que los pacientes que desarrollaron dependencia de cocaína habían

tenido su primer episodio de depresión mayor 6.8 años antes, lo que confirmaría en su muestra la hipótesis de la automedicación.

Sin embargo, los modelos etiológicos que enfatizan la contribución de factores externos, como la agresión, problemas de conducta y desinhibición, no apoyan esta hipótesis, particularmente en lo que se refiere a la evolución del abuso de las sustancias (Vanyukov et al., 2003; McGue, Slutske & Iacono, 1999). Este segundo grupo de autores parte de una asociación causal entre los TCS y los TEA, donde pueden estar en juego factores etiológicos comunes como los prenatales, por ejemplo el alcoholismo de la madre; los factores de riesgo biológicos, tales como una intoxicación con veneno; y/o los factores de riesgo no biológicos, como un entorno familiar disruptivo.

Por último, existe la hipótesis de una probable predisposición genética que puede ser la base de ambos trastornos (Merikangas, Risch & Weissman, 1994). Partiendo de la asunción de que el abuso de sustancias suele iniciarse en la adolescencia, periodo en el cual el desarrollo cerebral no ha finalizado, existen estudios que han demostrado que la exposición a las sustancias a estas edades puede provocar cambios neurobiológicos asociados a la depresión. Además, varios trabajos epidemiológicos estiman que al menos un 40% de la vulnerabilidad a la adicción está relacionado con factores genéticos (Uhl & Grow, 2004; Volkow, 2004b).

Tratando de aunar los modelos de explicación concernientes a la relación entre los TCS y el trastorno bipolar, Strakoswi & DelBello (2000), realizaron una revisión en la que expusieron que:

- a. el abuso de sustancias ocurre como un síntoma del trastorno bipolar,
- b. el abuso de sustancias en pacientes con trastorno bipolar es consecuencia de una automedicación por parte de los mismos,
- c. el abuso de sustancias causa el trastorno bipolar y
- d. tanto el abuso de sustancias como el trastorno bipolar comparten factores de riesgos comunes.

De esta manera, los autores concluyen que todas las hipótesis tienen algo que aportar a la explicación de la elevada comorbilidad de ambos trastornos si bien, hasta el momento la razón concreta de esta elevada comorbilidad es desconocida.

Como ponemos de manifiesto, la naturaleza de la relación entre los TEAs y el consumo de cocaína continúa siendo objeto de debate hoy en día. En este sentido, se han publicado otros trabajos que tratan de profundizar en los cambios psicobiológicos relacionados con el consumo de sustancias, entre ellas la cocaína y otros TMs. De esta manera, Brady & Sinha (2005), en una revisión, señalan que existe una alteración en el eje hipotalámico y en el factor liberador de corticoprina, así como en el sistema liberador de las catelominas, serotoninas, glutamato o el ácido gamma-aminobutírico

(GABA) que relaciona, a nivel biológico, el consumo de sustancias y el TDM. En la actualidad, se conoce que el consumo recurrente de cocaína hace que se desarrolle un circuito de recompensa, a través de una sobreestimulación cerebral crónica, que provoca una neuroadaptación y una consecuente anhedonia y depresión cuando se interrumpe dicho consumo. Además, el consumo crónico de esta sustancia puede llegar a producir estresores en la vida diaria que, finalmente, desemboquen en un TDM (Satel, Kosten, Schuckit & Fishman, 1993). Por otra parte, Elman et al. (1999) sugirieron que el eje hipotálamo-glándula pituitaria- glándula suprarrenal puede estar envuelto en los TEAs de personas consumidoras de cocaína y Pathiraja, Marazziti, Cassano, Diamond & Borison (1995), en pacientes con trastornos depresivos, encontraron que la abstinencia de cocaína estaba asociada a la disminución transitoria de las plaquetas cubiertas de imipramina, que reflejan el cambio de la actividad serotoninérgica. Siguiendo esta área de investigación, Rubin et al. (2007) estudiaron la sintomatología depresiva en sujetos con dependencia de cocaína, con o sin TDM, con una abstinencia de tres días y concluyeron que los cambios de estado de ánimo eran atribuibles directamente al cese del consumo de cocaína en ambos grupos. Sin embargo, durante un periodo más continuado de abstinencia aparece una disforia más contenida sólo en el grupo con comorbilidad. En ellos se reflejan cambios duraderos de la función cerebral relacionada con el consumo de cocaína crónico.

Por último, otros autores han estudiado la relación entre los síntomas depresivos y los efectos subjetivos del consumo de cocaína. Los resultados de varios de ellos relacionan la severidad de la sintomatología depresiva con la intensidad de la euforia inducida por la sustancia (Dackis & Gold, 1987; Gawin et al., 1986). Por ejemplo, Sullener, Kalechstein, Richter, Ling, & Newton (1999) concluyeron que los sujetos con unos niveles de depresión más altos tienden a tener experiencias inducidas por la sustancia, más positivas que los que muestran una sintomatología depresiva menor. Otros estudios señalan que aquellos consumidores de cocaína que experimentan un mayor *subidón* subjetivo después del consumo de cocaína, tienden a tener una mayor sintomatología depresiva (Uslaner, Kalechstein, Richter, Ling & Newton, 1999). A través del BDI, Sofuoglu, Brown, Babb & Hatsukami (2001) estudiaron la sintomatología depresiva en consumidores de cocaína base. Sus resultados indicaron que puntuaciones menores en el BDI pueden asociarse con una menor respuesta subjetiva y fisiológica a la cocaína, mientras que puntuaciones mayores estarían relacionadas con un aumento esta respuesta. Mencionado con anterioridad, el estudio de Maremmani et al. (2008) sugiere que si el consumo de cocaína viene precedido por un consumo de heroína, o es concomitante al mismo, la heroína hipotéticamente sirve como una *balanza del humor* que cubre transitoriamente los estados excitatorios subumbrales y los cambios de humor. Según estos autores, estas observaciones tienen que seguir siendo estudiadas dada su importancia en el manejo clínico y en la salud pública. Además, sugieren que se debe crear un modelo más complejo que relacione los cambios cíclicos del estado de ánimo con el consumo de cocaína. De acuerdo con

estos autores, los estados subumbrales de bipolaridad predisponen a un trastorno derivado del consumo de heroína y, al mismo tiempo, el deseo de suprimir la hipomanía podría conducir al consumo de cocaína. De este modo, debuta el trastorno bipolar.

En resumen, todos estos hallazgos dispares nos sugieren que la comorbilidad entre TEA y el consumo de cocaína no es una relación sencilla de esclarecer. Por tanto, se requiere una evaluación y un tratamiento individualizado según el paciente para determinar la importancia y relevancia de cada trastorno (Rounsaville, 2004).

2.3. Tratamiento y pronóstico de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos del estado ánimo

Hemos apuntado más arriba la necesidad de desarrollar tratamientos individualizados para personas que presentan TCS concomitantes con otro TEA. Ciertamente, los tratamientos para los TEA son cada vez más efectivos, si bien es de suma importancia reconocer y tratar los TCS concomitantes (Schmitz et al., 2000) para responder adecuadamente a la necesidad detectada.

Para iniciar un tratamiento hay que considerar si los síntomas depresivos de un sujeto consumidor de cocaína son clínicamente relevantes. Una postura conservadora sugiere que el tratamiento antidepresivo debe comenzar, al menos, cuando la sintomatología depresiva persista durante cuatro semanas (APA, 2000), sin embargo, en la práctica, esto puede ser mucho más complicado en relación a las características de cada paciente. Diferentes autores avalan la idea de que los TEAs primarios deben ser tratados de la misma manera que los inducidos ya que muestran una sintomatología muy pareja, con alteraciones igualmente importantes (Nunes et al., 2006; Kadden et al., 1995; Rounsaville, 2004)

El estudio del tratamiento antidepresivo en dependientes de cocaína fue impulsado por las implicaciones de la *Teoría de la desregulación monaminérgica* como un correlato de los síntomas depresivos inducidos por la cocaína. Silva de Lima, Reisser & Soares (2001) han realizado un metanálisis sobre los efectos del tratamiento con antidepresivos en pacientes consumidores de cocaína, concluyendo que no existían estudios controlados consistentes que apoyaran su uso, tanto para la dependencia de cocaína con comorbilidad depresiva, como sin ella. Más recientemente, Torrens, Fonseca, Mateu & Farré (2005), en otro metaanálisis analizaron 5 ensayos clínicos en pacientes con dependencia de cocaína con y sin TDM. En dos de estos ensayos, con pacientes con depresión, los autores observaron que ni los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina ni otros antidepresivos demostraron eficacia. Por otra parte, concluyeron que hasta el momento no existe una evidencia suficiente para afirmar que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina o los otros antidepresivos incluidos en su metanálisis tienen efecto sobre el

consumo de cocaína en pacientes con un TDM concomitante. Aunque se ha enfocado más para el tratamiento de la dependencia que para el de la depresión, otro foco de atención en cuanto a los efectos de tratamientos farmacológicos en consumidores de cocaína han sido los antidepresivos tricíclicos, como pueden ser la desipramina, la imipramina, la venlafaxina, el bupropion o la fluoxetina, existiendo literatura con conclusiones diversas (Rao, Ziedonis & Kosten, 1995; Gawin & Kleber et al., 1984; Giannini, Malone, Giannini, Price & Loiselle, 1987; Carroll, Nich & Rounsaville, 1995; Nunes et al., 1995; McDowell, Levin, Serecini & Nunes, 2000; Margolin et al., 1998). Sin embargo, en la práctica clínica el uso de los tricíclicos es limitado en consumidores de cocaína, además de por los diversos resultados científicos, por sus efectos cardiotóxicos (Modesto-Lowe et al., 2004).

Junto a los anteriores, existen una serie de estudios controlados que evalúan la eficacia de los tratamientos farmacológicos en pacientes con trastorno bipolar y TCS. En ellos se suele usar, como fármacos, litio, anticonvulsionantes y quetiapina. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la sintomatología relacionada con el humor mejora, aunque no existe consenso en si ocurre lo mismo con el consumo de sustancias (Brady, Sonne, Anton & Ballenger, 1995; Brown, Nejtek, Perantie, Orsulak & Bobadilla, 2003; Brown, Nejtek, Perantie & Bobadilla, 2002; Calabrese et al., 2001; Gawin & Kleber 1984; Levin & Hennessy, 2004; Nunes et al 1990).

Junto al farmacológico, las intervenciones psicoterapéuticas son un elemento fundamental para los tratamientos con personas con comorbilidad psicopatológico, de este modo, los expertos coinciden en que la psicoterapia junto a un tratamiento farmacológico es la mejor intervención para estos pacientes. Varios estudios han puesto de manifiesto el éxito de la terapia cognitivo-conductual, la terapia de los doce pasos y la terapia motivacional breve (Carroll, Rounsaville & Gordon, 1994; Proyect MATCH Research Group, 1997; Kadden, 1996) en la mejora de los síntomas relacionados con TEA así como en el aumento del tiempo de abstinencia, entre otros resultados (Carroll et al., 1995; Weiss, Najavitis & Greenfield, 1999; Weiss et al., 2000).

En resumen, las evidencias muestran una mejora con el tratamiento antidepresivo y las terapias psicológicas en pacientes con consumo de cocaína y alteraciones del estado de ánimo. A pesar de ello, en la actualidad no existe un tratamiento consensuado empíricamente validado (Rounsaville, 2004; Torrens et al., 2005). Donde existe acuerdo mayoritario es en considerar que tanto la intervención psicoterapéutica como la psicosocial debe ser individualizada y adaptada a cada sujeto y debe contener elementos de aproximación tanto del TEA como del TCS (Brady et al., 2003).

3. COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y CONSUMO DE COCAÍNA

3.1. Aspectos clínico-epidemiológicos de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos

La relación existente entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos está más que evidenciada, especialmente desde las últimas décadas. Prueba de ello es la elevada prevalencia de TCS encontrada en pacientes diagnosticados de algún trastorno psicótico, como indican los resultados del *Epidemiologic Catchment Area* (ECA). En él se encontró que un 47% (OR=4.6) de los sujetos con esquizofrenia presentaba además un TCS y, de éstos, el 16.7% (OR=13.2) eran personas con diagnóstico de abuso por cocaína (Regier et al., 1990). Los estudios en población clínica muestran que, además de la alta prevalencia de consumo de nicotina (De León & Díaz, 2005, Kalman, Morissette & George, 2005), las sustancias de abuso más consumidas entre los pacientes psicóticos crónicos son la marihuana, el alcohol y la cocaína (Green, 2005). Si nos centramos en esta última sustancia, la prevalencia de consumo de cocaína oscila entre el 31% y el 36% (Bell, Greig, Whelahan & Bryson, 2002; Shaner et al., 1993). Esta concomitancia trae como consecuencia un mayor deterioro del cuadro clínico del paciente, manifestada por un mayor número de hospitalizaciones, mayor prevalencia de esquizofrenia tipo paranoide, un mayor consumo de otras sustancias, un mayor porcentaje de problemas judiciales por crímenes violentos y presencia de síntomas depresivos (Brady et al., 1990; Dermatis, Galanter, Egelko & Westreich, 1998; Rodríguez-Jiménez et al., 2008; Tucker, 2009).

De igual manera, son significativas las prevalencias de trastornos psicóticos encontradas en pacientes consumidores de cocaína. Como se puede observar en la tabla 20, estas prevalencias oscilan entre el 5% (todos trastornos inducidos), encontrados por Herrero et al. (2008), y el 2,6% del estudio de Falck et al. (2004), hasta estudios en los que no se detectan (Weiss et al., 1988; Halikas et al., 1994; Ford et al., 2009). Los trastornos psicóticos presentes fueron la esquizofrenia, entre el 0.3% y el 2.6%, y los trastornos esquizoafectivos, que oscilan entre el 0.7% y el 2%. El resto de los estudios hacen referencia a la presencia de psicosis atípica (Weiss et al., 1986) y a algún trastorno psicótico en general (Zlotnick et al., 2008). Finalmente, cabe destacar la baja prevalencia de trastornos psicóticos en comparación con la mostrada por otros trastornos como los TEAs o los TAs (Astals et al., 2008; Ford et al., 2009).

ESTUDIO	MUESTRA	CRITERIO DIAGNÓSTICOS/INSTRUMENTO	RESULTADOS
Weiss et al., 1986	30 pacientes con abuso de cocaína	DSM-III/ Diagnóstico clínico	El 3.3% de la muestra fue diagnosticado de psicosis atípica
Weiss et al., 1988	149 sujetos con abuso de cocaína hospitalizados	DSM-III/ diagnóstico clínico	Inexistente
Rounsaville et al., 1991	298 consumidores de cocaína en tratamiento	RDC/SADS	El 0.3% cumplió criterios de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco, el 0.7% trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo. Todos diagnósticos encontrados a lo largo de la vida.
Halikas et al., 1994	207 consumidores de cocaína	DSM-III/DIS	Inexistente
Ziedonis et al., 1994	263 consumidores de cocaína (163 personas caucásicas y 100 personas afroamericanas)	DSM-III/SADS-L	De los caucásicos el 1% cumplió criterios de esquizofrenia y el 2% de trastorno esquizoafectivo. De los individuos afroamericanos el 1 % obtuvo diagnósticos de trastorno esquizoafectivo
Falck et al., 2004	313 pacientes consumidores de cocaína	DSM-IV/ DIS	2.6% sujetos cumplió criterios de esquizofrenia
Levin et al., 2004	135 pacientes consumidores de cocaína	DSM-IV/SCID	El 1% de los pacientes presentó un trastorno psicótico inducido por sustancias
Herrero et al., 2007	139 jóvenes consumidores de cocaína	DSM-IV/PRISM	El 5 % del total de la muestra presentó criterios de un trastorno psicótico inducido por sustancias
Zlotnock et al., 2008	272 sujetos en programas de prisión para drogodependientes (el 78,7% uso de cocaína a lo largo de la vida)	DSM-IV/SCID	El 2,2 % de los hombres y el 6.5 % de las mujeres mostraron algún trastorno psicótico
Ford et al., 2009	449 sujetos consumidores de cocaína	Criterios DSM-IV-R/ SSADDA	Inexistente

Tabla 20: Prevalencia trastornos psicóticos a lo largo de la vida en consumidores de cocaína. RDC: *Research Diagnostic Criteria*, SADS: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; DIS: *Diagnostic Interview Schedule*; SADS-L: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version*; PRISM: *Psychiatric research interview for substances and mental disorders*; SSADDA: *Semistructured assessment for drug dependence and alcoholism*.

Por otro lado, cuando realizamos una revisión de la literatura que ha tratado de evaluar la prevalencia de síntomas psicóticos inducidos en personas consumidoras de cocaína encontramos unos resultados significativamente más elevados que los anteriormente expuestos (ver tabla 21). Ello se torna coherente con la capacidad que tienen los estimulantes y, en especial la cocaína, de producir estos efectos (McKetin, McLaren, Lubman & Hides, 2006; Manschreck et al., 1988; Roncero, Ramos, Collazos & Casas, 2001). Los estudios revisados revelan una prevalencia de sintomatología psicótica en pacientes consumidores de cocaína situada en torno al 50%. Una de las primeras investigaciones fue la realizada por Siegel (1978), que examinó el fenómeno de las alucinaciones inducidas en 85 consumidores recreacionales de cocaína y detectó que el 17.5% refería haber experimentado alucinaciones de tipo visual, táctil, olfatorio, auditivo y gustativo. Asimismo, fue el primero en describir el fenómeno de las *snow light* para referirse a las alucinaciones visuales en forma de flashes de luces. El estudio de Manschreck et al. (1988), por su parte, evaluó en urgencias a 106 pacientes con consumo de cocaína. Por motivos metodológicos, consideraron la existencia de un trastorno psicótico inducido por esta sustancia en pacientes que presentaban síntomas al menos 24 horas después del último consumo de cocaína, excluyendo aquellos que exhibieron sintomatología psicótica transitoria (relacionada con el consumo a dosis altas). Los autores señalaron que el 29.2% de la muestra experimentó síntomas psicóticos y el 16%, aun no padeciendo sintomatología psicótica al ingreso, había presentado síntomas psicóticos inducidos en episodios previos. Los síntomas más comunes fueron los delirios (93%), algún síntoma schneideriano de primer orden (alucinaciones patognomónicas e ideas delirantes bizarras) (32%) y alucinaciones sensoriales (23%). Las aportaciones más importantes de este estudio pionero fueron, por un lado, resaltar la elevada prevalencia de sintomatología psicótica entre los pacientes consumidores de cocaína y, por otro, considerar como factor de riesgo haber experimentado algún trastorno psicopatológico previo. Además de ello indicaron la relevancia de los episodios psicóticos transitorios inducidos por cocaína. En otro trabajo cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia y la naturaleza de la **paranoia inducida por cocaína**, Satel, Southwick & Gawin (1991a) entrevistaron a 50 hombres dependientes de esta sustancia al entrar a un programa de rehabilitación. Los resultados mostraron que el 68% de la muestra presentaba episodios psicóticos transitorios inducidos por cocaína independientemente de la edad, raza y cantidad de sustancia consumida.

El estudio de Mitchell & Vierkant (1991), cuyo objetivo fue comparar la presencia de delirios en 100 consumidores de cocaína y 100 esquizofrénicos de tipo paranoide, encontró que la prevalencia de alucinaciones y de delirios era elevada en ambos grupos si bien, existió diferencia entre los síntomas presentados. La prevalencia de alucinaciones visuales fue del 56% en los consumidores de cocaína versus 7% en los no consumidores, el porcentaje de alucinaciones auditivas se situó en el 50% frente al 36% y los delirios de persecución fueron del 74% frente al 49%. La desconfianza

paranoide sólo se mostró en el grupo de consumidores de cocaína (30%) y los delirios bizarros en los pacientes esquizofrénicos (12%). Otra de las investigaciones que evaluó los episodios de psicosis transitorias en consumidores de cocaína fue la de Brady, Lydiard, Malcom & Ballenger (1991b) que encontraron, en una muestra de 55 personas, que el 53% presentaba experiencias psicóticas transitorias relacionadas con el consumo de sustancias. En el mismo año, Bartlett, Hallin, Chapman & Angrist (1997) entrevistaron a 57 pacientes ingresados con dependencia de cocaína, apareciendo síntomas psicóticos en el 47.5% de los casos y delirios en el 45%. De éstos, el 12.5% también tuvo alucinaciones auditivas y el 2.5%, alucinaciones visuales. Además, el 2.5% tuvo alucinaciones táctiles y visuales, si bien no experimentaron delirios. En la misma línea, Caballero (1998) estudió a una muestra de 100 pacientes consumidores de cocaína y clasificó la sintomatología psicótica inducida en leve, moderada y grave en función de la duración, frecuencia, afectación de la percepción y pensamiento y la motilidad. En su trabajo se concluyó que el 55% exhibía síntomas psicóticos inducidos (30% leve, 16% moderada y 9% grave) no asociándose la presencia de los síntomas al número de años de consumo ni a la cantidad consumida, si bien, estuvo relacionada con las vías de consumo, la presencia de rasgos de personalidad y el sexo de la muestra. Fuera de nuestras fronteras, en otro estudio realizado con 30 pacientes dependientes de cocaína abstinentes, Boutros et al. (2002) encontraron que el 34% había padecido síntomas psicóticos durante el consumo y de éstos, el 60% refirió tener bajo insight durante el consumo de la sustancia. Este mismo grupo de investigadores, años más tarde, realizaron otro estudio, esta vez con una muestra de 34 sujetos dependientes de cocaína (14 hombres y 20 mujeres) de los cuales el 70.6% afirmó haber experimentado algún síntoma psicótico durante la intoxicación de cocaína.

Recientemente, Cubells et al. (2005) crearon la Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP), una adaptación modificada de la Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen, 1984) para evaluar la presencia de sintomatología psicótica inducida en consumidores de cocaína. Con ella, los autores estudiaron una muestra de 243 sujetos consumidores de cocaína y entre sus datos informaron de que un 75% experimentó síntomas psicóticos durante la intoxicación de cocaína. En la misma línea que los anteriores estudios, Floyd, Boutros, Struve, Wolf & Olivia (2006) evaluaron a 51 pacientes abstinentes con dependencia de cocaína, de los cuales, el 71% manifestó la presencia de algún síntoma psicótico durante el consumo, frente al 29% que no experimentó ningún síntoma psicótico. En otro estudio, donde se utilizó la SSADDA para evaluar sintomatología psicótica en 420 dependientes de cocaína, Kalayasary et al. (2006) hallaron que el 65% de la muestra presentaba síntomas psicóticos relacionados con el consumo. Los sujetos que mostraron mayor severidad en los síntomas eran menores de edad, consumían la cocaína mayoritariamente por vía intrapulmonar y, sorprendentemente, consumieron menor cantidad de cocaína durante el año previo a la entrevista. Por último, el estudio de Mahoney, Kalechstein, de la Garza & Newton (2008) comparó la sintomatología

psicótica inducida en 25 dependientes de cocaína frente a 25 dependientes de metanfetamina a través de la *Psychotic Symptom Assessment Scale* (PSAS). De entre los consumidores de cocaína las prevalencias de síntomas psicóticos inducidos fueron muy altas. Así, entre los hombres, el 59% presentó delirios paranoides durante el consumo y el 48%, alucinaciones auditivas; de las mujeres, el 67% experimentó delirios paranoides y el 60%, alucinaciones auditivas.

	N	INSTRUMENTOS UTILIZADOS/CRITERIOS	PACIENTES CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS INDUCIDOS N (%)
Siegel et al., 1978	85	Valoración por parte de clínicos expertos	15 (17,6%) padeció alucinaciones táctiles, auditivas, visuales, gustativas y olfativa inducidas por cocaína
Manschreck et al., 1988	106	Valoración por parte de clínicos expertos	31 (29,2%)
Satel et al., 1991	50	CEQ* /DSM-III-R	34 (68%) episodios transitorios y 1 (2%)
Mitchell & Vierkant, 1991	100	Valoración por parte de clínicos expertos	ALUCINACIONES Táctiles: 5 (5%) Visuales: 56 (56%) Auditivas: 50 (50%) DELIRIOS Persecución: 74 (74%) Desconfianza paranoide: 30 (30%)
Brady et al., 1991	55	Valoración por parte de clínicos expertos	El 53% experimentó sintomatología psicótica inducida
Bartlett et al., 1997	57	Cuestionario clínico	El 47,5% tuvo sintomatología psicótica y el 45% delirios paranoides
Caballero, 1998	100	Valoración por parte de clínicos expertos	El 30% presentó sintomatología psicótica inducida leve, el 16% moderada y el 9% grave
Boutros et al., 2002	30	CEQ*	El 34% experimentó síntomas psicóticos durante el consumo de cocaína
Cubells et al., 2005	243	SAPS-CIP**	El 75% padeció algún síntoma psicótico inducido por cocaína
Boutros et al., 2006	34	CEQ*	El 70,6% experimentó algún síntoma psicótico durante la intoxicación de cocaína
Floyd et al., 2006	53	CEQ*	71% presentó síntomas psicóticos durante el consumo de cocaína
Kalayasari et al., 2006	420	CEQ*	El 65% cumplió criterios de paranoia relacionada con el consumo de cocaína
Mahoney et al., 2008	27	PSAS***	El 59% de los hombres presentó delirios paranoides durante el consumo, el 48% alucinaciones auditivas. El 67% de las mujeres presentó delirios paranoides y el 60%, alucinaciones auditivas.

Tabla 21: Prevalencia de sintomatología psicótica en consumidores de cocaína. *CEQ: *Cocaine Experience Questionnaire*. ** SAPS-CIP: *Scale for Assessment of Positive Symptoms for cocaine-induced psychosis*. ***PSAS: *Psychotic Symptom Assessment Scale*.

Hasta ahora hemos realizado una revisión de la prevalencia, por un lado, de los trastornos psicóticos en general y, por otro, de la sintomatología psicótica derivada del consumo de cocaína y comprobamos que las prevalencias del primer grupo son muy inferiores a las del segundo. En un intento de categorizar los síntomas psicóticos inducidos por sustancias, Poole & Brabbins (1996) propusieron la siguiente clasificación:

- a. **Intoxicación que simula una psicosis funcional:** son episodios psicóticos producto del efecto farmacológico directo de la sustancia y permanece durante el tiempo que tarda en eliminarse el tóxico.
- b. **Inducción de alucinosis:** los casos típicos serían los de la alucinosis alcohólica y los flashbacks del LSD y del cannabis
- c. **Inducción de recaídas en psicosis funcionales:** los estimulantes y el cannabis se consideran precipitantes de recaídas de una enfermedad psicótica previa
- d. **Cuadros de abstinencia:** aquí se incluirían los cuadros de delirium que aparecen en la abstinencia de algunas sustancias como el alcohol y algunos sedantes y/o hipnóticos
- e. **Auténticas psicosis inducidas por sustancias:** episodios psicóticos que comienzan en el contexto de una intoxicación por una sustancia, pero que persisten un tiempo prolongado después de la eliminación de la misma.

Enfocados en la cocaína, Satel et al. (1991b) estudiaron durante años los síntomas psicóticos inducidos específicamente por esta sustancia. Como resultado, estos autores clasifican los episodios psicóticos inducidos en dos tipos:

- **Episodios psicóticos transitorios** (*binge-limited*), definidos como la experiencia paranoica que vive el paciente durante el tiempo que dura el consumo de la cocaína. Aquí, la paranoia desaparece después del atracón o la fase de *crash* (hipersomnía que sigue a la abstinencia reciente).
- **Episodios psicóticos persistentes** (*persisting*), entendidos como la paranoia sustancial que puede durar entre días, semanas o meses después de la fase de *crash*.

Las anteriores clasificaciones diferencian entre los trastornos psicóticos inducidos por sustancias según DSM-IV, a los que denominan auténticas psicosis inducidas por sustancias o episodios psicóticos persistentes, y los **episodios psicóticos transitorios inducidos por cocaína** (EPTIC), a los que hacen referencia como intoxicación que simula una psicosis funcional o episodios psicóticos transitorios. Como muestra la tabla 20, los estudios que conocemos hasta la fecha indican prevalencias relativamente bajas de trastornos psicóticos (primarios o inducidos) entre pacientes con consumo de cocaína, en comparación con otros trastornos mentales. Si bien, entre

un 50 y un 80% de los consumidores de cocaína puede llegar a presentar EPTIC (ver tabla 21).

Con respecto al diagnóstico diferencial entre una psicosis primaria y una psicosis inducida, Post (1975) postuló que la psicosis por cocaína en su fase aguda resulta indistinguible de un episodio psicótico primario y, por ello, es difícil realizar de manera transversal un diagnóstico diferencial entre estos trastornos. A pesar de esto, numerosos estudios han mostrado diferencias entre ambos trastornos. En primer lugar, las personas con trastornos psicóticos primarios exhiben con mayor frecuencia delirios de grandiosidad y bizarros, así como trastornos del pensamiento (Mitchell & Vierkant, 1991; Rosenthal & Miner, 1997), síntomas más severos asociados a un menor insight y síntomas negativos de la esquizofrenia (Caton et al., 2005; Talamo et al., 2006). Por otro lado, y en segundo lugar, las principales características de la sintomatología psicótica inducida por cocaína son los delirios de persecución, acompañados de alucinaciones auditivas, visuales y cinestésicas. Los pacientes desarrollan una idea delirante paranoide estructurada, siendo el delirio más frecuente el sentirse vigilado o perseguido por agentes de la ley, pensar que quieren detenerle o quitarle la droga, o la sensación de que existe un complot contra él. Estos episodios están acompañados generalmente de alucinaciones auditivas congruentes con el sistema delirante (susurros de personas, pisadas o llamadas a la puerta) seguidas, en menor frecuencia, de alucinaciones visuales (sombras de personas, luces, estrellas) y somáticas (picores, picaduras de insectos, escozor) (Roncero et al., 2001; Harris & Batki, 2000). A diferencia de los trastornos psicóticos primarios, los pacientes con estos síntomas inducidos generalmente no suelen padecer alucinaciones visuales estructuradas o delirios bizarros (Manschreck et al., 1988; Satel et al., 1991a; Rosse et al., 1994a; Rossenthal & Miner, 1997). Junto a esto, es conocido que los síntomas psicóticos pueden provocar comportamientos agresivos, estereotipados o socialmente inusuales que pueden poner en peligro no sólo al propio paciente, sino también a las personas que convivan con él (Tang et al., 2009). Algunos autores describen el cuadro psicótico inducido por cocaína como un síndrome totalmente distinguible de otros trastornos mentales, incluidos otros trastornos psicóticos (Caballero, 1998; Majewska, 1996). Caballero (2005b) considera la sintomatología psicótica inducida por cocaína como una alteración de las conductas de autoprotección utilizadas por los seres vivos a lo largo de la evolución para su supervivencia. De esta manera, la aparición de síntomas, tales como delirios de persecución, pueden entenderse como una "experiencia patológica de amenaza a la supervivencia".

Por otro lado, en una revisión realizada por Curran, Byrappa & McBride (2004) sobre la psicosis relacionada con el consumo de estimulantes, cuyo objetivo fue explorar las evidencias sobre la *Teoría de la Sensibilización* en la aparición de síntomas psicóticos inducidos, se concluyó que el fenómeno de la sensibilización era una explicación limitada para la manifestación estos síntomas. Sin embargo, sus autores

apuntaron que la presencia de sintomatología psicótica positiva de la esquizofrenia estaba relacionada con una mayor gravedad de los síntomas inducidos en respuesta al consumo de una dosis de estimulantes. Además, se encontró una relación clara entre el consumo de una dosis importante de estimulantes y la aparición de episodios psicóticos inducidos breves, independientemente del estado mental previo de la persona.

En la práctica clínica, tratar de establecer un diagnóstico definitivo en pacientes de nuevo ingreso con presencia de sintomatología psicótica y consumo de cocaína se presenta complicado. Shaner et al. (1998) demostraron esta dificultad en un estudio longitudinal de 18 meses con 165 pacientes con psicosis crónica y abuso/dependencia de cocaína, aunque sólo pudieron realizar el diagnóstico definitivo en el 75% de la muestra debido a que éste se realizó con los pacientes en consumo activo y no se logró un periodo de abstinencia suficiente para realizar un diagnóstico definitivo. Por esta razón, dentro del proceso diagnóstico, es fundamental realizar una entrevista en profundidad al paciente y así, valorar la posible existencia de trastornos o episodios psicóticos anteriores al actual. De igual manera, es necesario apoyarse en toda la información adicional que se tenga a disposición, incluyendo historias clínicas anteriores, información de familiares, antecedentes de trastornos psicopatológicos o cualquier tipo de información complementaria. Del mismo modo, y tal como se muestra en la tabla 22, podemos encontrar indicadores que nos ayuden a precisar el diagnóstico durante la entrevista.

TRASTORNO PSICÓTICO PRIMARIO O INDEPENDIENTE	EPISODIO PSICÓTICO TRANSITORIO INDUCIDO POR SUSTANCIAS (EPTIC)	TRASTORNOS INDUCIDOS POR COCAÍNA
Aparición de la sintomatología psicótica durante una fase de consumo estable	Aparición de la sintomatología psicótica durante una escalada de consumo	Aparición de la sintomatología psicótica durante una escalada de consumo
Persistencia de sintomatología psicótica después de abstinencia clínicamente relevante	Aparición de la sintomatología psicótica durante una disminución importante del consumo	Aparición de la sintomatología psicótica durante una disminución importante del consumo
Síntomas psicóticos caracterizados por delirios bizarros	Síntomas psicóticos mayores de los esperados por una intoxicación por cocaína	Síntomas psicóticos mayores de los esperados por una intoxicación por cocaína
Sintomatología psicótica en ausencia de consumo de sustancias	La duración de los síntomas está relacionada con la metabolización de la sustancia	Duración de los síntomas más de 24 horas después del consumo de cocaína
Certeza de que los síntomas psicóticos son reales	Crítica del episodio después de la metabolización de la sustancia	No crítica o duda de lo ocurrido durante el episodio
Antecedentes familiares de trastorno psicótico	No necesita atención clínica específica relacionada con los síntomas psicóticos presentados debido a su corta duración en el tiempo	Atención clínica específica relacionada con los síntomas psicóticos presentados
Antecedentes de buena respuesta a tratamientos antipsicóticos en el pasado		

Tabla 22: Indicadores diagnósticos de la sintomatología psicótica en consumidores de cocaína. (Basado en Torrens & Martínez-Sanvisens, 2009).

Siguiendo la línea diagnóstica de cualquier TM concomitante con el consumo de cocaína, es necesario completar unos pasos para la realización del diagnóstico diferencial. En el proceso de evaluación, algunos autores consideran los EPTIC como una manifestación de la intoxicación aguda por consumo de cocaína (Kalayasiri et al., 2006) aunque, según criterios DSM-IV, la existencia de alteraciones del pensamiento no es un síntoma que se encuentre en el cuadro de intoxicación o abstinencia de cocaína. Así, según criterios DSM-IV, aquellos pacientes que padezcan una sintomatología mayor que los efectos esperados de por una intoxicación crónica deben ser considerados como trastornos inducidos por sustancias, siempre y cuando necesiten una atención clínica específica de estos síntomas. Sin embargo, es frecuente encontrar que los pacientes que padecen EPTIC no necesitan atención sanitaria específica para esta sintomatología, ya que desaparece una vez la sustancia se ha metabolizado. Además, estos pacientes no suelen tener el juicio de realidad alterado, al contrario que aquellos pacientes que padecen un trastorno inducido por sustancias. Por tanto, se hace necesaria la valoración y exploración de la posible existencia de EPTIC ya que, a pesar de su corta duración en el tiempo, pueden llegar a tener consecuencias nefastas para el paciente o para las personas que lo rodean (Tang et al., 2009).

En la figura 8, se muestra una propuesta de algoritmo diagnóstico para diferenciar si el síntoma psicótico que aparece en un consumidor de cocaína se debe a los efectos esperables por una intoxicación, a un **trastorno psicótico primario**, a un **EPTIC** o a un **trastorno inducido por la misma**. Como puede observarse en esta figura, tres son las piedras angulares del diagnóstico diferencial. La primera es la cronología temporal del consumo, es decir, se debe tener claro si en la época (durante o en el mes posterior al consumo) de aparición de los síntomas psicóticos el paciente está en consumo activo de cocaína. De no ser así, la persona puede padecer un posible trastorno psicótico primario, que debe ser apoyado por otros criterios como una historia de episodios similares previos, no relacionados con el consumo, o la presencia de sintomatología en momentos de abstinencia. En caso contrario, se pasaría a conocer si el paciente mantiene el juicio de realidad intacto en los momentos de presencia de los síntomas psicóticos. En caso de mantenerlo, se considera que los efectos que padece el individuo son los propios de una intoxicación por cocaína. En el lado opuesto, se encuentran aquellos individuos que pierden el juicio de realidad durante la aparición de los síntomas psicóticos. En tal situación, se debe pasar a la última pregunta del algoritmo: explorar, conocer y evaluar si la sintomatología que experimenta el sujeto es lo suficientemente severa para considerar que el paciente necesita una atención clínica independiente. Este último paso es el que conlleva mayor complejidad, ya que debe de tener en cuenta el número, la duración, la rareza y la gravedad de los síntomas. Por ello, es fundamental considerar la preocupación de los pacientes, el grado de convicción de los mismos y el efecto que provocan los síntomas en su comportamiento. En caso de que estos síntomas tengan relevancia, el paciente presenta un trastorno inducido por cocaína, mientras que en caso contrario, padece un EPTIC.

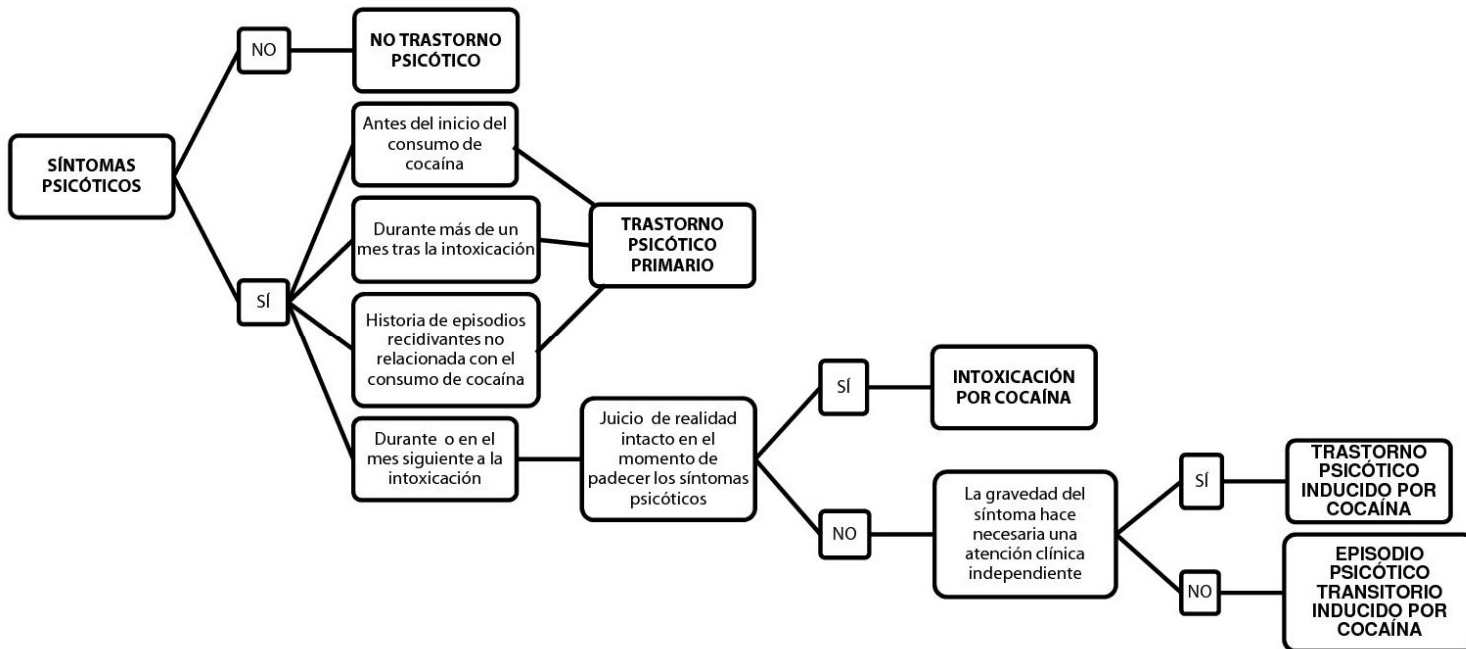


Figura 8: Algoritmo para el diagnóstico diferencial entre trastorno psicótico y consumo de cocaína (elaboración propia).

En resumen, pensamos que existen evidencias suficientes de la alta prevalencia de sintomatología psicótica en pacientes con consumo de cocaína y de las consecuencias negativas de las mismas. Por todo ello, creemos necesario realizar un buen diagnóstico diferencial para conocer si esa sintomatología cumple criterios clínicos para considerarse un EPTIC, un trastorno inducido por cocaína o un trastorno psicótico primario o independiente. Al realizar un diagnóstico diferencial, se puede llevar a cabo un tratamiento específico que mejore el pronóstico y evolución del paciente.

3.2. Hipótesis de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos

Conocer los factores de riesgo (o de vulnerabilidad) de aparición de sintomatología psicótica inducida por cocaína ha sido de interés para muchos autores en los últimos años. Post (1975), hace más de tres décadas, propuso un modelo *continuum* de la psicosis cocaínica, en el cual dio importancia a la frecuencia y dosis de cocaína consumida en combinación con los precursores genéticos y experimentales predisponentes. Otros estudios han seguido esta línea, como por ejemplo el de Brady et al. (1991b). Estos autores estudiaron una muestra de 55 pacientes consumidores de cocaína y llegaron a la conclusión de que la vía de administración, la cantidad consumida y el sexo de los pacientes, estaban relacionados con los episodios psicóticos transitorios. Congruentes con estos resultados fueron los de Honer, Gewirtz & Turey (1988), que analizaron a 80 pacientes consumidores de cocaína. Encontraron que había diferencias significativas entre la aparición de sintomatología psicótica y la vía de consumo. En su estudio, los pacientes que consumieron por vía pulmonar (base y crack) fueron los que más sintomatología psicótica inducida padecieron. Otras investigaciones muestran que el inicio temprano del consumo de cocaína y la severidad de la dependencia están relacionados con la gravedad de los síntomas paranoides (Floyd et al., 2006; Smith, Thirthalli, Abdallah, Murray & Cottler, 2009). Por otra parte, Brower, Hierholzer & Maddahian (1986) no hallaron diferencias significativas entre la vía de consumo y la aparición de trastornos psicóticos, pero sí infirieron que los pacientes con sintomatología psicótica consumieron más cantidad de cocaína en el último mes, por lo que este hallazgo apoya la idea de que estos síntomas están asociados a la frecuencia y a la cantidad de sustancia consumida.

Estos resultados son contrarios a los informados por otras investigaciones, donde las diferencias entre la vía, la cantidad y duración del consumo y los trastornos psicóticos inducidos no fueron evidentes (Bartlett et al., 1997; Kalayasari et al., 2006; Rosse, Fay-McCarthy, Collins, Alim & Deutsch, 1994b; Satel et al., 1991a). En esta línea, Kaye & Darke (2004) estudiaron a una muestra de 212 consumidores de cocaína y observaron que tres cuartas partes de los que la consumían inyectada, y la mitad de los que lo hacían no inyectada, presentaron una sintomatología caracterizada por

síntomas psicóticos, de ansiedad y de depresión. Los resultados mostraron que los consumidores de cocaína vía inyectada tuvieron un nivel de psicopatología estadísticamente mayor, pero estos datos no fueron concluyentes porque estuvieron muy relacionados con la frecuencia de consumo y con la dependencia de la misma. Junto a estas conclusiones, observaron que la cocaína no era sólo perjudicial en consumidores frecuentes sino que, en personas con un consumo menor o consumidores cuya droga principal no era la cocaína, también se presentaban alteraciones tanto psicopatológicas como físicas. Satel et al. (1991a) analizaron si padecer algún episodio psicótico transitorio era un factor de vulnerabilidad a desarrollar una psicosis primaria. Aunque no pudieron demostrar una relación causal, sí apuntaron que los pacientes que experimentan episodios psicóticos transitorios pueden tener más riesgo de desarrollar psicosis primarias en comparación con los consumidores de cocaína que no los padecen.

A la luz de estas investigaciones nos damos cuenta de que, en la literatura, aún hoy, no existe acuerdo sobre la relación de las variables anteriormente mencionadas (frecuencia, dosis y vía de administración de la cocaína) y la aparición de sintomatología psicótica inducida por cocaína. Por lo tanto, consideramos necesaria la continuación de esta línea de investigación.

En otro orden, existe una corriente explicativa sobre la relación entre la sintomatología psicótica y el consumo de cocaína que postula que, una vez que aparece un cuadro de psicosis transitoria inducida, existe una mayor probabilidad de que ésta se repita con dosis de cocaína cada vez menores (Brady et al., 1991b; Post, Weiss, Pert & Uhde, 1987). A este fenómeno se le conoce como sensibilización a los efectos psicóticos inducidos por cocaína. Aunque algunos estudios han encontrado resultados contrarios (Reid, et al., 2004), diversos autores avalan la idea de que este fenómeno puede estar relacionado con el *craving* del paciente, vinculándolo con una desregulación del sistema dopaminérgico, tanto en el uso crónico de la cocaína, como en los pacientes que padecen esquizofrenia primaria (Bartlett et al., 1997; Breakey, Goodell, Lorenz & McHugh, 1974; Horger & Roth, 1996; Robinson & Berringe, 1993; Volkow et al., 1990).

Otra corriente de estudios ha sugerido la posibilidad de que exista una predisposición genética a padecer un trastorno inducido por cocaína, que se debe a alteraciones en los genes que codifican la proteína transportadora de dopamina (Gelenter, Kranzler, Satel & Rao, 1994). Asimismo, la existencia de un posible marcador biológico, como la oscilación de la pupila en pacientes abstinentes de cocaína, permite distinguir significativamente a aquellos que padecen episodios psicóticos inducidos durante el consumo (Rosse et al., 1996). De cualquier forma, estos estudios aún no son concluyentes.

La *Hipótesis de la Automedicación* ha regido los trabajos de otros autores, que han hipotetizado que algunos pacientes con síntomas psicóticos se ven motivados al

consumo de cocaína buscando una disminución de los síntomas negativos de la esquizofrenia y la depresión (Dixon, Haas, Weiden, Sweeney & Frances, 1990; Lysaker, Bell, Beam-Goulet & Milstein, 1994; Serper et al., 1995; Tang, Kranzler, Gelenter, Farrer & Cubells, 2007). En cualquier caso, estas hipótesis no son concluyentes por lo que es aconsejable realizar nuevos estudios.

3.3. Tratamiento y pronóstico de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos

Como ocurre con otras sustancias, la presencia de comorbilidad psicopatológica en pacientes consumidores de cocaína tiene como consecuencia un peor pronóstico de la evolución del paciente (Roncero, 2001; Rousanville, Dolinsky, Babor & Meyer, 1987). Cuando una persona ingresa en urgencias en estado de intoxicación lo primero es conocer si es posible o no contener al paciente a través técnicas verbales. Si esto no fuera posible es necesaria la contención física. Inicialmente, ante la presencia de sintomatología psicótica inducida, habrá que evitar el uso de medicación, recomendándose mantener al paciente en desintoxicación entre 24-48 horas para, de esta forma, observar si la sintomatología psicótica remite (Kleber & Gawin, 1984). Hay que tener en cuenta que en muchos de los casos habrá que realizar un ingreso involuntario del paciente, en especial cuando éste presenta sintomatología activa y aguda. Se procederá a la hospitalización dependiendo de los síntomas psicóticos presentados, los patrones de consumo de sustancias y la ideación o pensamiento de suicidio (Hien, 1996). El siguiente paso en el abordaje del paciente es una evaluación que incluya una exploración física, una valoración del estado psicológico, los antecedentes médicos, psiquiátricos y tóxicos del paciente. Sólo en los casos en que clínicamente no sea posible realizar esta evaluación por el estado del paciente, se administrará medicación. Es fundamental para el tratamiento y pronóstico de la persona conocer si el episodio psicótico es inducido o primario. Sin embargo, en una fase aguda, el primer objetivo es estabilizar al paciente para después poder realizar una evaluación más exhaustiva, ya que el diagnóstico final ha de llevarse a cabo después de un proceso de evaluación longitudinal (Campos & Zapata, 1999). Resuelta la crisis aguda, hay que continuar con un seguimiento del paciente a través de tratamiento en régimen ambulatorio. En esta fase es fundamental ajustar la medicación, si fuera necesaria, promover la adherencia al tratamiento, evaluar de forma sistemática la presencia sintomatología psicopatológica, tratar los problemas derivados del consumo de sustancias y conseguir que el paciente tenga un soporte social para satisfacer sus necesidades básicas (alojamiento, comida, aseo personal, etc.). Así, la finalidad del tratamiento a largo plazo es conocer la evolución y realizar alguna intervención específica en caso de que fuera necesario. Todo esto se logra a través de un proceso terapéutico que incluye un abordaje desde el modelo biopsicosocial, donde cobran importancia las necesidades físicas, psicopatológicas y sociales del paciente. Asimismo, durante el proceso de tratamiento es importante que

haya una intervención conjunta tanto sobre el trastorno psicótico (inducido o primario) como sobre el TCS evitando, como ocurre a menudo en la práctica clínica, intervenir primero, y aisladamente, en los síntomas psicóticos (Silva de Lima et al., 2003; Amato, Minozzi, Pani & Davoli, 2008).

4. COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y CONSUMO DE COCAÍNA

4.1. Aspectos clínico-epidemiológicos de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos de ansiedad

Numerosos estudios han avalado la relación entre el consumo de cocaína y los TA. En población general, el *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) muestra que el 23,7% (OR=1) de los individuos con una historia de TA también cumple criterios de TCS, mientras que el 33.3% (OR= 11) de las personas con trastornos por consumo de cocaína ha cumplido criterios de algún TA a lo largo de su vida (Regier et al., 1990). Asimismo, el *National Comorbidity Study* (NCS) dio a conocer que las personas que padecen un TA tenían 2.5 veces más probabilidad de sufrir un TCS en comparación con la población general. Por otra parte, en el *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS), donde se entrevistó a 10.010 consumidores de sustancias, la prevalencia de TAG fue de entre un 2.2% y un 4,2%. Los autores realizaron un análisis de regresión logística y encontraron cómo, mientras la OR de los pacientes con TAG y sólo consumo de cocaína no fue significativa, sí lo era entre los pacientes que abusaban de alcohol y cocaína conjuntamente (Flynn et al., 1996; Tims, 1995).

Al igual que en los estudios con población general, los trabajos que están realizados con poblaciones de pacientes diagnosticados de algún TA, revelan que la prevalencia de TCS también es elevada (Brady, 2004). La literatura muestra que existe una relación importante entre el consumo de sustancias y el TEP causado por acontecimientos adversos ocurridos durante la infancia, tales como maltrato físico, emocional o sexual, violencia doméstica o disfunción familiar, (Dube et al., 2003; Kendler et al., 2000; Pilowsky, Keyes & Hasin, 2009; Reis, Figlie & Laranjeira, 2006). Recientemente, Douglas et al. (2010) compararon las experiencias traumáticas vividas durante la niñez en una muestra de 2061 personas con un grupo control de 449 dependientes de alcohol, cocaína y/u opiáceos. Los resultados indican que haber vivido acontecimientos traumáticos en edad infantil es un factor de riesgo para padecer un TCS, un TEA o un TA. Por ello señalan que un diagnóstico precoz de los TMs puede ayudar a reducir este riesgo en la edad adulta. Asimismo, la prevalencia de TCS en población tratada por un TOC está entre el 10 y el 27% (Diniz et al., 2004; Mancebo, Grant, Pinto, Eisen & Rasmussen, 2009; Rasmussen & Eisen, 1998; Yaryura-

Tobias et al., 2000), datos que son comparables con los de la población general. También se ha encontrado que las personas con consumo de cocaína presentan una prevalencia mayor de la esperada de TA (Rounsaville et al., 1991).

En la tabla 23, se puede observar la prevalencia de los TAs en población consumidora de cocaína de los estudios que hemos revisado. Entre éstos, se ha encontrado que la proporción de TA a lo largo de la vida es superior al 10% e incluso algunos estudios han mostrado prevalencias mayores del 35%. En general, el TA más prevalente es el TEP, si bien la proporción de fobia social entre esta población también es muy elevada. Una de las características comunes entre los estudios que tienen como objetivo evaluar la relación entre cocaína y TA, es la alta prevalencia de estos trastornos en mujeres, generalmente superior a la de los hombres (Halikas et al., 1994; Falck et al., 2004; Najavist & Lester, 2008).

ESTUDIO	N	TIPO DE MUESTRA/ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/ INSTRUMENTO	ATAQUE DE PÁNICO	TAG	TEP	TOC	FOBIA	CUALQUIER TA
Weiss et al., 1988	149	Individuos con abuso de cocaína/DSM-III/entrevista clínica	0,7	0,7	-	-	0,7	-
Rousanville et al., 1991	298	Consumidores de cocaína/RDC/SADS-L	1.7	7	-	0.3	13.4	20.8
Halikas et al., 1994	207	Consumidores de cocaína /DSM-III/DIS	6	3	27	5	34	37
Ziedonis et al., 1994	263	Consumidores de cocaína /DSM-III/SADS-L	3	7	-	0.5	14	-
Falck et al., 2004	313	Consumidores de cocaína base/DSM-IV/DIS	3,8	3,2	11,8	-	9.9	-
Levin et al., 2004	135	Consumidores de cocaína/DSM-IV/SCID	1	-	13	22	16	33
Herrero et al., 2008	139	Consumidores de cocaína /DSM-IV/PRISM	5	2,2	3	1.4	1.4	12.9
Ford et al., 2008	449	Consumidores de cocaína /DSM-IV/SSADDA	5,3	-	12,4	-	-	-

Tabla 23: Prevalencia (en porcentajes) de trastornos de ansiedad en población consumidora de cocaína.

El diagnóstico de TA en consumidores de cocaína resulta controvertido, ya que se dan síntomas que pueden ser producidos tanto por los efectos de la intoxicación o abstinencia de la sustancia, como por otros trastornos psicopatológicos. Por lo tanto, al igual que con los TMs comentados anteriormente, hay que tener presente si la sintomatología descrita es causada en dichos periodos o si, por el contrario, son efectos inducidos o independientes del consumo de la sustancia. Junto a esto, es conveniente evaluar al paciente durante periodos de abstinencia. Otra cuestión que puede complicar el diagnóstico son los propios criterios. Según el DSM-IV, si una persona padece en el mismo periodo de tiempo un TEA y un TAG, el diagnóstico principal, y en múltiples ocasiones único, es el TEA, dejando en un segundo plano la sintomatología ansiosa. En un trabajo realizado con 108 pacientes con abuso de cocaína, O'Leary et al. (2000) describieron que en ocasiones, síntomas propios de un TA podrían estar siendo considerados como síntomas de un TEA. Estos autores indican que un aumento en los índices de ansiedad puede estar relacionado con un consumo de cocaína más severo. Además, los individuos con mayores puntuaciones en ansiedad presentan consecuencias negativas más severas en las actividades de la vida diaria e índices de retención en tratamiento menores, si bien esto no ocurre con el porcentaje de recaídas. Algunos de los criterios que pueden ayudar a realizar el diagnóstico de cualquier TA primario son la presencia en la historia familiar de algún TA, la existencia de un TA previo al consumo de sustancias y la ausencia de consumo de otras sustancias que pueden provocar esta sintomatología (Brady, 2004).

Los principales TAs encontrados en pacientes consumidores de cocaína son los siguientes:

1. **Ataque de pánico:** en población general existe un 1.5% de personas que padece este trastorno a lo largo de su vida y, de éstos, un 36% padece TCS concomitante (Regier et al., 1990). En el *National Household Surveys on Drug Abuse* se concluye que una persona que consume cocaína tiene entre tres y cuatro veces más probabilidad de padecer un trastorno de pánico (O'Brien, Wu & Anthony, 2005). Además, existen otros estudios que han descrito casos en los que los ataques de pánico actúan como predisponentes al consumo de cocaína y que encuentran diferencias entre la sintomatología de los ataques de pánico inducidos y los primarios (Aronson & Craig, 1986; , Lannon & Ketter, 1989). Así, las personas que padecen ataques de pánico inducidos, generalmente van acompañados de síntomas psicosensoresiales y no así, de agorafobia. De igual manera, se caracterizan por exhibir una mayor sensibilidad al efecto de sustancias estimulantes como la cafeína, mientras que muestran falta de sensibilidad a los efectos angustiantes de la marihuana, algo característico de los trastornos primarios. Finalmente, estos sujetos no suelen tener antecedentes familiares con este trastorno, a diferencia de los trastornos de

pánico primarios, que se dan entre el 15 y 25% de los familiares de estos pacientes.

- 2. Fobia social:** en población general, la prevalencia de este trastorno oscila entre un 2,8% y un 13.3% (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990). La relación entre fobia social y cocaína ha sido estudiada en pocas ocasiones. En una de ellas, Myrick & Brady (1994) evaluaron a 158 sujetos dependientes de cocaína y encontraron que un 13,9% de los sujetos cumplió en algún momento de su vida criterios para este trastorno. Estos datos son similares a los encontrados en los estudios con población general. Además, en el grupo de pacientes con fobia social existe una mayor prevalencia de trastornos del Eje I comórbidos y, particularmente, de otros TAs. Junto a esto, el grupo de fobia social tendió a padecer mayor ideación suicida, mayor sintomatología depresiva y mayor policonsumo en el mes anterior al estudio. Los datos de este trabajo son acordes a la *Hipótesis de la Automedicación*, la cual avala que el inicio de la fobia social es previo al inicio de la dependencia de cocaína. Por otro lado, Egelko & Galanter (1998), que evaluaron la ansiedad social en 50 pacientes consumidores de cocaína ingresados en CT, indicaron que estaba presente en un 52% de los sujetos. Así, aunque son pocos los trabajos de los que se dispone sobre esta temática, sus conclusiones hasta ahora reflejan que existe un número no menospreciable de sujetos que padece fobia social y, al mismo tiempo, mantiene un consumo de cocaína. Es interesante observar que algunos autores explican esta concomitancia con el consumo de la sustancia que realizan algunas personas con fobia social, como estrategia para afrontar situaciones sociales (Lorea-Conde, 2006; Marshall, 1994).
- 3. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** el porcentaje de este trastorno a lo largo de la vida en población general está en torno al 1-2% (Regier et al., 1990) y se puede dar con altas prevalencias junto a otros TMs. Sin embargo, es poca la información que se tiene sobre la comorbilidad entre TOC y TCS. En algunos casos, se identifica que el consumo de cocaína puede inducir o incluso agravar síntomas característicos de este trastorno (Satel & McDougle, 1991c). Asimismo, en población general se encuentra que la probabilidad de desarrollo de TOC en individuos consumidores de cocaína y marihuana es 5.6 veces mayor comparado con sujetos que no consumen estas sustancias (Crum & Anthony, 1993). Finalmente, se ha definido en pacientes consumidores de cocaína cierto tipo de conductas repetitivas o estereotipadas, tales como la búsqueda reiterativa de algún elemento (generalmente la sustancia), conductas rituales y otros síntomas compulsivos, como pueden ser limpiar algún objeto o tocarse el pelo (Fasano et al., 2008; Tang et al., 2009), quedando avalada por tanto, la existencia de cierta sintomatología del TOC, a pesar de la escasez de estudios existentes.

4. Trastorno por estrés postraumático (TEP): en el estudio de población general del *National Comorbidity Survey* (NCS), la OR de TEP en sujetos con TCS es de 2-3 en hombres y 2.5-4.5 en mujeres. Con respecto a las poblaciones clínicas, se ha encontrado que alrededor del 25-50% de las personas ha presentado comorbilidad de TEP y TCS (Schäfer & Najavits, 2007). Así, entre grupos de consumidores de sustancias, el de cocaína/heroína tiene una prevalencia mayor de TEP (43%), presentando 10 veces más probabilidad de sufrir dicho trastorno que las personas que no tienen problemas por consumo de sustancias (Cottler et al., 1992). Concretamente, la prevalencia de TEP en grupos de personas consumidoras de cocaína oscila entre el 19% y el 59% (Back, Sonne, Killen Dansky & Brady, 2003). Por otra parte, los efectos de la cocaína están relacionados con síntomas del TEP, tales como alteraciones del sueño e hipervigilancia, siendo probable que, tanto el consumo como el periodo de abstinencia, puedan empeorar la sintomatología provocada por el mismo (Brady, 2004). Investigaciones que estudian la relación entre el TEP y el consumo de cocaína indican que sujetos con TEP tienen mayor probabilidad de consumir sustancias en respuesta a la situación traumática vivida. Además, el miedo a padecer síntomas relacionados con la ansiedad y la dificultad de la regulación de emociones están muy relacionados con la presencia de un TEP en esta población (McDermott et al., 2009). También se encuentra que sujetos con consumo de cocaína y TEP obtienen puntuaciones de mayor gravedad en otros trastornos psicopatológicos tanto del Eje I como del Eje II. Asimismo, en el recuerdo de situaciones traumáticas, como pueden ser un abuso sexual o sucesos traumáticos ambientales, aumenta el *craving* en los pacientes y la gravedad de la sintomatología del trastorno (Back et al., 2000; Coffey et al., 2002; Najavits et al., 1998; Waldrop, Back, Verduin & Brady, 2007; 2006). En resumen, se puede concluir que un paciente consumidor de cocaína que padece al mismo tiempo un TEP tiene un peor pronóstico, ya que la presencia de un episodio traumático está asociada a una mayor severidad de la dependencia y de la sintomatología de otros trastornos comórbidos.

4.2. Hipótesis de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos de ansiedad

Existen diversas hipótesis explicativas de la relación entre los TAs y los TCS (Ochoa, 2000), como son:

- La elevada prevalencia de ambos trastornos hace que puedan coincidir en la misma persona. Esta concomitancia provoca, por un lado, que las personas que tengan un TA desarrollen una dependencia de cocaína y, por el otro, que las personas con dependencia de cocaína sufran algún TA.

- Entre los trastornos inducidos por cocaína, la intoxicación y la abstinencia pueden provocar síntomas ansiosos que llevan a confundir al clínico con un TA.
- Los TAs como consecuencia de la dependencia de cocaína. Existen estudios que interpretan la ansiedad como un síntoma disfórico indeseable asociado al consumo (O'Brien et al., 2005).
- Acorde con la *Hipótesis de la Automedicación*, hay autores que han señalado que la ansiedad puede ser un factor predisponente al consumo de cocaína (Brady, 2004; Myrick & Brady, 1997)
- Coexistencia de factores comunes. Puede que se encuentren una serie de factores de vulnerabilidad comunes a ambos trastornos, como puede ser una disfunción neuropsicológica o la comorbilidad de un tercer trastorno, como la depresión.

Junto a lo anterior, desde un punto de vista neurobiológico, numerosos estudios están interesados en encontrar una explicación de la etiología de la concomitancia de estos trastornos. Una de las hormonas más importantes relacionada con el estrés es el *Corticotropin Releasing Factor* (CRF) que, además, está implicada en la patofisiología, tanto de los TAs y los TEA como de los TCS (Weiss et al., 2001). Por otra parte, la amígdala extensa, que contiene parte del núcleo accumbens y la amígdala, junto con los neurotransmisores GABA y el glutamato, juega un papel importante, tanto en los efectos reguladores del consumo de sustancias, como en los fenómenos de reforzamiento y ansiedad (Koob, 2000).

A nivel clínico, hay que resaltar el trabajo realizado en población consumidora de sustancias en base al concepto *anxiety sensitivity*, entendido como una respuesta específica caracterizada por el miedo a experimentar sensaciones corporales como vértigos, temblores y palpaciones. En un principio, se pensó que la relación entre *anxiety sensitivity* y el consumo/abuso de sustancias sedativas como el alcohol, obtenía un apoyo más evidente en comparación con las sustancias estimulantes. No obstante, estudios recientes han mostrado la relación entre el abandono del tratamiento y el *anxiety sensitivity* en consumidores de cocaína (Lejuez et al., 2008).

4.3. Tratamiento y pronóstico de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos de ansiedad

Los TAs comórbidos al TCS tienen una respuesta muy positiva a los tratamientos no farmacológicos, por ejemplo, la intervención enfocada en la terapia cognitiva individual con técnicas como la desensibilización sistemática, la exposición gradual o el entrenamiento en habilidades sociales ha demostrado ser eficaz (Heimberg et al., 1990; Heimberg, Zahm, Churchill, Kalivas & Wohltmann, 1993; Myrick & Brady, 1997). Además, la relajación puede ser una técnica de apoyo que ayude en algunos casos

concretos (Barlow & Lehman, 1996; Hiss et al., 1994). Para pacientes con TEP y dependencia de cocaína existe incluso una terapia específica que ha mostrado buenos resultados. En definitiva, en personas con problemas derivados del consumo de sustancias, es particularmente importante utilizar este tipo de intervenciones cuya eficacia ha sido demostrada aún cuando en algunos casos, como en personas con fobia social, se encuentran ciertas limitaciones, como son un peor rendimiento en terapias grupales (Back, Dansky, Carroll, Foa & Brady, 2001; Brady, Dansky, Back, Foa & Carroll, 2001).

En cuanto a los tratamientos médicos, algunos han mostrado su eficacia para manejar los ataques de pánico, incluidos los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de monaminas o benzodiazepinas, y su eficacia clínica ha sido probada en población dependiente de sustancias (Lydiard, Brawman-Mintzer & Ballenger, 1997). Por otro lado, el tratamiento con benzodiazepinas es eficaz en determinados trastornos de ansiedad, si bien su utilización en población drogodependiente es controvertida y se recomienda que no se utilice en estos casos (Posternak & Mueller, 2001). Por otro lado, hasta lo que conocemos, para trastornos tales como el TOC no existen tratamientos controlados en pacientes con consumo de cocaína.

En definitiva, combinar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con TCS y TAs es la mejor opción para manejar al paciente y llegar al éxito terapéutico (Brady, 2004).

5. COMORBILIDAD DE OTROS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y CONSUMO DE COCAÍNA

5.1. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y consumo de cocaína

La mayoría de los estudios epidemiológicos TDAH realizados en población infantil muestran una prevalencia entre el 4% y el 12% entre los niños en edad escolar. Estos datos reflejan que es uno de los trastornos con mayor prevalencia en esta población (*American Academy of Pediatrics*, 2000; Goldaman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998; Kessler et al., 2006; Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Se estima que entre un 50% y un 70% de los síntomas de TDAH persisten en la edad adulta y que entre el 11% y el 31% de los niños con TDAH cumple criterios completos de este trastorno en su etapa adulta (Barklet, Fischer, Smallish & Fletcher, 2002; Weiss et al., 1999). Recientemente, Simon, Czobor, Bálint, Mészáros & Bitter (2009) en un metanálisis han indicado una prevalencia de TDAH en población general adulta del 2.5%. Del mismo modo, hallaron una prevalencia de persistencia de los síntomas de

TDAH en adultos de entre el 4% y el 66%. Esta variabilidad puede ser explicada por las diferentes metodologías de los estudios revisados. Por otra parte, y a pesar de la elevada prevalencia que muestra la literatura científica, existen muchos casos sin diagnosticar, ni tratar (Castaneda, Levy, Hardy & Trujillo, 2000; Wender, 1998). Esta falta de intervención clínica podría ser un factor de riesgo para que los pacientes con TDAH evolucionen con un TCS (Biederman et al., 1995; Weiss & Weiss, 2004; Wilens, 2004, Wilson & Levin, 2001).

Hasta donde se conoce, la literatura prácticamente carece de estudios que evalúen la prevalencia del TDAH en población psiquiátrica. Kennemer & Goldstein (2005) realizaron un estudio con pacientes psiquiátricos graves ingresados y encontraron una prevalencia del 2% de TDAH. No obstante, es necesario advertir que este estudio basa su diagnóstico en datos de informes e historias clínicas y no en un instrumento diagnóstico validado. Existen otros trabajos que reflejan una alta prevalencia de TDAH con otros TMs. Por ejemplo, Kessler et al. (2006) encontraron que la prevalencia de TDM, de ansiedad y bipolar era significativamente mayor en personas con TDAH, que en muestras de sujetos sin TDAH. En otro estudio llevado a cabo con una muestra de 447 adultos (335 pacientes diagnosticados de TDAH) Cumyn, French & Hechtman (2009) detectaron que el grupo de personas con TDAH obtuvo unas prevalencias mayores de trastornos, tanto del Eje I (46,9%) como del Eje II (50,7%), comparados con el grupo sin TDAH (27,31% y 38,2% respectivamente). Asimismo, sus datos reflejaron que las personas con un TDAH de tipo combinado tendieron a presentar más TEAs, TAs y TCS. Dada esta comorbilidad, a la hora de diagnosticar TDAH y/o cualquier otro diagnóstico a un paciente adulto, se debe hacer énfasis en los síntomas exclusivos de cada diagnóstico, para así dar mayor importancia al trastorno más grave en el momento de tratarlos (Levin, 2007).

Por otra parte, los trabajos que evalúan a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas muestran que existe una asociación significativa entre los TCS y el TDAH (Lynskey & Fergusson, 1995; Milberg, Biederman, Faraone, Wilens & Chu, 1997), llegando a actuar este último como un factor de riesgo para desarrollar el primero (Biederman et al., 1995; Molina & Pelham, 2003). Las personas con problemas derivados del consumo de sustancias tienen una probabilidad tres veces mayor que la población general de padecer TDAH, oscilando su prevalencia entre un 20% y un 30% (Clure et al., 1999; King, Brooner, Kidrof, Stoller & Mirsky, 1999; Rousaville et al., 1991; Schubiner, 2005). De igual manera, la prevalencia de TCS en poblaciones adultas con TDAH es considerablemente mayor que en población general (Biederman et al., 1995; Kalbag & Levin, 2005; Kessler et al., 2005a).

Como se puede observar en la tabla 24 las prevalencias de TDAH en consumidores de cocaína oscilan entre un 4.7% y un 22.2%. El estudio que encuentra una menor prevalencia es el de Weiss y cols. (1988) en una muestra de 149 pacientes con abuso de cocaína y 293 pacientes consumidores de opiáceos y otras drogas depresivas, internados en un hospital psiquiátrico. Estos pacientes fueron diagnosticados de manera

independiente por dos psiquiatras siguiendo criterios del DSM-III. Los resultados indicaron que, en el grupo de consumidores de cocaína, el 4.7% padecía al mismo tiempo un TDAH de tipo residual y, del grupo de consumidores de otras sustancias, tan sólo cumplió estos criterios el 0.7%. Carroll & Rounsaville (1993), por su parte, compararon a 298 consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio o interno en un hospital psiquiátrico con 101 consumidores de cocaína que no seguían ningún tipo de tratamiento. Aunque los autores no evaluaron la posible existencia de TDAH en edad adulta, encontraron criterios diagnósticos del mismo en la infancia en el 34.6% de la muestra. Este porcentaje fue significativamente mayor que el 23.8% encontrado entre los consumidores de cocaína sin tratar, por lo que estos datos sugirieron que padecer un TDAH en la infancia podría estar relacionado con la demanda de tratamiento por un trastorno por consumo de cocaína en la edad adulta. De otro lado, el grupo de Levin et al. (1998) evaluó a 281 personas consumidoras de cocaína y detectó que el 10% de los sujetos cumplía criterios de TDAH en la edad adulta y el 5%, criterios subumbrales. Como continuación de este estudio, Levin y cols. (2004b) con otra muestra de 135 consumidores de cocaína admitidos en CT, y con los mismos instrumentos, encontraron una prevalencia de TDAH del 17%, resultados similares a los informados por otros estudios posteriores con muestras análogas (Clure et al., 1999; Falck et al., 2004; Ros et al., 2004; Tang et al., 2007). Más recientemente, el estudio de Falck, Wang & Carlson (2008) comparó, en una muestra de 172 consumidores de cocaína, a aquellos que cumplieron criterios de dependencia de la misma (n=108) con aquellos que no los cumplieron (n=64). Así, de los primeros, el 22.2% fue diagnosticado de TDAH, frente al 4.7% de los segundos. Por último, Pérez de los Cobos et al. (2010) en un estudio en 12 centros de tratamiento de adicciones en Madrid y Barcelona, utilizaron la versión española de la *Wender-Utah Rating Scale* (WURS) para valorar la prevalencia de probables casos de TDAH en pacientes con trastorno por consumo de cocaína. Estos autores hallaron una prevalencia de probables casos psiquiátricos del 20.5%. Las diferencias entre los resultados podemos achacarlas a la diversidad de las muestras, así como a la variedad de los instrumentos y criterios diagnósticos utilizados.

En resumen, haciendo alusión a los trabajos recogidos en la tabla 24, cabe decir que la mayoría de los estudios realizados concluyen que, haber padecido TDAH en edad infantil o adulta está relacionado con un comienzo precoz del consumo de cocaína, con conductas antisociales, con el desarrollo de un mayor grado de severidad de la dependencia y, finalmente, con la concomitancia de otros TMs.

ESTUDIO	MUESTRA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Weiss et al., 1988	149 sujetos con abuso de cocaína hospitalizados	DSM-III/entrevista clínica realizada de manera independiente por psiquiatras expertos	El 4,7% de los sujetos cumplió criterios de TDAH
Carroll & Rounsaville, 1993	298 pacientes con abuso de cocaína en tratamiento	DSM-III/entrevista clínica realizada por expertos siguiendo los criterios del DSM-III	El 34,6% de los pacientes cumplió criterios de TDAH en la infancia
Levin et al., 1998	281 sujetos con abuso de cocaína en tratamiento	DSM-IV/ KID-SCID modificado para adultos	El 12%, presentó TDAH en la infancia y el 10% TDAH en la edad adulta (el 79% de los pacientes con TDAH en la infancia)
Clure et al., 1999	136 pacientes dependientes de alcohol y cocaína	DSM-IV/CHAMPS	El 32% obtuvo criterios de TDAH sólo en la infancia y el 15%, en la actualidad.
Levin et al., 2004	135 sujetos en tratamiento con criterios de trastorno por uso de cocaína	DSM-IV/KID-SCID modificado para adultos	El 17% de los pacientes cumplió criterios de TDAH
Ros Solery et al., 2004	67 pacientes con criterios de trastorno por uso de cocaína y/o anfetaminas	DSM-IV/ cuestionario de elaboración propia siguiendo criterios diagnósticos del DSM-IV para TDAH	El 21% de los sujetos cumplió criterios de TDAH en la infancia y un 12% de TDAH residual
Falck et al., 2004	313 consumidores de cocaína crack	DSM-IV/ DIS	El 9,9% de los pacientes cumplió criterios de TDAH
Tang et al., 2007	243 sujetos dependientes de cocaína	DSM-IV/SSADDA	El 10,1% cumplió criterios de TDAH de adultos
Herreros et al., 2008	139 jóvenes adultos consumidores de cocaína	DSM-IV/PRISM	El 2,9% de los pacientes cumplió criterios de TDAH de adultos
Arias et al., 2008	1761 sujetos con criterios diagnósticos de dependencia a cocaína y/o opiáceos a lo largo de la vida	DSM-IV/SSADDA	El 5,22% de los sujetos cumplió criterios de TDAH en la infancia. De ellos, en el 79,5% persistió la sintomatología pasados los 18 años.
Falck et al., 2008	172 consumidores de cocaína (crack)	DSM-IV/ DIS	El 22,2% de los sujetos dependientes de cocaína cumplió criterios de TDAH
Pérez de los Cobos et al., 2010	125 consumidores de cocaína	DSM-IV/ WURS	El 20,5% de los pacientes presentó probable TDAH

Tabla 24: Estudios de prevalencia de TDAH en consumidores de cocaína. WURS = *Wender Utah Rating Scale, Structured Clinical Interview for Diagnosis* (SCID); CHAMPS: *Schedule for the Assessment of Conduct, Hyperactivity, Anxiety, Mood and Psychoactive Substances*; RDS: *Research Diagnostic Criteria* (RDC); DSM-IV ADHD = cumplen criterios diagnósticos del DSM -IV, CAARS = *Escala de Conners de Adultos para TDAH*; SSADDA: *Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholis*.

Conocida la prevalencia, cabe describir las peculiaridades diagnósticas de este trastorno. En la actualidad, tanto en niños y adolescentes como en adultos, el diagnóstico de TDAH se basa en la identificación de síntomas y signos clínicos. No existe ninguna prueba biológica o psicológica específica, sino que hay que basarse en el resultado de la evaluación de varios componentes que incluyan una anamnesis completa, un examen médico y la administración de instrumentos a padres, profesores y probables pacientes. Asimismo, los criterios para TDAH han ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas (Kalbag & Levin, 2005). El DSM-III describió a los sujetos con TDAH como personas con alteraciones de la atención, con o sin hiperactividad, que debían manifestar entre tres y cinco criterios de inatención, entre tres y seis síntomas de impulsividad y de dos a cinco síntomas de hiperactividad. Con la revisión del DSM-III-R, los criterios de inatención, hiperactividad e impulsividad se combinaron, de modo que para cumplir criterios de TDAH era necesario que la persona exhibiera, al menos, ocho de los catorce síntomas descritos. En esta clasificación, en lugar de especificarse los criterios necesarios para padecer TDAH en adultos, se describió el TDAH indiferenciado, el cual podía ser aplicado a personas en edad adulta (Ramos-Quiroga, Bosch, Escuder, Castells & Casas, 2005). En la actualidad, el diagnóstico de TDAH se rige por los criterios diagnósticos internacionales más importantes, el DSM-IV-R y la CIE-10:

- a. Según el DSM-IV-R, la sintomatología del TDAH puede persistir en la vida adulta. Dada la heterogeneidad de los síntomas, en esta clasificación se distinguen tres subtipos distintos: 1. TDAH tipo hiperactivo/impulsivo; 2. TDAH tipo inatento, 3. TDAH tipo combinado. Los síntomas se dividen en dos grupos: síntomas de desatención y síntomas de hiperactividad-impulsividad, debiendo estar presentes seis de los nueve de cada grupo para diagnosticar el tipo combinado. De no ser así, el diagnóstico podrá ser subtipo inatento o hiperactivo. Además, los síntomas deben estar presentes antes de los 6 años, producir deterioro en dos o más situaciones y ser diferenciados de otros trastornos mentales.
- b. Según la CIE-10, el TDAH está dentro de los *trastornos hipercinéticos*, divididos en cuatro categorías: trastornos de la actividad y de la atención, trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y trastorno hipercinético sin especificación. Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. En esta clasificación, todos los síntomas nucleares de la enfermedad deben estar presentes para el diagnóstico, por lo que este sistema de clasificación es más restrictivo que el DSM-IV-R. En la edad adulta, los fundamentos para este trastorno son los mismos, con la diferencia de que el déficit de atención y la hiperactividad se deben valorar en relación con la evolución de cada caso. Según esta clasificación, cuando la hipercinesia se presenta únicamente en la infancia, y en la edad adulta esta entidad se

sustituye por otra (como puede ser el caso de un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias), la persona debe ser diagnosticada del trastorno actual y no así, del TDAH.

Con respecto al proceso diagnóstico del TDAH en adultos, y de acuerdo con Murphy & Gordon (1998), es necesario evaluar:

- a. si existen evidencias de la relación entre las sintomatología de TDAH en la infancia y el posterior deterioro significativo y crónico en diferentes ámbitos de la vida del sujeto;
- b. la relación entre los síntomas de TDAH actuales y el deterioro anteriormente descrito;
- c. si existe otra patología concomitante que justifique los síntomas de TDAH y
- d. qué síntomas son los propios del TDAH y cuáles propios de otro trastorno comórbido.

Siguiendo a Adler & Cohen (2004), para el diagnóstico de TDAH en adultos, se deben llevar a cabo las siguientes pautas:

- a. Aplicar una breve escala de cribado en determinados pacientes, sobre todo en los siguientes grupos:
 1. los que tengan antecedentes de TDAH en la infancia;
 2. los que tengan familiares de primer grado con TDAH;
 3. aquellos que sufran TMs que frecuentemente se asocian al TDAH, sobre todo los que conllevan un aumento de la impulsividad (TCS, bulimia nerviosa, trastornos de la personalidad del *cluster B*, etc.)
- b. Realizar una entrevista clínica para identificar si los síntomas y signos que sufre el paciente cumplen los criterios exigidos para el diagnóstico.
- c. Verificar la existencia de síntomas desde la infancia.
- d. Valorar la existencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.
- e. Utilizar alguna escala que valore la gravedad del síndrome y que nos permita también comprobar el grado de respuesta al tratamiento.

A pesar de la claridad de las pautas para el diagnóstico expuestas por los anteriores autores, a día de hoy todavía existen controversias en torno a los criterios diagnósticos del TDAH en adultos. Por ejemplo, uno de los criterios a debate es la necesidad de que los síntomas relacionados con este trastorno estén presentes desde la infancia, ya que esto exige realizar un diagnóstico retrospectivo y muchos de los pacientes adultos tienen dificultad para recordar con exactitud la edad en la que comenzaron esos síntomas (Adler & Chua, 2002). Por ello, hay autores que se han

interesado en estudiar la edad de inicio de los síntomas y sugieren que el límite de edad considerado como criterio diagnóstico para el TDAH en la infancia es demasiado estricto (Applegate et al., 1997; Faraone et al., 2006; Kubose, 2000). Otro de los inconvenientes del diagnóstico del TDAH en edad adulta es la evolución de la clínica desde la infancia a la adultez. Existen síntomas durante la infancia que evolucionan y se manifiestan de manera distinta en la edad adulta. En esta línea, el TDAH de tipo hiperactivo es menos común en la edad adulta (Levin, 2007), por lo que las preguntas que se debe realizar al adulto deben ser modificadas y adaptadas a las situaciones actuales del paciente. Asimismo, la impulsividad persistente en los adultos es muy diferente a la que puede mostrar un niño y es probable que conlleve consecuencias más perjudiciales para la salud y las relaciones sociales. Por ejemplo, si en la niñez la impulsividad está caracterizada por *contestar antes de terminar la pregunta o interrumpir en una conversación*, en el adulto puede acarrear consecuencias tales como el despido, el final de una relación, un mayor número de arrestos o multas de circulación, etc. (Faraone et al., 2006; Mannuzza, Klein, Klein, Bessler & ShROUT, 2002). Con todo, a día de hoy coexisten, tanto autores que defienden la validez diagnóstica de este trastorno (Barkley, Murphy & Fischer, 2008; Biederman, Faraone, Knee & Munir, 1990; Faraone, Biederman, Feighner & Monuteaux, 2000; Murphy & Schachar, 2000), como autores que la cuestionan (Mannuzza et al., 2002; Shaffer, 1994).

Afortunadamente contamos con instrumentos diagnósticos que valoran la posible existencia de TDAH tanto en la infancia como en la edad adulta (ver tabla 25). Por un lado, existen entrevistas de despistaje breve que pueden utilizarse para identificar posibles pacientes con TDAH, entre las que se encuentran la *Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-v1.1)*, la *ADHD Rating Scale-IV*, la *ADHD Symptom Rating Scale*, la escala para TDAH em adultos de Barkley y la *Adult Self-Report Scale Checklist (ASRS)*. Por otro lado, se dispone de una entrevista clínica que identifica los síntomas y signos que experimenta el paciente y los criterios exigidos para el diagnóstico, la *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*.

INTRUMENTOS VALIDADOS EN ESPAÑOL QUE EVALÚAN TDAH EN ADULTOS

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) (Conners et al., 1999)

Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (Conners et al., 1999)

Escala para TDAH adultos de Barkley (Barkley et al., 1998)

ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et al., 1998)

Adult Self-Report Scale Checklist (ASRS) (Kessler et al., 2005a)

Wender Utah Rating Scale (WURS) (Rodríguez-Jiménez, 2001)

Tabla 25: Instrumentos validados en español que evalúan TDAH en adultos.

Como se ha comentado con anterioridad, el diagnóstico se complica cuando nos encontramos ante pacientes con un TCS comórbido. En primer lugar, el consumo de

sustancias psicoactivas puede ocasionar un déficit cognitivo significativo, lo que puede afectar al recuerdo tanto de los síntomas actuales como de la infancia. En segundo lugar, determinados síntomas de la intoxicación o de la abstinencia pueden mimetizar síntomas del TDAH (Levin et al., 2007). En tercer y último lugar, cuando existe comorbilidad entre un TDAH y un TCS, la severidad de este último se incrementa. Además, las personas con TDAH y TCS abandonan con más frecuencia los programas de tratamiento, tienen menores índices de remisión del consumo de sustancias, consumen durante un periodo más prolongado, comienzan el consumo a edades más tempranas y tienen una evolución más severa del TCS (Latimer, Ernst, Hennessey, Stinchfiel & Winters, 2004; Levin et al., 2002; Levin et al., 2004b; Riggs, Hall, Mikulich-Gilbertson, Lohman & Kayser, 2004; Schubiner et al., 2000; Sullivan & Levin, 2001; Wilens, 2004a; 2004b; 2007a; Wilens & Upadhyaya, 2007b). Por estos motivos, realizar un diagnóstico de TDAH en pacientes con TCS es necesario para adecuar la intervención mejorando así el pronóstico del paciente. .

En las últimas décadas se ha especulado sobre el por qué de la relación entre TDAH y consumo de cocaína. Algunos autores abogan por la idea de que tanto el consumo de cocaína como el TDAH comparten factores de riesgo genéticos comunes, al mismo tiempo que tienen bases etiológicas similares relacionadas con factores de la personalidad y ambientales. Además, la *Hipótesis de la Automedicación* del TDAH especula que el paciente decide tomar cocaína para aliviar los síntomas que le provoca padecer TDAH (Johan, Bobbe, Putzhammer & Wodarz, 2003; Kalbag & Levin, 2005; Lasky-Su et al., 2006).

Al margen de esto, cumplir criterios de TDAH conlleva efectos negativos para la funcionalidad del sujeto, tanto en el ámbito ocupacional como social (Mannuzza, Klein & Moulton, 2003), y éstos aumentan si son concomitantes con un TCS. Ello se une a que algunas personas que padecen TCS y TDAH nunca han sido diagnosticadas ni tratadas (Arias et al., 2008), lo que provoca que algunos de estos pacientes puedan ser etiquetados, dentro del ámbito terapéutico, como *molestos* o *resistentes al tratamiento*". Esto puede incrementar el escepticismo de los profesionales y, como consecuencia, aumentar el número de pacientes con TDAH y TCS que no finalicen el tratamiento.

Con respecto a la intervención, los pacientes que padecen comorbilidad entre el consumo de cocaína y TDAH deben seguir un tratamiento farmacológico que reduzca síntomas tales como distraibilidad o impulsividad, complementado con una intervención no farmacológica de tipo cognitivo-conductual (Kalbag & Levin, 2005). Los fármacos empleados en adultos con TDAH son los mismos que los utilizados en niños y adolescentes (Wilens, Faraone, Biederman & Gunawardene, 2003). En la actualidad, se dispone de dos fármacos diferentes: los estimulantes y los no estimulantes. Dentro de los primeros, los efectos del metilfenidato son los más estudiados, sobre todo en niños con TDAH (Mulas, Mattos, Hernández-Muela &

Gandía, 2005). Entre los segundos, la atomoxetina es el primer fármaco que ha demostrado de forma conveniente su eficacia en el TDAH, tanto en niños como en adultos (Ramos-Quiroga et al., 2006). Junto a este tratamiento, es necesaria la intervención psicológica para manejar conductas disruptivas o cogniciones. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual, que trabaja el manejo del tiempo, solución de problemas y control de impulsos, entre otras cosas, es la intervención más eficaz en TDAH, ya que ayuda a mejorar los síntomas depresivos y ansiosos y fomenta la adherencia al tratamiento (Ramos-Quiroga et al., 2006; Safren et al., 2005). Por su parte, la terapia psicoeducativa informa al paciente de las características del TDAH y le permite detectar sus dificultades en la vida diaria y marcarse unos objetivos terapéuticos propios (Murphy, 2005).

5.2. Comorbilidad de los trastornos de la personalidad y consumo de cocaína

La clasificación realizada por la APA en su manual DSM-IV-R define los trastornos de personalidad como un patrón de experiencia interna y de comportamiento, con estabilidad a lo largo del tiempo e inflexible, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Con inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, comporta malestar o perjuicios que no son debidos a otro TM o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica. La APA, a su vez, divide estos trastornos en once tipos, reunidos en tres grupos o *clusters*:

- a. *Cluster A* (raro-excéntrico): caracterizado por conductas excéntricas o peculiares que incluyen el trastorno de la personalidad paranoide, esquizotípico y esquizoide.
- b. *Cluster B* (dramático-emocional): caracterizado por síntomas dramáticos, emocionales y erráticos, donde se encuentran el trastorno de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- c. *Cluster C* (ansioso-temeroso): caracterizado por la ansiedad y el miedo, dentro de los cuales están los trastornos de la personalidad por evitación, de dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificado.

El DSM-IV-R integra estos trastornos en un eje diferente de los otros TMs (Eje II). Por su parte, la clasificación CIE-10 los integra con el resto. Sin embargo, este manual describe diez tipos de trastornos de la personalidad sin agruparlos en categorías diferentes: paranoide, esquizoide, esquizotípico, disocial, inestabilidad emocional, histriónico, ansioso, dependiente, anancásticos, otros trastornos específicos de la personalidad y trastorno de la personalidad sin especificación.

Las prevalencias de los trastornos de personalidad son elevadas, tanto en muestras no clínicas (entre el 10% y el 14.8%) (Compton, Conway, Stinson, Colliver &

Grant, 2005; Grant et al., 2004), como entre pacientes con TCS (entre el 45.2% y el 80%) (Craig, 2000; Verhuel, 2001). Por su parte, la prevalencia de trastornos de la personalidad en población con TCS es aproximadamente cuatro veces mayor que en población general (Grant, Stinson, Dawson, Chou & Ruan, 2005; Kokkevi, 1998; Verhuel et al., 2001), mientras que en personas con TCS en tratamiento, esta prevalencia oscila entre el 34.8% y el 73%.

Autores como Cloringer (1993), Eysenck (1947), o Millon (1969) han promovido el estudio de la personalidad. Este último diseñó el Inventario Multiaxial de Millon (MCMI) partiendo del *Modelo Biopsicosocial*, que considera la personalidad como un proceso de desarrollo en el que tienen cabida variables biológicas y ambientales. Además su utilidad para evaluar los trastornos de la personalidad en pacientes con TCS ha sido avalada por numerosos trabajos (Calsyn & Saxon, 1990; Campbell & Stark, 1990; Donat, Walters & Hume, 1992; López et al., 2007, Lorea, Fernández-Moltavo, López-Goñi & Landa, 2009). El MCMI evalúa la existencia de determinados patrones de personalidad y la probabilidad de que dichos patrones puedan constituir un trastorno de la personalidad, por ello, para diagnosticar un trastorno de este tipo será preciso aplicar una entrevista clínica que siga los criterios del DSM-IV-R o CIE-10 (López et al., 2007). Craig & Weinberg (1992) realizaron una revisión de los estudios que han utilizado el MCMI para evaluar a sujetos con consumo de sustancias y consideraron que las tasas de prevalencia de trastornos de la personalidad que se obtienen con este instrumento son similares a las obtenidas mediante entrevistas clínicas estructuradas.

Como se observa en la tabla 26, centrándonos en la población consumidora de cocaína, la prevalencia de trastornos de la personalidad es muy elevada. Así sorprenden, por ejemplo, los datos informados por Calsyn & Saxon (1990) que encontraron una tasa de hasta el 97% de pacientes consumidores de cocaína que tenían presente, al menos, un trastorno de la personalidad o patrones que podían indicar un trastorno de la personalidad. En general, la prevalencia de trastornos de la personalidad en los pacientes consumidores de cocaína que acuden a tratamiento ambulatorio oscila entre un 36,7% y un 91% (Barber et al., 1996; Craig, 2000; Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi & Landa, 2003; Kranzler, Satel & Apter, 1994b; López & Becoña 2006; Lorea et al., 2009; Pedrero et al., 2003; Sanz & Larrazábal 2002; Sonne & Brady 1998).

AUTORES	N	INSTRUMENTO	AL MENOS UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O PATRONES QUE LO INDIQUEN
Calsyn & Saxon (1990)	37	MCMI	97%
Weiss et al. (1993)	50	SCID-II	74%
Kranzler et al. (1994b)	50	SCID-II	70%
Barber et al. (1996)	289	SCID-II	47,1%
Sonne & Brady (1998)	47	SCID-II	68,1%
Craig (2000)	283	MCMI-III	91%
Sanz & Larrazábal (2002)	65	IPDE	64,3%
Fernández-Montalvo et al. (2003)	35	MCMI-II	45,7%
Pedrero et al. (2003)	32	MCMI-II	65,6%
López & Becoña (2007)	102	MCMI-II	66.6%
Lorea et al. (2009)	60	MCMI-II	36,7%

Tabla 26 Prevalencia de patrones de personalidad o trastornos de personalidad en población dependiente de cocaína. MCMI: Inventario Clínico Multiaxial Millon; IPDE: *International Personality Disorder Examination*.

Al igual que para los anteriores TMs, la evaluación de trastornos de personalidad en personas consumidoras de cocaína debe realizarse con al menos dos o tres semanas de abstinencia, ya que esta sintomatología puede ser producida por determinados efectos de las distintas sustancias (Sonne & Brandy, 1998). Los trastornos de personalidad más prevalentes entre consumidores de sustancias en general, y consumidores de cocaína en particular, son el TAP y el TLP (Fernández-Montalvo & Lorea, 2007; Hendriks, 1990; Kokkevi et al., 1998; Nace, Davis & Gaspari, 1991; Verheul, 1997). Además de ello, las OR de comorbilidad entre TCS y TLP-TAP son elevadas (Forrest, 1991; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr, 2000). Por ejemplo, Verheul, Van den Brink & Hartgers (1995) en una revisión encontraron que la prevalencia de sujetos con TAP se estima entre 1% y el 62% y la de sujetos con TLP, entre el 2 y el 66%. Además, el 18% de los consumidores de cocaína cumplió criterios de TAP y el 24%, de TLP.

Las consecuencias de padecer este tipo de concomitancia son muy relevantes, ya que implica problemas de mayor gravedad a nivel psicosocial y médico (incluidos problemas legales, depresión, etc.) que repercuten en el seguimiento de su tratamiento, una historia de consumo más severa, mayor probabilidad de presentar más de un trastorno de personalidad (Barber et al., 1996; Dimeff, Comtois & Linehan, 2003; Herrero et al., 2008; Rutherford, Cacciola & Alterman, 1994), etc. Además son pacientes que se resisten mucho al cambio debido a sus características de personalidad, por lo que requieren un tratamiento más largo y complicado y tienen un

mal pronóstico (Gerstley et al., 1989; Grella, Joshi & Hser, 2003; Strand & Benjamin, 1997). Muchos son los terapeutas que mantienen una actitud nihilista ante los pacientes con trastornos de personalidad y más frecuentemente con pacientes con TAP (Peninck et al., 1996). Sin embargo, hay una corriente de autores que evidencian que esta actitud no es la adecuada para tratar a pacientes con patología dual del Eje II (DeJong, Van de Brink & Jansen, 1993; Woody, McLellan & Bedrick, 1995).

A pesar de los avances en la investigación, todavía no está clara la etiología de las relaciones entre los TCS y los trastornos de personalidad. Verheul (2001) planteó que la relación etiológica de estos trastornos se considera mejor explicada con modelos de estrés-diátesis bioconductual. Según estos modelos el inicio y la evolución de la dependencia es fruto de una interacción recíproca entre la vulnerabilidad biológica, la psicológica, los recursos propios de la persona y las circunstancias psicosociales que viva. Los mismos autores avalaron una hipótesis al respecto, donde la vía de la desinhibición conductual, la de la reducción del estrés y la de la sensibilidad a la recompensa, que son rasgos propios de la personalidad, predecirían la aparición de un TCS (Verheul & Van den Brink, 2000).

Con respecto a la intervención psicológica, para estas personas se han propuesto muchos tratamientos, aunque son escasos los estudios que avalan su eficacia clínica. En la actualidad parece no existir ninguna terapia psicológica eficaz, ni para los trastornos de la personalidad en general, ni para un trastorno en concreto. Es una excepción el TLP, donde la terapia dialéctica cognitivo-conductual y la conductual clásica son avaladas como tratamientos psicológicos probablemente eficaces (Quiroga & Errasti, 2001).

5.3. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y consumo de cocaína

Cuando se habla de trastorno de la conducta alimentaria se hace alusión a dos trastornos: anorexia y bulimia nerviosa. Según los criterios DSM-IV-R, la anorexia se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por su parte, la característica fundamental de la bulimia nerviosa es la presencia de atracones recurrentes de comida y conductas compensatorias inapropiadas. Tanto en la anorexia como en la bulimia, se distinguen dos subtipos diferentes: el restrictivo y el compulsivo/purgativo (APA, 2002). Estos trastornos generalmente afectan más a las mujeres y sus consecuencias pueden llegar a ser irreversibles.

Los estudios orientados a conocer la relación entre la adicción a sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) empezaron hace varias décadas, aunque bien es cierto no son numerosos y, menos aún, en hombres (Carlat, Camargo & Herzog, 1997). Crisp (1968) apuntó que los pacientes anoréxicos y bulímicos

presentaban alcoholismo; Beary, Lacey & Merry (1986) refirieron que el 50% de sus pacientes bulímicos presentaba problemas de adicción; Holderness, Brooks-Gunn & Warren (1994), por su parte, realizaron una revisión de 25 estudios para analizar la prevalencia de los TCS en personas con trastorno de la conducta alimentaria, estimando un valor del 22,9%. En definitiva, la mayoría de los estudios han observado que la comorbilidad entre población clínica de trastorno de la conducta alimentaria y problemas de consumo de sustancias es superior a la encontrada en población general (Bulik, Sullivan & Slof, 2004; Calero et al., 2008; Fernandez-Aranda et al., 2008).

Hasta donde se conoce, por lo visto anteriormente, no existen muchos estudios que aborden la relación entre trastorno de la conducta alimentaria y consumo de cocaína, pero no parece existir una mayor prevalencia de consumo de esta sustancia en comparación con otras (Trujols & Toro, 1992). Como se muestra en la tabla 27, la prevalencia de problemas relacionados con el consumo de sustancias entre muestras clínicas de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria oscila entre el 8.9% y el 50% y es superior a la prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria que se encuentra en muestras de consumidores de sustancias, entre un 0.48% y un 22%.

ESTUDIOS	MUESTRA	PORCENTAJE DE COMORBILIDAD
Beary et al., 1986	20 mujeres con bulimia nerviosa	El 50% presentó problemas de adicción.
Jonas & Gold, 1986	259 consumidores de cocaína	El 2% mostró anorexia nerviosa; el 22% bulimia y el 7% anorexia y bulimia nerviosa.
Weiss et al., 1988	149 consumidores de cocaína hospitalizados	El 1,3% de la muestra cumplió criterios de bulimia nerviosa.
Hudson et al., 1992	386 pacientes dependientes de sustancias y alcohol	El 15% de las mujeres y el 1% de los hombres tuvieron criterios de trastorno de conducta alimentaria a lo largo de su vida.
Brewerton et al., 1995	59 pacientes con bulimia nerviosa	El 20% mostró criterios de algún TCS.
Carlat et al., 1997	135 pacientes con trastorno de la conducta alimentaria	El 37% presentó dependencia de alguna sustancia y el 15% abuso de cocaína.
Cochrane et al., 1998	77 consumidores de cocaína	Casi el 50% de las mujeres y el 13% de los hombres utilizaron la cocaína como medida de control de peso.
Ross-Durow et al., 2000	208 mujeres consumidoras de cocaína	El 0,48% de las mujeres cumplió criterios de anorexia nerviosa, el 2,88% de bulimia nerviosa y el 7,21% fueron diagnosticadas de trastorno de conducta alimentaria no especificado.
Corcos et al., 2001	271 sujetos con trastornos de conducta alimentaria	El 8,2% de los sujetos con anorexia nerviosa cumplió criterios para dependencia de una o más sustancias en comparación con el 25,2% de sujetos con bulimia nerviosa.
Herzong et al., 2006	246 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria	El 17,1% de las participantes en un estudio longitudinal de 9 años tuvo un trastorno por uso de sustancias, de este porcentaje, el 1,4 % tuvo un trastorno por uso de cocaína.

Tabla 27: Estudios que ponen en relación los trastorno de la conducta alimentaria y el consumo de cocaína.

ESTUDIOS	MUESTRA	PORCENTAJE DE COMORBILIDAD
Herrero et al., 2008	139 consumidores de cocaína	El 3% de la muestra obtuvo criterios de bulimia nerviosa y el 1,4% de anorexia nerviosa.
Krug et al., 2008	879 sujetos con trastornos de la conducta alimentaria	El 9,1 % de los pacientes consumió tabaco y alcohol, el 6,9% consume alcohol y otras sustancias, el 10,2% consumió tabaco y otras sustancias y el 4,3% consumió tabaco, alcohol y otras sustancias.
Thompson-Brenner et al., 2008	213 sujetos con trastorno de conducta alimentaria	El 17,1% de los sujetos tuvo una historia de uso de alcohol y el 12,6% una historia de consumo de alguna sustancia.
Salbach-Andrae et al., 2008	101 mujeres adolescentes con anorexia nerviosa	El 8,9% de la muestra cumplió criterios de TCS.
Franko et al., 2008	554 mujeres con trastorno de conducta alimentaria	El 17% de las mujeres tuvo un TCS a lo largo de su vida.
Pisetsky et al., 2008	13.917 estudiantes adolescentes	El 21,8% de las mujeres y el 11,2% de los hombres mostraron comportamientos poco saludables de control de peso; de ellos el 9% de los sujetos consumió cocaína en los 30 días anteriores al estudio.
Krug et al., 2009	371 mujeres con trastorno de conducta alimentaria	El 8,8% de las pacientes con anorexia nerviosa tuvo abuso de alguna sustancia, el 26,3% de los sujetos con anorexia nerviosa del subtipo compulsivo purgativo tuvo abuso de alguna sustancia, el 35,2% con bulimia nerviosa tuvo abuso de alguna sustancia.
Grilo et al., 2009	404 pacientes con trastorno por atracones	El 24,8% de la muestra tuvo al menos un TCS.

Tabla 27 Continuación: Estudios que ponen en relación los TCA y el consumo de cocaína.

Existen varias hipótesis que intentan buscar una explicación a la asociación entre el consumo de sustancias y los TCAs (Gold, 1997):

1. Una de las teorías sugiere que los TCAs y los TCS pueden ser manifestaciones de TMs, como un TDM o un TEP (Dansky et al., 1997; Lucas, 1996)
2. Otras, avalan la idea de que los pacientes con TCAs consumen cocaína y otros estimulantes como medio de controlar su peso (Cocharne et al., 1998; Kranh, 1991)

Una de las mayores dificultades que se puede encontrar en los pacientes con comorbilidad de TCS y TCA es la ausencia de tratamientos óptimos para sus características. Un programa terapéutico efectivo debe abordar las condiciones concomitantes y las necesidades propias de cada trastorno. Por ello, el primer paso para tratar a estos pacientes es una entrevista completa enfocada a determinar la comorbilidad diagnóstica de los trastornos a lo largo de la vida (Bulik et al., 2004). En este sentido, Marcus & Katz (1990) establecen la intervención desde tres aproximaciones diferentes:

1. Ambos trastornos deben ser tratados conjuntamente en una unidad especializada en patología dual.
2. El paciente, primero debe pasar por un tratamiento de desintoxicación de la sustancia para, después, tratar el TCA
3. Un tratamiento especializado para el TCA debe ser previo a un tratamiento para el TCS

Tratamientos farmacológicos, conductuales, psicodinámicos y terapias familiares han sido utilizados para tratar a estos pacientes aunque se han conseguido éxitos relativos ya que, hasta el momento, no existe un tratamiento específico para estos pacientes. En definitiva, la integración de múltiples clases de tratamiento va a ser siempre más beneficiosa que utilizar un tratamiento con un único enfoque (Levin, Sullivan & Donovan, 2003).

5.4. Comorbilidad del juego patológico y consumo de cocaína

El juego patológico es un trastorno del control del impulso que se caracteriza por una carencia de control del juego, una tolerancia en las cantidades apostadas y el olvido de otras actividades diferentes al juego (APA, 1994). Hasta 1980, la APA no reconoció la existencia de este trastorno dentro de los del control de impulsos no clasificados en otros apartados. En la actualidad, el DSM-IV-R entiende que la característica principal del juego patológico es mantener un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente.

El porcentaje de TCS en personas en tratamiento por presentar juego patológico es mayor que en la población general. Igualmente, el juego patológico tiene una mayor prevalencia en personas en tratamiento por TCS (Cunningham-Williams, Cottler, Compton, Spitznagel & Ben-Abdallah, 2000; Petry & Pietrzak, 2004). Aún así, existen pocos estudios de revisión que relacionen el juego patológico con el consumo de cocaína, si bien en la tabla 28 incluimos algunos de ellos.

Por ejemplo, en un estudio realizado con muestras de personas consumidoras de cocaína, Steingberg, Kosten & Rounsaville (1992) hallaron que un 15% mostraba problemas relacionados con el juego patológico. Estos datos son similares a los resultados de otros, realizados con población consumidora de otras sustancias (Cunningham-Williams et al., 2000; Hall et al, 2002; Langenbucher, Bavly, Labouvie, Sanjuan & Martin, 2001; Lesieur, Blume & Zoppa, 1986; Mathias, Vargens, Kessler & Cruz, 2009; Rush, Bassani, Urbanoski & Castel, 2008; Toneatto & Brennan, 2002).

ESTUDIO	MUESTRA	% PROBLEMAS DE JUEGO	% PROBLEMAS DE JUEGO PATOLÓGICO
Lesieur et al., 1986	113 consumidores de sustancias	16	14
Steingberg et al., 1992	298 consumidores de cocaína	No indicado	15
Cunningham-Williams et al., 2000	990 consumidores de sustancias	22	11
Hall et al., 2000	313 consumidores de cocaína	No indicado	8
Langenbucher et al., 2001	372 consumidores de sustancias	No indicado	14 hombres y 10 mujeres
Toneatto & Brennan, 2002	580 consumidores de sustancias	4	12
Mathias et al., 2009	147 consumidores de sustancias	12.9	21.7

Tabla 28: Prevalencia de personas con trastorno por consumo de sustancias y juego patológico.

Entre los estudios anteriores, muchos avalan la idea de que las personas con una comorbilidad psicopatológica de este tipo (TCS y juego patológico) muestran problemas más graves que las personas que sólo tienen TCS. Éstos son principalmente de ámbito psicosocial, como el absentismo laboral y dificultades familiares o legales (Hall et al., 2000; Rush et al, 2008). Además, estas personas tienden a tener otros TMs concomitantes (Hall et al., 2000; Langenbucher, 2001)

Con todo, existen claros indicios de la relación entre el juego patológico y los TCS (incluido la cocaína) y de que, debido a esto, se produce un incremento de problemas en otros ámbitos. Por ello, es recomendable que a todos los pacientes que ingresen en

tratamiento por consumo de sustancias se les valore la posible existencia de un problema de juego patológico. Un instrumento muy utilizado para esto es el *South Oask Gambling Screen (SOGS)*, una escala de 20 ítems basada en los criterios del DSM-III-R que establece que, si el paciente contesta positivamente a cinco o más ítems, es identificado como probable jugador patológico (Lesieur & Blume, 1987). Una vez detectada la comorbilidad entre el juego patológico y el consumo de cocaína, ambos trastornos deben ser tratados. Los tratamientos que han sido más utilizados hasta la fecha son la terapia conductual (desensibilización imaginada, exposición en vivo y control de estímulos), la cognitiva (reestructuración cognitiva) y la intervención psicofarmacológica (Fernández-Montalvo, 2005; McConaghy, Armstrong, Blaszczynski & Alcock, 1983).

6. PUNTOS CLAVE DEL CAPÍTULO

- Los estudios de comorbilidad psicopatológica en pacientes consumidores de cocaína muestran que las prevalencias son muy elevadas. Los trastornos más comunes son los relacionados con el estado de ánimo, los de ansiedad y los de personalidad, si bien otros trastornos, como el TDAH y los trastornos psicóticos, son también frecuentes.
- La relación entre los trastornos mentales y el consumo de cocaína deber ser considerada durante el proceso de evaluación diagnóstica. Así, se recomienda que éste se realice después de un periodo breve de abstinencia teniendo en cuenta, en primer lugar, si la presencia de sintomatología relacionada con cada uno de los trastornos es esperable por el consumo de la sustancia. En segundo lugar, hay que realizar un diagnóstico diferencial para distinguir ante qué tipo de trastornos nos encontramos (del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.) y, finalmente, determinar si éste es primario o inducido por el consumo de sustancias.
- En el diagnóstico de los trastornos psicóticos se debe prestar una especial atención a los episodios psicóticos inducidos por sustancias, ya que pueden confundir el diagnóstico. Por ello, el algoritmo diagnóstico a seguir debe basarse, por un lado, en la cronología temporal del consumo, por otro, en la valoración del juicio de realidad del paciente durante el transcurso del episodio y, por último, en la gravedad de los síntomas.
- No existe una explicación consensuada de la alta comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y los problemas derivados del consumo de cocaína, de modo que las diversas teorías consideran que: a) el trastorno por consumo de sustancias es posterior al trastorno del estado de ánimo, b) el trastorno por consumo de sustancias es anterior al trastorno del estado de ánimo y c) ambos trastornos comparten un factor de riesgo común.
- De igual modo, no existe acuerdo sobre la relación entre los trastornos psicóticos y el consumo de cocaína. Sin embargo, cada vez cobra más fuerza la corriente explicativa que afirma que la aparición de los síntomas psicóticos en un contexto de consumo de cocaína es un proceso secuencial a modo de *continuum* donde, una vez que aparece un cuadro de psicosis transitoria, existe una mayor probabilidad de aparición de episodios recidivantes, lo que se conoce como *Sensibilización a los efectos psicóticos inducidos por cocaína*.
- Las hipótesis explicativas de la relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos derivados del consumo de cocaína se aúnan en: a) la elevada prevalencia de ambos trastornos hace que puedan coincidir en una persona, b) la intoxicación y abstinencia de la sustancia pueden provocar síntomas ansiosos

superpuestos a un trastorno de ansiedad, c) la presencia de trastornos de ansiedad es la consecuencia de los problemas derivados del consumo de cocaína, d) el trastorno de ansiedad es un factor predisponente al consumo de cocaína y, por último, e) hay factores de vulnerabilidad comunes a ambos trastornos.

- Padecer TDAH en edad infantil o adulta está relacionado con un comienzo precoz del consumo de sustancias en general, y cocaína en particular, con conductas antisociales, con el desarrollo de un mayor grado de severidad de los trastornos por consumo de sustancias y, finalmente, con la concomitancia de otros TMs.
- La presencia de trastornos mentales en pacientes con consumo de cocaína está relacionada con una historia de consumo de mayor gravedad, un peor funcionamiento laboral y familiar, un mayor porcentaje de problemas sociales, una peor respuesta al tratamiento y peor pronóstico general.
- Aún son escasas las evidencias para una explicación sólida sobre la relación entre el consumo de cocaína y el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, pero no parece existir una prevalencia mayor de estos trastornos en consumidores de esta sustancia en comparación con otras. Las hipótesis que tratan de explicar este fenómeno sugieren que los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias pueden ser manifestaciones subyacentes de otros trastornos mentales y que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria consumen cocaína como medio para controlar su peso.
- Existen evidencias de la relación entre el juego patológico y los trastornos por consumo de sustancias, aunque no en especial con la cocaína. A pesar de ello, es recomendable que en todos los pacientes que ingresan en tratamiento por problemas derivados del consumo de sustancias, incluido cocaína, se valore la existencia de un problema de juego patológico y, en caso necesario, diseñar un tratamiento acorde a esta problemática.
- Las evidencias indican que hay que intervenir tanto en el trastorno por consumo de sustancias como en los otros TMs de manera simultánea e integrada. Asimismo, los tratamientos combinados, farmacológicos y psicoterapéuticos, desde una perspectiva bio-psicosocial, individualizados y adaptados a cada persona, muestran una mayor eficacia de resultados.

2. ESTUDIOS EMPÍRICOS



OBJETIVOS GENERALES

El presente capítulo sirve a la presentación conjunta de los objetivos generales y específicos de cada uno de los tres estudios realizados, así como la lógica de la concatenación de los mismos. Esto ayudará a entender con más claridad el desarrollo de esta tesis.

El objetivo general de los trabajos que aquí presentamos consiste en estudiar la presencia de la comorbilidad psicopatológica en pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas que siguen tratamiento en CT. Como exponemos en la figura 9, este propósito principal se ha ido desglosando en una serie de objetivos más específicos a lo largo de los tres estudios empíricos que aquí presentamos.

En el **primer trabajo** pretendemos realizar una aproximación a la evaluación de la comorbilidad psicopatológica en todos los pacientes ingresados en las seis CTs de FADAIS, independientemente del tipo de sustancia consumida. En la literatura se constata que este tipo de trastornos son cada vez más diagnosticados. Por este motivo, este estudio persigue los siguientes objetivos:

1. Estimar la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes de nuevo ingreso en CT.
2. Describir el perfil sociodemográfico y toxicológico en función de presentar o no un “probable caso psiquiátrico”.
3. Evaluar la relación entre la presencia de “probable caso psiquiátrico” y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico).

Tras la realización de este primer estudio, además de constatar la elevada existencia de “probables casos psiquiátricos” en todos los pacientes de nuevo ingreso en CT, encontramos que la gran mayoría presentaban problemas derivados del consumo de cocaína. También identificamos una serie de limitaciones en el instrumento de *screening* que empleamos. Por ello, procedimos a realizar un **segundo trabajo** con el propósito global de conocer la relación entre el consumo de cocaína y la comorbilidad psicopatológica. Este objetivo lo concretamos en dos:

1. Estimar la prevalencia de trastornos psicopatológicos (nivel diagnóstico) en una muestra de pacientes diagnosticados de dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica
2. Analizar otras variables psicopatológicas al ingreso en comunidad terapéutica (nivel sintomático) asociadas al consumo de cocaína

Nuestro segundo estudio identifica una prevalencia elevada de comorbilidad psicopatológica en las personas que ingresan en CTs con dependencia de cocaína, y señala que estos pacientes muestran un deterioro psicosocial más elevado y una mayor severidad en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Finalmente, y como complemento a estos resultados, nos planteamos realizar un **tercer estudio** de seguimiento para conocer la evolución diferencial de los síntomas psicopatológicos durante el tratamiento. Concretamente los objetivos marcados para este tercer trabajo fueron:

1. Estudiar el cambio de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante el tratamiento
2. Evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico)

Así, a continuación se presenta un gráfico resumen de los tres estudios realizados (ver figura 9).

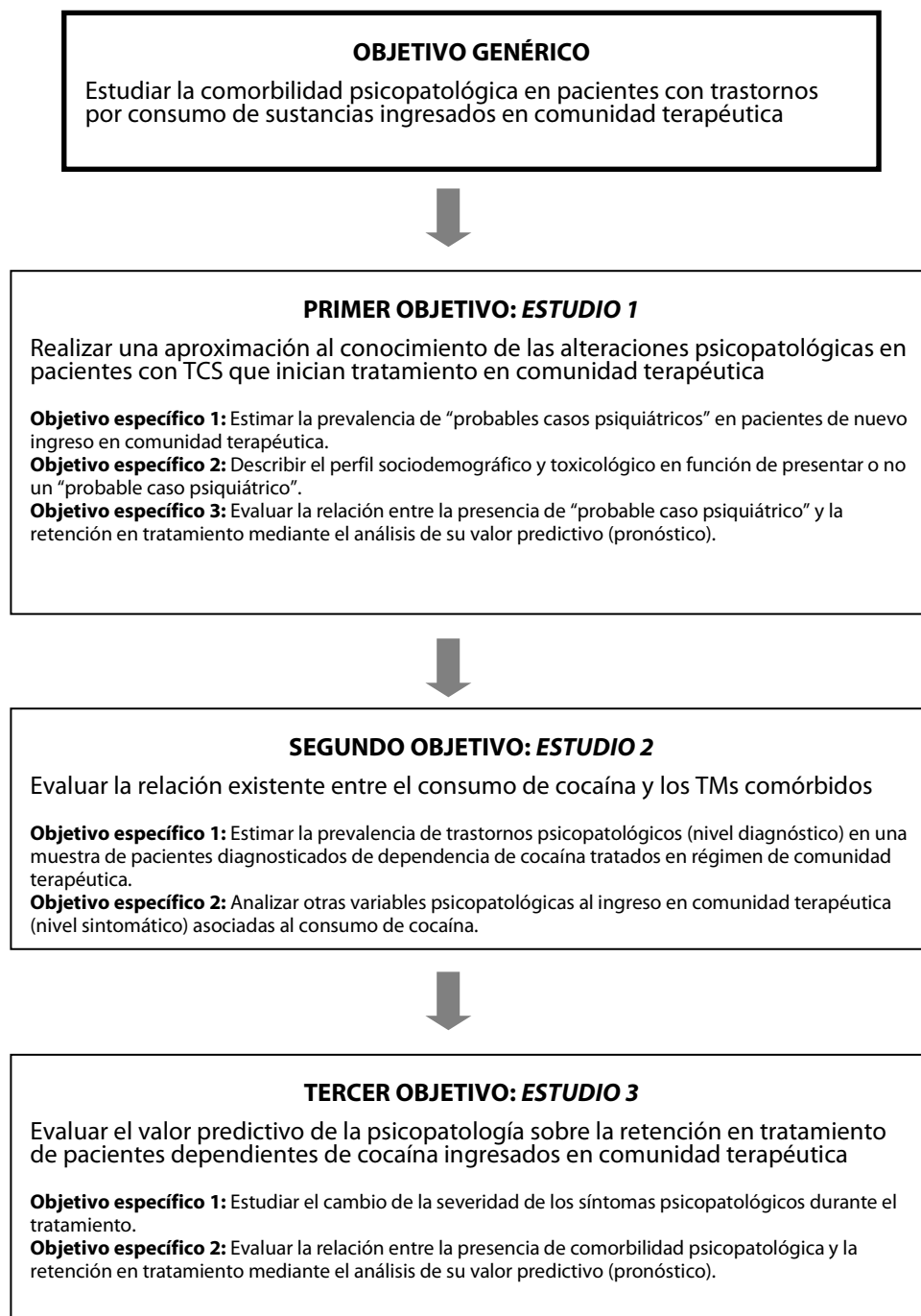


Figura 9: Resumen de los estudios realizados en este trabajo



ESTUDIO 1

PREVALENCIA DE “PROBABLES CASOS PSIQUIÁTRICOS” EN PACIENTES DROGODIEPENDIENTES QUE INGRESAN EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

El presente capítulo aborda el primer estudio de un conjunto de tres. Este primer trabajo tiene como objetivo general realizar una estimación aproximada de la prevalencia de comorbilidad psicopatológica en aquellos pacientes que ingresan en una comunidad terapéutica por presentar un trastorno por consumo de sustancias. Para ello se emplea un método de acercamiento basado en un instrumento de cribado o *screening*. La identificación de los grupos de pacientes que presentan más psicopatología nos permitirá, posteriormente, diseñar un estudio más específico con el propósito de profundizar en el conocimiento de las variables que relacionan ambos trastornos.

1. INTRODUCCIÓN

La elevada comorbilidad psicopatológica en pacientes que presentan un TCS es un hecho epidemiológico y clínico fuera de toda duda (Rodríguez-Jiménez; 2008). Es sobradamente conocida la influencia mutua, por la coexistencia de estos trastornos, sobre el pronóstico y la respuesta al tratamiento (Aharonovivh, Liu & Nunes, 2002; Crawford, 1996; Martín-Santos et al, 2006; Osher & Kofoed, 1989). Por esta razón, es muy importante que en los servicios que atienden a este tipo de pacientes, se desarrolle una actitud diagnóstica activa con el propósito de identificar estos casos. Con ello, y junto al diseño de un programa individualizado de tratamiento de carácter multiprofesional bien coordinado, es probable que las tasas de remisión clínica, el nivel de funcionamiento general y la calidad de vida de estas personas se vean incrementados (Torrens, 2008).

Por tanto, el primer paso de este proceso consiste en la identificación de estos casos. Y ya aquí nos encontramos con una primera dificultad: la complejidad de la naturaleza y, por tanto, de la evaluación clínica de esta comorbilidad. Por ejemplo, los instrumentos estandarizados cuyo propósito es el diagnóstico de la presencia de patología dual poseen una elevada validez de contenido, además de otros parámetros de calidad psicométrica, pero son extensos y complejos. Para su empleo se requiere una formación adecuada en psicopatología, además de una formación específica en la entrevista. Esto dificulta su empleo en la práctica clínica diaria, por lo que su uso se limita, sobre todo, a estudios de investigación en los que es posible disponer de recursos humanos con dedicación exclusiva para ello.

Una alternativa a estas entrevistas clínicas viene dada por los instrumentos de cribado o *screening*. Se trata, por lo general, de escalas de evaluación de síntomas, auto o heteroadministradas y, por esta razón, son más sencillas, requiriéndose menos tiempo para su pasación. Para poder aplicar este tipo de instrumentos con rigurosidad, éstos han de poseer unos adecuados parámetros de calidad psicométrica. En especial, deben contar con una relación óptima de sensibilidad/especificidad y un suficiente valor predictivo positivo (Araluce, 2002; Muñoz Rodríguez, 2000). La principal ventaja de este tipo de herramientas es su rentabilidad, es decir, la elevada relación entre la información que aportan y el coste relativamente bajo en términos de tiempo empleado. Por el contrario, su inconveniente fundamental viene derivado de su misma brevedad y de su limitada validez de contenido. A pesar de todo ello, los instrumentos de *screening* pueden tener una doble utilidad. Por un lado, pueden emplearse con propósitos clínicos, permitiendo la identificación de pacientes con probable psicopatología. Estos casos podrían confirmarse o no con posterioridad mediante una entrevista clínica más extensa. De esta manera, podría establecerse un sistema de detección de probable psicopatología dentro de un servicio de

drogodependencias, con el consiguiente rendimiento diagnóstico. Por otro lado, podrían emplearse con propósitos epidemiológicos, es decir, usarse como principal instrumento de medida en un estudio observacional transversal para la estimación de “probables casos psiquiátricos”.

Entre los recursos asistenciales específicamente diseñados para personas con TCS se encuentran las CTs. Hasta hace relativamente poco tiempo, no se han venido realizando estudios sistemáticos de detección de trastornos psicopatológicos en este tipo de recursos (Levin et al., 2004b; Levin et al., 1998; Mulder et al., 2009; Wise et al., 2001). Es probable que una de las razones de esta situación venga dada por el enfoque principalmente psicoeducativo de la mayoría de estos centros, así como por su especificidad en el abordaje de la conducta adictiva, dejando la atención a la psicopatología en un segundo plano. En este ámbito asistencial, los instrumentos de cribado podrían ser de mucha utilidad, tanto en la detección de psicopatología durante la fase de evaluación inicial, como durante el proceso de tratamiento, al emplearse también para la evaluación de posibles cambios en la severidad de los síntomas psicopatológicos previamente identificados.

Por todas estas razones, nos planteamos la realización de un estudio con el propósito de aproximarnos al conocimiento de la psicopatología que presentan los pacientes drogodependientes que acuden a las comunidades terapéuticas para el abordaje de esta adicción, para lo cual se hacía necesario emplear un instrumento de *screening*. Con este fin, el primer paso consistía en seleccionar la herramienta más adecuada.

Desde hace varios años, en las CTs públicas de la Comunidad Autónoma Andaluza, se viene realizando una aproximación a la psicopatología de los pacientes de nuevo ingreso. Este seguimiento se realiza a través de la escala *Symptom Checklist* (SCL-90-R) en su versión española (González de Rivera et al., 1989). Una escala de evaluación de síntomas, autoadministrada y de carácter multidimensional, que fue diseñado para la evaluación de un rango de problemas psicopatológicos tanto en pacientes de atención primaria y de salud mental como en la población general. Se proyectó principalmente para la identificación de síntomas mentales y para la valoración de cambios sintomáticos consecuentes al tratamiento. El SCL-90-R explora nueve dimensiones psicopatológicas diferentes: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Su corrección ofrece tres puntuaciones distintas: un índice global de gravedad, una puntuación total de síntomas positivos y un índice total del distrés provocador de los síntomas. Entre los inconvenientes que presenta esta herramienta se encuentra la inconsistencia en la definición de las dimensiones sintomáticas, especialmente en pacientes psiquiátricos graves (Cyr, McKenna & Peacock, 1985). Junto a esto, algunos trabajos muestran evidencias de un funcionamiento irregular de los distintos ítems en los diversos factores, así como de una inconsistencia en la replicación de los factores de

las dimensiones postuladas (Limpman, Covi & Shapiro, 1979; Mattsson, Williams, Rickels, Lipman & Uhlenhuth, 1969). Además de esto, el SCL-90-R no está especialmente diseñado como un instrumento de *screening* al no poseer un punto de corte (*cut-off*) proporcionado por el correspondiente estudio de validez predictiva de criterio en relación a un *patrón-oro*. Para nosotros, éste es el principal inconveniente de esta escala, además de su carácter autoadministrado.

Por otra parte sabemos que, en la actualidad, se está desarrollando en nuestro entorno dos instrumentos de *screening* específicos para la evaluación de la comorbilidad psicopatológica en pacientes con TCS. Un grupo de investigadores del *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* (IMIM) del Hospital del Mar de Barcelona encabezado por la Dra. Marta Torrens, está validando la Escala de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD) (Mestre et al., 2010). Se trata de una entrevista clínica estructurada de aproximadamente 15 minutos de pasación y está específicamente diseñada para ser usada en los centros de atención de drogodependencias con el objetivo de seleccionar a aquellas personas con probable comorbilidad psicopatológica. Recientemente se ha desarrollado una aplicación informática que mejora la entrevista al dinamizar las preguntas y obtener un informe final a partir de sus respuestas. Por otro lado, el *Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire* (PDSQ) (Zimmerman & Matia, 2001) es una escala de síntomas de tipo autoadministrado, cuyo propósito es la detección (*screening*) de probables diagnósticos del Eje I del DSM-IV. Consta de 125 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y puede pasarse en unos 15-20 minutos. Tiene una puntuación total que puede usarse como una medida global de psicopatología y 13 puntuaciones subtotales, existiendo para cada una de ellas un punto de corte. Aunque se trata de una escala de tipo general, ha sido validada en población drogodependiente (Zimmerman, Sheeran, Chelmiski & Young, 2004). La adaptación a nuestro medio fue iniciada por el grupo de la Unidad de Toxicomanías del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Recientemente, ha sido publicado un trabajo de validación de este instrumento entre pacientes con dependencia de alcohol (Pérez-Gálvez, García-Fernández, de Vicente & Oliveras, 2010).

En el momento de iniciar este trabajo, ninguno de estos dos instrumentos de evaluación estaban disponibles para su uso por estar concluyéndose sus respectivos estudios de validación. Por ello y, como se detalla más adelante, optamos por emplear el *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Golberg & Hillier (1979), un instrumento genérico diseñado como herramienta de *screening* en atención primaria y que, a pesar de sus limitaciones, ha sido empleado en muestras de pacientes drogodependientes (Fernández-Hermida et al, 2002; González-Saiz, 1997; González-Saiz, Ruz & Salvador, 1998; González-Saiz, Gutiérrez, Bilbao, Ballesta & Lozano, 2008; González-Saiz, Ballesta, Bilbao, Lozano & Gutierrez-Ortega, 2009; Hartgers, Van den Hoek, Coutinho & Van der Pligt, 1992; Moreno Pérez, Lozano & Rojas, 2010; Swift, Williams, Neill & Grenyer, 1990).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general que se plantea en este primer estudio es realizar una aproximación al conocimiento de las alteraciones psicopatológicas en pacientes que inician tratamiento en CT para personas con TCS. Este objetivo principal se desglosa en tres más específicos:

- **Objetivo 1:** estimar la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes de nuevo ingreso en CT.
- **Objetivo 2:** describir el perfil sociodemográfico y toxicológico en función de presentar o no un “probable caso psiquiátrico”.
- **Objetivo 3:** evaluar la relación entre la presencia de “probable caso psiquiátrico” y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico).

Se han establecido las siguientes hipótesis correspondientes a los objetivos anteriormente mencionados:

- **Hipótesis 1:** entre los pacientes de nuevo ingreso en CT se observará una prevalencia elevada de “probables casos psiquiátricos”.
- **Hipótesis 2:** los pacientes identificados como “probables casos psiquiátricos” presentarán un mayor deterioro psicosocial.
- **Hipótesis 3:** padecer un “probable caso psiquiátrico” se asociará a una mayor probabilidad de abandonar precozmente el tratamiento en CT (menor “supervivencia”).

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño y muestreo

Diseño

Para la consecución de estos objetivos se emplea un diseño observacional, longitudinal y descriptivo.

Procedencia de los sujetos

Se seleccionó una muestra de sujetos procedentes de tres de las comunidades terapéuticas públicas del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, situadas en Tarifa (Cádiz), Mijas (Málaga) y Almonte (Huelva). Los participantes accedieron a estos centros residenciales procedentes de los CTAs. Los centros residenciales y los centros ambulatorios están coordinados dentro de la misma red asistencial. Cuando los pacientes son dados de alta en la CT vuelven a ser tratados por su CTA de referencia. Los principales criterios para derivar a un paciente desde un CTA a una CT son: a) pobre respuesta al tratamiento e incapacidad para mantener la abstinencia en el entorno habitual del paciente y, b) necesidad de continuidad de cuidados y de tratamiento más intensivo. Las solicitudes de ingreso en las tres CTs son conducidas mediante un único y centralizado sistema de información computerizado.

Criterios de selección

Para la elección de los sujetos participantes y, dados los objetivos del estudio, se adoptó una actitud pragmática, por lo que se utilizaron criterios de selección no restrictivos con el propósito de maximizar la representatividad de la muestra seleccionada con respecto a los pacientes que ingresan en los centros de tratamiento. Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: a) tener una edad comprendida entre los 18 y 65 años; b) saber leer y escribir; y, c) haber sido diagnosticado de, al menos, un TCS según el DSM-IV-R durante los últimos 12 meses antes del ingreso en CT. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: a) presencia de un deterioro cognitivo orgánico grave que le impidiera comprender las instrucciones de la escala; y, b) salida no terapéutica de la CT en las primeras dos semanas tras el ingreso.

Tipo de muestreo

Se utilizó una técnica de muestreo consecutivo no aleatorio, reclutando a los sujetos según acudían a la CT y cumplían los criterios de selección.

Tamaño muestral

Con objeto de asegurar una muestra con un número mínimo de sujetos en los que poder encontrar una estimación estadísticamente significativa, si la hubiere, se adoptaron las siguientes asunciones;

- a. Se consideró, como variable principal del estudio, la *prevalencia* (p) de “probables casos psiquiátricos”. Por tanto, para el cálculo del tamaño muestral, se emplea la fórmula correspondiente para la *estimación de un parámetro*.
- b. En base a la literatura (Darke, Wodak, Hall, Heather & Ward, 1992b; González-Saiz et al., 1998; Hartgers et al., 1992; Moreno et al., 2010; Swift et al., 1990) la *prevalencia media esperada* de “probables casos psiquiátricos” se situó en torno al 60% ($p = 0.60$) con una variabilidad del 40% [$p(1-p) = 0.40$].
- c. Se fijó el *nivel de confianza* en el 95% y, por tanto, con un nivel α de 0.05. Se fijó el valor de $Z\alpha$ en 1.96 por considerarse la estimación como una prueba bilateral.
- d. La *precisión* con que se deseaba obtener la estimación (amplitud deseada del intervalo de confianza) se fijó *a priori* en el 90% ($i = 0.10$).
- e. El error muestral empleado se fijó en $\pm 7\%$

Considerando todo ello, el tamaño muestral mínimo necesario se situaría en $n=187$ sujetos. No obstante, si estimamos una tasa de pérdidas del 20% durante el proceso de recogida de datos y con objeto de maximizar la representatividad de los diferentes perfiles de sujetos de la muestra, se establece un tamaño final convenido en 224 sujetos.

Al finalizar la recogida de datos, se han tenido que eliminar los registros correspondientes a 5 sujetos, por presentar protocolos ilegibles o claramente no válidos. Por ello, el número de sujetos que finalmente han servido de muestra para los análisis fue de $n = 219$

3.2. Instrumentos de medida

3.2.1. General Health Questionnaire (GHQ-28)

El GHQ-28 (Golberg & Hiller, 1979) es una escala autoadministrada para el *screening* y la evaluación general de la psicopatología actual no psicótica en el adulto (ver Anexo 1). Consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión). Cada pregunta tiene cuatro alternativas de respuesta que van manifestando progresivamente una posición más negativa con respecto al contenido preguntado. El paciente debe subrayar la respuesta elegida,

siendo esencial que se limite a su situación en las últimas semanas y no así en el pasado. El sistema de puntuación, "tipo Goldberg", consiste en asignar el valor 0 a las dos respuestas de menor gravedad o intensidad (las dos "columnas de la izquierda") y el valor 1 a las de mayor gravedad ("columnas de la derecha"). La puntuación total de la escala resulta de la suma de las puntuaciones de los ítems individuales, siendo una puntuación elevada indicador de una mayor gravedad.

Los estudios de validez sobre este instrumento han aportado puntos de corte que permiten discriminar entre los probables casos psiquiátricos y los probables no casos psiquiátricos. Los datos normativos en población general indican que el punto de corte se encuentra en una puntuación ≥ 5 (Golberg & Hiller, 1979; Golberg & William, 1996; Lobo, Pérez-Echevarría & Artal, 1986; Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana & Varo, 1979; Vázquez-Barquero et al, 1982). Sin embargo, hay algunos autores que consideran adecuado ajustar las líneas de punto de corte (Retolaza et al., 1993), así un estudio reciente realizado con población drogodependiente sitúa este punto de corte en una puntuación ≥ 7 con una fiabilidad de $\alpha = 0.938$ (Pérez et al., 2010).

3.2.2. Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA)

El Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SiPASDA) de la Junta de Andalucía es una potente herramienta que acumula información clínica y epidemiológica sobre los pacientes atendidos en los centros de atención especializada dependientes del PASDA. En primer lugar registra los datos correspondientes a las admisiones a tratamiento, tanto si se trata del primer contacto con el sistema como de un reinicio. Por otro lado, permite obtener información sobre todos los servicios y programas en los que el paciente ha sido atendido. El SiPASDA tiene alcance autonómico y la información vertida en él desde cualquiera de sus terminales queda registrada en tiempo real. Para ello, cuenta con un conjunto de formularios estandarizados para la inclusión sistematizada de los datos necesarios en cada caso. En este estudio hemos empleado dos de estos formularios para obtener las variables necesarias para el análisis.

- **Ficha Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT).**

Esta herramienta es obligatoria en todos los centros, ya que desde hace años se viene empleando como fuente de información y registro en todo el país por el PNSD. La FIBAT incluye información sobre variables socio-demográficas, variables relacionadas con el consumo de sustancias y otras variables relacionadas con distintos aspectos del tratamiento (ver Anexo 2). Dentro del SiPASDA, la FIBAT forma parte del denominado "Protocolo de Derivación", es decir, el resumen de la historia clínica del paciente, que el terapeuta del CTA envía al equipo terapéutico de la CT para su consideración. A partir de la FIBAT,

hemos obtenido las variables demográficas de los pacientes (edad, sexo, situación laboral y situación judicial antes del ingreso en CT) y las variables relacionadas con el consumo (droga principal de consumo, vía de administración, consumo antes del ingreso en CT, inclusión o no en programa de tratamiento con metadona, otros tratamientos previos por consumo de sustancias y la presencia de los diagnósticos de TCS).

- **Informe de alta de CT.**

Se trata de un registro sistematizado cuyo objetivo es realizar una valoración global y una descripción del proceso terapéutico seguido por el paciente dentro de la CT. Se cumplimenta por parte del terapeuta de referencia poco antes de ser dado de alta, independientemente de si ésta es o no terapéutica, y es enviado al CTA derivador de origen a través del SiPASDA (ver Anexo 3). Este documento está compuesto por 11 bloques que, por un lado, describen de forma cualitativa el grado de desempeño y rendimiento en las diferentes áreas trabajadas durante la estancia en el recurso (sanitaria, psicológica y socioeducativa) y, por otro, registran el tipo de alta y las características relacionadas con ella. A partir de este informe se han seleccionado las siguientes variables:

- **Días de estancia en CT:** es el número de días transcurridos entre la fecha de ingreso (variable principal del “bloque 3”) y la fecha de alta (variable principal del “bloque 4”), incluidos los días de “permisos terapéuticos”.
- **Tipo de alta:** corresponde a la variable 6.1 que se registra en el “bloque 6”. Los tipos de alta se dividen en las siguientes modalidades:
 - *Alta no terapéutica:* engloba, a su vez, el “alta derivada por causas sociales, sanitarias o jurídicas”, el “alta disciplinaria” (cuando el paciente incumple la normativa del centro), el “alta voluntaria” (cuando el paciente decide dar por terminado el tratamiento antes de cumplir cualquier objetivo planteado) y el “alta por exitus” (fallecimiento).
 - *Alta por cumplimiento parcial de objetivos:* se registra cuando se considera que el paciente ha tenido algún avance dentro del recurso, si bien, no ha cumplido con los objetivos planteados al comienzo del tratamiento.
 - *Alta terapéutica:* cuando el paciente ha finalizado su proceso de tratamiento tras haber alcanzado significativamente los objetivos inicialmente planteados.
- **Impresión Clínica al Alta sobre la Respuesta al Tratamiento (ICA-RT):** se trata de una variable que hemos construido a partir de la información contenida en la variable 6.6 de este documento, denominada “Observaciones sobre el alta recibida y sus motivos”. Esta “variable”, tal como está

originalmente diseñada, es un campo abierto en el que el clínico de referencia, que ha coordinado todo el proceso terapéutico del paciente dentro de la CT, hace una valoración global del caso, describiendo su funcionamiento general en el recurso y su grado de desempeño en todas las áreas de trabajo (psicológica, sanitaria y socioeducativa). Se trata, por tanto, de su impresión clínica general sobre el *proceso* asistencial y sobre la *respuesta* al tratamiento, que emite en el momento del alta (de ahí el nombre que otorgamos a esta nueva variable). Al tratarse originalmente de una “variable cualitativa nominal”, para poder ser analizada, realizamos una transformación de la misma mediante un procedimiento de “triangulación” y así convertirla en una “variable cualitativa ordinal”. Para ello, en primer lugar, una investigadora externa al equipo de tratamiento codificó estas descripciones, según su contenido, clasificándolas en una de tres categorías. Finalmente, otro investigador externo supervisó el proceso de asignación de estas categorías y, en los casos en que se produjeron discrepancias, se alcanzó un acuerdo con la investigadora de campo. El proceso de codificación se realizó a ciegas de otras medidas clínicas. Las categorías adoptadas para la operativización de la variable ICA-RT fueron:

- *Sin cambios*: se asignó esta categoría a aquellas descripciones que ponen de manifiesto alguna de las siguientes condiciones: a) cuando el paciente mostró de manera permanente una actitud negativa durante el proceso terapéutico como, por ejemplo, contravenir las normas de convivencia, consumo o tráfico de sustancias en la CT, actitud desafiante o claramente agresiva y b) cuando no fue posible realizar una primera valoración debido a su muy corta estancia en el recurso.
- *Cambios mínimos*: se asignó a esta categoría aquellas descripciones que señalaban un mínimo avance (claramente insuficiente, desde el punto de vista clínico) en, al menos, una de las tres áreas de intervención (sanitaria, psicológica y socio-educativa), o bien, tras un cambio más relevante, se había apreciado un retroceso en la evolución.
- *Cambios clínicamente relevantes*: esta categoría corresponde a aquellos casos en los que se describe una mejoría mantenida y progresiva en una o más de las tres áreas de intervención. Es decir, se pone de manifiesto un cambio significativo durante todo el proceso asistencial, al alcanzarse claramente los objetivos terapéuticos planteados para esa o esas áreas.

3.3. Procedimientos

Durante el proceso rutinario de evaluación inicial tras ingreso en la CT se le entregó, a cada paciente que satisfacía los criterios de selección, el GHQ-28 para que lo cumplimentara en algún momento durante los 10 primeros días de su estancia en CT. A cada paciente se le proporcionó información suficiente sobre el objetivo del estudio, se aseguró su confidencialidad y pudo firmar un consentimiento informado. Ninguno de los pacientes seleccionados rechazó participar en el estudio. Las variables extraídas a partir de los documentos incluidos en el SiPASDA no requirieron ningún procedimiento especial de entrevista, ya que son registradas rutinariamente en todos los pacientes que acceden a los centros asistenciales del PASDA. El periodo de reclutamiento de la muestra transcurrió entre Noviembre de 2008 y Enero de 2009. Los participantes aceptaron formar parte en el estudio sin ningún tipo de gratificación económica.

3.4. Análisis estadístico

Se emplean estadísticos descriptivos (porcentajes, medias y desviaciones típicas) para analizar las variables que caracterizan la muestra. La estimación de la prevalencia (proporción) de “probables casos psiquiátricos” se acompaña del correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Las comparaciones entre grupos (“probables casos psiquiátricos” respecto a “probables no casos psiquiátricos”) de las variables demográficas y las relacionadas con el tratamiento se llevaron a cabo mediante la prueba de Chi Cuadrado (χ^2), en el caso de las variables categoriales y mediante el estadístico t Student para las variables cuantitativas.

Con posterioridad, para analizar la relación entre las variables días de estancia en CT y tipos de alta se evaluó la hipótesis de igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene y, posteriormente, se realizó un análisis ANOVA de un factor con una comparación *post hoc* a través del método de corrección de Bonferroni. Asimismo, se realizó un contraste de hipótesis mediante el estadístico Chi Cuadrado (χ^2) para conocer, por un lado, la relación entre las variables ICA-RT y tipo de alta y, por otro, la relación entre ICA-RT y días de estancia en CT (agrupados en tres niveles).

Con el objetivo de analizar la relación entre la presentación de un “probable caso psiquiátrico” y la probabilidad de retención en CT (o su inversa, la probabilidad de abandono), se llevó a cabo un análisis de supervivencia en dos pasos: a) en primer lugar se estudió la asociación de cada variable con la *supervivencia*, entendida como tiempo hasta el alta en la CT, mediante el método de Kaplan-Meier, test *log rank* (Mantel Cox) y b) se evaluó el valor predictivo de la variable a través de un modelo de análisis de supervivencia mediante regresión de Cox usando como valor de “posible caso psiquiátrico” el punto de corte ≥ 7 . En estos modelos de supervivencia se empleó como variable independiente categórica y dicotómica, el presentar o no un “probable caso psiquiátrico” y como variable dependiente los días de estancia en CT. Como *evento* se consideró el alta no terapéutica

(incluyendo el alta por cumplimiento parcial de objetivos), de modo que la ecuación expresara el riesgo de abandono precoz del recurso.

Con el fin de explorar otras posibles variables predictoras del abandono de tratamiento, se volvieron a realizar los análisis anteriores con otras variables categóricas demográficas y de consumo previamente seleccionadas: sexo, situación judicial, estar en un PTM y tener un patrón de policonsumo. Asimismo, se realizó un análisis de regresión de Cox con la variable cuantitativa edad para conocer su valor predictivo ante el abandono precoz de CT.

El software estadístico empleado fue *Statistical Package for the Social Sciences* versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

4. RESULTADOS

El rango de edad de los pacientes osciló entre los 20 y 62 años, con una media de 36.59 (DT=8.17). Como se muestra en la tabla 29, el 73.1% de ellos fueron hombres y el 26.9%, mujeres. 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. De estos pacientes cabe resaltar que el 14,2% estaba diagnosticado de algún TM antes del ingreso en CT que, el 60.3% había realizado tratamientos previos por TCS y que el 31.1% se encontraba dentro del PTM. Con respecto a los TCS, el más prevalente fue el de cocaína, estando presente en un 70.3% de la muestra, seguido 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%. Asimismo, el 41.6% de la muestra presentaba simultáneamente tres o más TCS (*policonsumo*)

7. Estudio 1: Estudio de prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes drogodependientes que ingresan en comunidades terapéuticas

n=219	TOTAL n (%)
Sexo	
Hombre	160 (73.1)
Mujer	59 (26.9)
Situación Laboral	
Trabajando	41 (18.7)
Parado	141 (64.4)
Pensionista	21 (9.6)
Otros	16 (7.3)
Situación judicial	
Ninguna	109 (49.8)
Antecedente	110 (50.2)
Diagnóstico de trastorno mental previo	
Sí	31 (14.2)
No	188 (85.8)
PTM	
Sí	68 (31.1)
No	151 (68.9)
Tratamiento previo por TCS	
Sí	132 (60.3)
No	87 (39.7)
TCS Alcohol	
Abuso/Dependencia	119 (54.3)
Ausencia	100 (45.7)
TCS Cannabis	
Abuso/Dependencia	69 (31.5)
Ausencia	150 (68.5)
TCS Cocaína	
Abuso/Dependencia	154 (70.3)
Ausencia	65 (29.7)
TCS Opiáceos	
Abuso/Dependencia	108 (49.3)
Ausencia	111 (50.7)
TCS Sedantes y/o hipnóticos	
Abuso/Dependencia	45 (20.5)
Ausencia	174 (79.5)
Policonsumo	
Sí	91 (41.6)
No	128 (58.4)

Tabla 29: Variables sociodemográficas y relacionadas con el consumo.

4.1 Estimar la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes de nuevo ingreso en comunidad terapéutica

Considerando el punto de corte en población general del GHQ-28 \geq 5, la prevalencia observada de “probables casos psiquiátricos” en esta muestra es de 68% (IC95%: 60.5-75.5%) (ver tabla 30).

n=219		n (%)
“Probable Caso Psiquiátrico”	SI CASO	149 (68)
	NO CASO	70 (32)

Tabla 30: Prevalencia de “probables casos psiquiátricos” con punto corte \geq 5.

De igual manera, la prevalencia observada de “probables casos psiquiátricos” utilizando como punto de corte el específico para población con TCS (GHQ-28 \geq 7), disminuye a un 57.5% (IC95%: 50.9-64%) (ver tabla 31).

n=219		n (%)
“Probable Caso Psiquiátrico”	SI CASO	126 (57.5)
	NO CASO	93 (42.5)

Tabla 31: Prevalencia de “probables casos psiquiátricos” con punto corte \geq 7.

Si se toma como referencia estos últimos valores, más restrictivos que los anteriores, la potencia estadística resultante (dados los parámetros introducidos $\alpha=0,05$, $n=219$ y supuesta una distribución bilateral) es del 99.4%.

Para ambos puntos de corte (≥ 5 y ≥ 7), la subescala con mayor prevalencia media es la de síntomas de *ansiedad*, seguida de *depresión*, *disfunción social* y *síntomas somáticos* (ver tabla 32).

7. Estudio 1: Estudio de prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes drogodependientes que ingresan en comunidades terapéuticas

GHQ-28	PUNTO CORTE ≥ 5		PUNTO CORTE ≥ 7	
	“Probable caso psiquiátrico” media (DT)	“Probable no caso psiquiátrico” media (DT)	“Probable caso psiquiátrico” media (DT)	“Probable no caso psiquiátrico” media (DT)
n=219				
PUNTUACIÓN TOTAL	14.46 (8.07)	2.82 (1.2)	16.97 (5.94)	2.30 (1.66)
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	3.14 (2.26)	.76 (.97)	3.68 (2.01)	.61 (.96)
ANSIEDAD	4.45 (2.56)	.93 (1.02)	5.23 (1.67)	.74 (.97)
DISFUNCIÓN SOCIAL	3.19 (2.57)	.51 (.81)	3.77(2.36)	.39 (.73)
DEPRESIÓN	3.68 (2.72)	.63 (.95)	4.29 (2.47)	.56 (1)

Tabla 32: Diferencias entre “probables casos psiquiátricos” y “probables no casos psiquiátricos” en función de las cuatro diferentes escalas psicopatológicas .

4.2. Describir el perfil sociodemográfico y toxicológico en función de presentar o no un “probable caso psiquiátrico”.

La tabla 33 muestra las diferencias inter-grupos para el conjunto de variables sociodemográficas seleccionadas. Llama la atención la gran similitud entre los valores de las variables entre ambos grupos. Como puede observarse, no existen prácticamente diferencias entre ellos, pero sí un porcentaje más elevado de personas con “probable caso psiquiátrico” diagnosticadas de algún TM antes del ingreso en CT (según la FIBAT). Aún así, tan sólo el 15.5% de estos pacientes estaba diagnosticado de algún trastorno antes de la entrada al programa.

	PUNTO CORTE ≥ 5			PUNTO CORTE ≥ 7		
	“Probable caso psiquiátrico” N (%)	“Probable no caso psiquiátrico” N (%)	<i>p</i>	“Probable caso psiquiátrico” N (%)	“Probable no caso psiquiátrico” N (%)	<i>p</i>
n=219						
Edad media (DT)	36.59 (8.2)	36.59 (8.1)	.997	36.17 (7.9)	37.15 (8.6)	.390
Sexo						
Hombre	108 (72.5)	52 (74.3)	.779	92 (73)	68 (73.1)	.987
Mujer	41 (27.5)	18 (25.7)		34 (27)	25 (26.9)	
Situación Laboral						
Trabajando	26 (17.4)	15 (21.4)	.907	21 (16.7)	20 (21.5)	.814
Parado	97 (65.1)	44 (62.9)		83 (65.9)	58 (62.4)	
Pensionista	75 (10.1)	6 (8.6)		13 (10.3)	8 (8.6)	
Otros	11 (7.4)	5 (7.1)		9 (7.1)	7 (7.5)	
Situación judicial						
Ninguna	73 (49)	36 (51.4)	.737	61 (48.4)	48 (51.6)	.640
Antecedentes	76 (51)	34 (48.6)		65 (51.6)	45 (48.49)	
Diagnóstico TM⁺						
Sí	23 (15.4)	8 (11.4)	.428	22 (17.5)	9 (9.7)	.102
No	126 (84.6)	62 (88.6)		104 (82.5)	84 (90.3)	

Tabla 33: Relación entre “probables casos psiquiátricos” y “probables no casos psiquiátricos” y las variables demográficas. ⁺ Diagnóstico de trastorno mental TM previo al ingreso en CT.

Como se observa en la tabla 34, existen pocas diferencias entre ambos grupos en las variables relacionadas con el consumo. No obstante, aunque no se alcanzan diferencias significativas, al comparar éstas, puede apreciarse que en el grupo de “probables casos psiquiátricos” hay un mayor consumo activo al ingresar en la CT, un porcentaje más elevado de tratamientos previos por TCS, una prevalencia relativamente mayor de trastornos por consumo de alcohol y de opiáceos y un consumo más elevado de sustancias por vía intravenosa.

7. Estudio 1: Estudio de prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes drogodependientes que ingresan en comunidades terapéuticas

n=219	PUNTO CORTE ≥ 5			PUNTO CORTE ≥ 7		
	“Probable caso psiquiátrico” n (%)	“Probable no caso psiquiátrico” n (%)	p	“Probable caso psiquiátrico” n (%)	“Probable no caso psiquiátrico” n (%)	p
PTM						
Sí	47 (31.5)	21 (30)	.818	41 (32.5)	27 (29)	.579
No	102 (68.5)	49 (70)		85 (67.5)	66 (71)	
Tratamiento previo por TCS						
Sí	91 (61.1)	41 (58.6)	.724	80 (63.5)	52 (55.9)	.257
No	58 (38.9)	29 (41.4)		46 (36.5)	41 (44.1)	
Droga principal						
Heroína y Cocaína	58 (38.9)	27 (38.6)	.238	50 (39.7)	35 (37.6)	.806
Cocaína	39 (26.2)	22 (31.4)		34 (27)	27 (29)	
Alcohol	42 (28.2)	12 (17.1)		33 (26.2)	22 (23.7)	
Heroína	5 (3.4)	3 (4.3)		5 (4)	3 (3.2)	
Otras	5 (3.4)	6 (8.6)		4 (3.2)	6 (6.5)	
Vía administración						
Oral	48 (32.2)	17 (24.3)	.576	38 (30.2)	27 (29)	.784
Pulmonar	76 (51)	38 (54.3)		66 (52.4)	48 (51.6)	
Intranasal	20 (13.4)	13 (18.6)		17 (13.5)	16 (17.2)	
Intravenoso	5 (3.4)	2 (2.9)		5 (4)	2 (2.2)	
Droga principal						
Consumiendo	103 (69.1)	39 (55.7)	.053	88 (69.8)	54 (58.1)	.071
Abstinencia	46 (30.9)	31 (44.3)		38 (30.2)	39 (41.9)	
Otras drogas						
Consumiendo	70 (47)	30 (42.9)	.568	60 (47.6)	40 (43)	.499
Abstinencia	79 (53)	40 (57.1)		66 (52.4)	53 (57)	
TC Alcohol						
Abuso	35 (23.5)	18 (25.7)	.430	31 (24.6)	22 (23.7)	.913
Dependencia	49 (32.9)	17 (24.3)		39 (31.0)	27 (29)	
Ausencia	65 (43.6)	35 (50)		56 (44.5)	44 (47.3)	
TC Cannabis						
Abuso	22 (14.8)	13 (18.6)	.467	20 (15.9)	15 (16.1)	.609
Dependencia	21 (14.1)	13 (18.6)		17 (13.5)	17 (18.3)	
Ausencia	106 (71.1)	44 (62.9)		61 (65.6)	61 (65.6)	
TC Cocaína						
Abuso	8 (5.4)	4 (5.7)	.968	8 (6.3)	4 (4.3)	.773
Dependencia	96 (64.4)	46 (65.7)		80 (63.5)	62 (66.7)	
Ausencia	45 (30.2)	20 (28.6)		38 (30.2)	27 (29)	
TC Opiáceos						
Abuso	5 (3.4)	0	.167	1 (1.1)	4 (3.2)	.390
Dependencia	73 (49)	30 (42.9)		41 (44.1)	62 (49.2)	
Ausencia	71 (47.7)	40 (57.1)		51 (54.8)	60 (47.6)	
TC Sedantes						
Abuso	19 (12.8)	9 (12.9)	.693	17 (13.5)	11 (11.8)	.638
Dependencia	10 (6.7)	7 (10)		8 (6.3)	9 (9.7)	
Ausencia	120 (80)	54 (77.1)		101 (80.2)	73 (78.5)	
Policonsumo						
Sí	63 (42.3)	28 (40)	.433	52 (41.3)	39 (41.9)	.921
No	86 (57.7)	42 (60)		74 (58.7)	54 (58.1)	

Tabla 34: Relación entre “probables casos psiquiátricos” y “probables no casos psiquiátricos” y las variables relacionadas con el consumo.

4.3. Evaluar la relación entre la presencia de “probable caso psiquiátrico” y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico)

Como paso previo al establecimiento de un perfil pronóstico, analizamos en primer lugar la relación existente entre la permanencia en la CT y el tipo de alta con la que el paciente sale del recurso. En el momento de la finalización del estudio, de los 219 pacientes, 189 habían finalizado su tratamiento y 30 continuaban dentro de CT su proceso terapéutico. Asimismo, se pudo tener acceso a la variable 6.6. *Observaciones sobre el alta recibida y sus motivos del informe de alta de CT* de 171 pacientes (los 18 restantes todavía no habían sido redactados por sus terapeutas).

Como puede verse en la tabla 35, el número de *días de estancia* es mayor en el grupo de pacientes que salieron de la CT con *alta terapéutica*, seguido de aquellos que obtuvieron un *alta por cumplimiento parcial de objetivos* y finalmente por los pacientes que salieron del centro con *alta no terapéutica*. Se ha realizado un análisis ANOVA de un factor para saber si hay diferencias significativas entre los *días de estancia en CT* y los tipos de alta. El valor del estadístico F fue de 81.23 con un nivel de significación de $p < .000$, así se rechazó la hipótesis de igualdad de medias y se concluyó que existían diferencias entre las dos variables. Para conocer entre qué niveles de la variable categórica se encontraban dichas diferencias, se realizó una comparación *post hoc* con el método de Bonferroni, lo que mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de *alta terapéutica* y los grupos con *alta por cumplimiento parcial de objetivos* y *alta no terapéutica*, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos (el estadístico de Levene (.592) permitió contrastar la hipótesis de igualdad de varianzas con una $p > .005$). Este último hallazgo es lo que fundamentó la consideración conjunta de ambos tipos de alta como *evento* de cara al análisis de supervivencia.

Esta misma tendencia positiva se observó con la variable ICA-RT, es decir, un 82.5% de las personas que se marchan del recurso con un *alta terapéutica*, obtienen *cambios clínicamente relevantes* frente a sólo un 5.9% entre los pacientes que salen de la CT con un *alta por cumplimiento parcial de objetivos*. Al contrario, la gran mayoría de personas con *alta no terapéutica* (80.7%) no experimentarían ningún tipo de cambio (*sin cambios*) durante el tiempo de estancia en el recurso. El estadístico Chi Cuadrado (χ^2) ha permitido contrastar la hipótesis de que estas dos variables categóricas están relacionadas entre sí, observándose una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=157.16$; $p < .01$). Así, los datos de esta tabla 35 muestran que el *alta por cumplimiento parcial de objetivos* actúa de manera similar al *alta no terapéutica* con respecto a los *cambios clínicos* que realiza un paciente durante su tratamiento, ya que tan sólo un 5.9% de las personas con *alta por cumplimiento parcial de objetivos* logra cambios significativos al finalizar su estancia en CT.

7. Estudio 1: Estudio de prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes drogodependientes que ingresan en comunidades terapéuticas

TIPO DE ALTA					p
TOTAL	<i>Alta no terapéutica</i>	<i>Alta por cumplimiento parcial de objetivos</i>	<i>Alta terapéutica</i>		
<i>Días de estancia en CT</i> Media (DT) n=189	126 (69.73)	72.69 (48.92)	92.79 (50.12)	174 (53.04)	.000*
IMPRESIÓN CLÍNICA AL ALTA SOBRE LA RESPUESTA TRATAMIENTO (ICA-RT) n=171					
Sin cambios	56 (32.7)	46 (80.7)	9 (26.5)	1 (1.3)	.000*
Cambios mínimos	46 (26.9)	10 (17.5)	23 (67.6)	13 (16.3)	
Cambios clínicamente relevantes	69 (40.4)	1 (1.8)	2 (5.9)	66 (82.5)	

Tabla 35: Comparación entre los tipos de alta, los días de estancia en CT y la ICA-RT. * Cuando $p < 0.001$.

Para explorar la relación entre las variables ICA-RT y los días de estancia en CT, se realizó un análisis de Chi Cuadrado (χ^2) que resultó significativo ($\chi^2 = 57.32$; $p = .000$). Es decir, entre aquellos pacientes con más de 90 días de estancia en CT, se observa un mayor porcentaje de cambios clínicamente relevantes que entre los que permanecen entre uno y tres meses (ver tabla 36).

DÍAS ESTANCIA EN CT					
ICA-RT n=171	TOTAL	1-60 días	61- 90 días	> 90 días	p
<i>Sin cambios</i>	56 (32.7)	24 (60)	14 (66.7)	18 (16.4)	.000*
<i>Cambios mínimos</i>	46 (26.9)	15 (37.5)	5 (23.8)	26 (23.6)	
<i>Cambios clínicamente relevantes</i>	69 (40.4)	1 (2.5)	2 (9.5)	66 (60)	

Tabla 36: Comparación entre los días de estancia en CT y la ICA-RT. * Cuando $p < 0.001$.

Con objeto de conocer el valor pronóstico que supone presentar un “probable caso psiquiátrico” en relación a los que no lo son comparamos, en primer lugar, ambos grupos para las variables *días de estancia en CT*, *tipo de alta* e *ICA-RT*. Este análisis lo hacemos tanto para el caso en que se emplea la escala GHQ-28 con el punto de corte establecido para población general (punto de corte ≥ 5), como para el caso de emplear el punto de corte propuesto para población drogodependiente (punto de corte ≥ 7). Como puede observarse en la tabla 37, en el grupo de pacientes que presentan un “probable caso psiquiátrico”, en relación al grupo que no lo presenta, la media de *días*

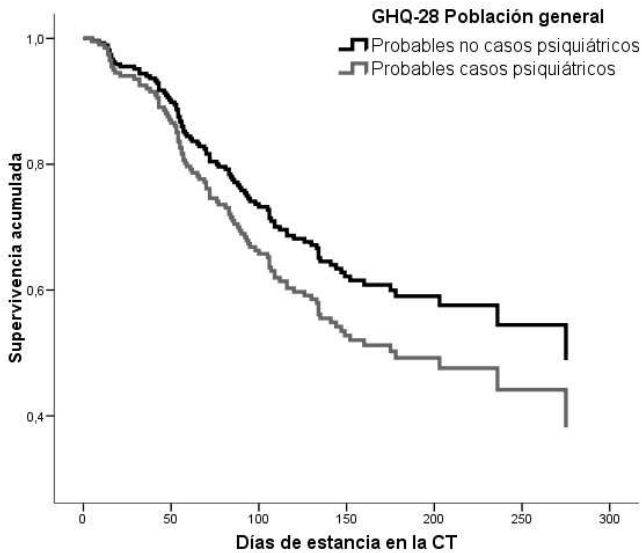
de estancia en CT es menor, el porcentaje de pacientes con alta terapéutica es menor y el porcentaje de aquellos que presentan cambios clínicamente relevantes, también es menor. Aunque esto ocurre independientemente del punto de corte empleado, sólo se observan diferencias estadísticamente significativas para las tres variables cuando se emplea el punto de corte del GHQ-28 específico para población drogodependiente ($p.c. \geq 7$).

	GHQ-28. Punto de corte población general ($p.c. \geq 5$)				GHQ-28. Punto de corte población drogodependiente ($p.c. \geq 7$)		
	TOTAL media (DT)	"Probable caso psiquiátrico" n (%)	"Probable no caso psiquiátrico" media (DT)	P	"Probable caso psiquiátrico" media (DT)	"Probable no caso psiquiátrico" media (DT)	P
Días de estancia en CT (media (dt)) (n=189)	126.51 (69.73)	122 (70.15)	135.79 (68.4)	.224	115 (70.7)	141.86 (65.70)	.010**
Tipo de alta (n=189)							
Alta no terapéutica	58 (30.7)	44 (33.6)	14 (24.1)	.430	42 (37.8)	16 (20.5)	.009*
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	39 (20.6)	26 (19.8)	13 (22.4)		25 (22.5)	14 (17.9)	
Alta terapéutica	92 (48.7)	61 (46.6)	31 (53.4)		44 (39.6)	48 (61.5)	
Impresión Clínica al Alta sobre la Respuesta al Tratamiento (ICA- RT) (n=171)							
Sin cambios	56 (32.7)	46 (39)	10 (18.9)	.033 *	44 (43.1)	12 (17.4)	.001*
Cambios mínimos	46 (26.9)	28 (23.7)	18(34)		27 (26.5)	19 (27.5)	
Cambios clínicamente relevantes	69 (40.4)	44 (37.3)	25 (47.2)		31 (30.4)	38 (55.1)	

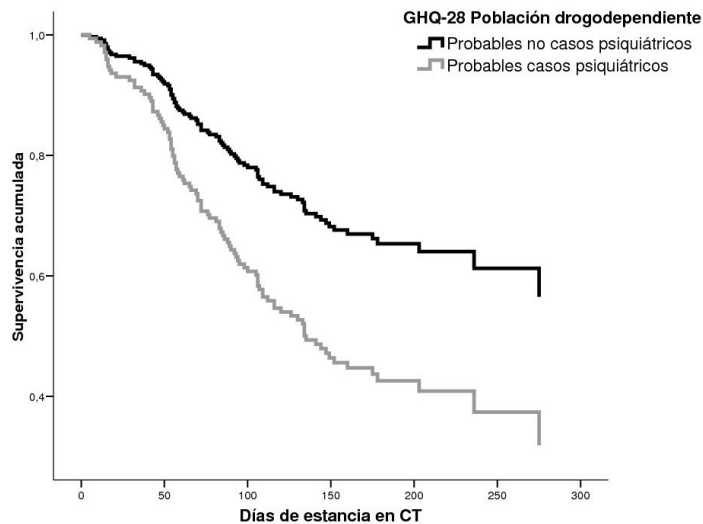
Tabla 37: Relación entre "probables casos psiquiátricos" y "probables no casos psiquiátricos" y las variables relacionadas con el proceso terapéutico.* Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$.

En segundo lugar, y de forma complementaria, empleamos un análisis de supervivencia para analizar el valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento. Cuando analizamos los valores de la variable dependiente días de estancia en la CT o, lo que es lo mismo para este análisis, los valores del tiempo hasta el alta, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que son "probables casos psiquiátricos" y los que no lo son, cuando usamos el punto de corte para población general (punto de corte ≥ 5) (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=1.73$; $p=.188$). Sin embargo, cuando se utilizó el punto de corte de población drogodependiente (punto de corte ≥ 7), sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=10.45$; $p=.001$) (ver Figuras 10 y 11). Es decir, aquellos sujetos que presentan un "probable caso psiquiátrico" tienen más probabilidad de abandonar precozmente la CT que aquellos pacientes que no lo

presentan (menor probabilidad de retención). Asimismo, el modelo de regresión de Cox mostró que estos pacientes (punto de corte ≥ 7) presentaron un riesgo de abandono del programa dos veces superior ($\text{Exp}(B) = 2$) en comparación con las personas que no presentaron un “probable caso psiquiátrico”.



Figuras 10: Riesgo de abandono de CT para las personas con “probable caso psiquiátrico” según el punto de corte población general (punto de corte ≥ 5).



Figuras 11: Riesgo de abandono de CT para las personas con “probable casos psiquiátrico” según el punto de corte población drogodependiente (punto de corte ≥ 7).

.....Por otro lado, se exploró el valor predictivo de otras variables distintas de la psicopatología, sobre la retención en tratamiento en CT. Así, se observó significación estadística ($p < .005$) en algunas variables: *situación judicial* (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=8.49$; $p=.004$), patrón de *policonsumo* (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=8.11$; $p=.004$) y *estar en PTM* (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=5.59$; $p=.018$), y no en otra: *sexo* (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=.267$; $p=.605$). De igual manera, la influencia de estos factores sobre la supervivencia de regresión de Cox mostró un riesgo relativo de abandonar la CT antes de finalizar el tratamiento de $\text{Exp (B)}= 1.83$ para las personas con *antecedentes judiciales*, de $\text{Exp (B)}= 1.77$ para las personas con *patrón de policonsumo* y de $\text{Exp (B)}=1.63$ para los pacientes que siguen el *PTM*. Así, también se valoró la variable cuantitativa *edad* que resultó ser un factor de protección para el abandono de CT ($\text{Exp (B)}= .964$) (ver figuras 12, 13, 14 ,15 y tabla 38).

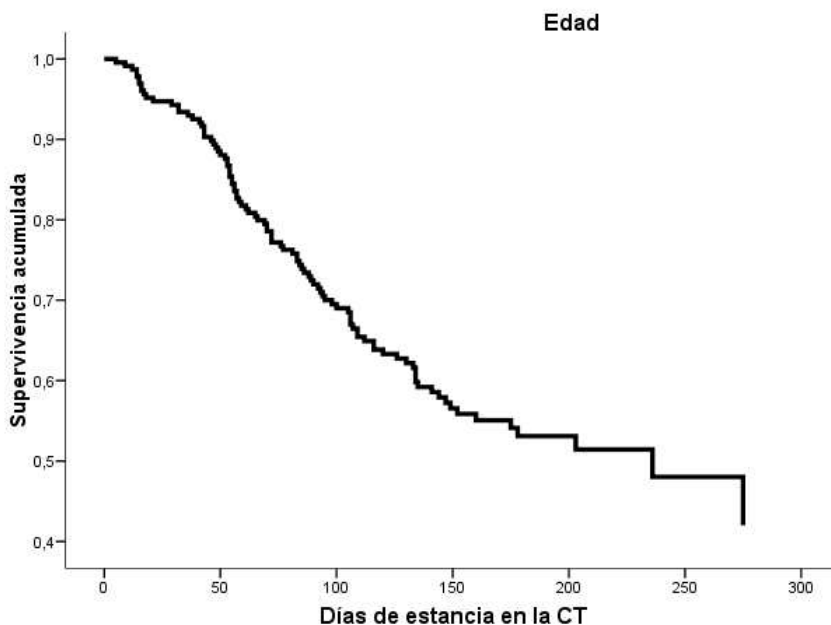


Figura 12: Riesgo de abandono de CT según la *Edad*.

7. Estudio 1: Estudio de prevalencia de “probables casos psiquiátricos” en pacientes drogodependientes que ingresan en comunidades terapéuticas

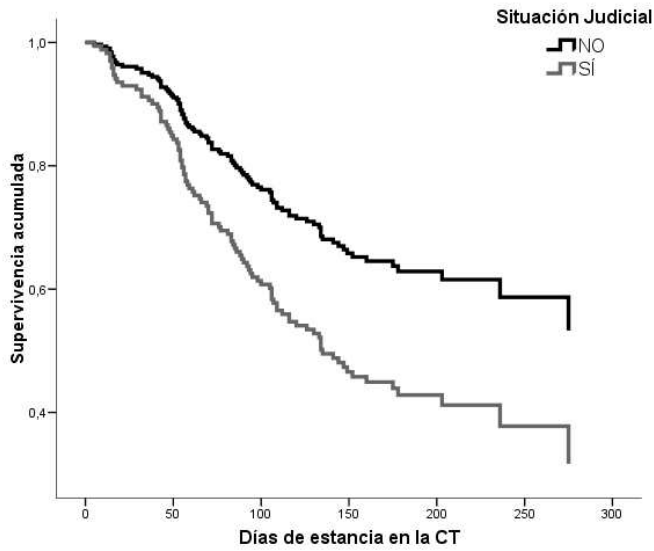


Figura 13: Riesgo de abandono de CT en función de su Situación Judicial.

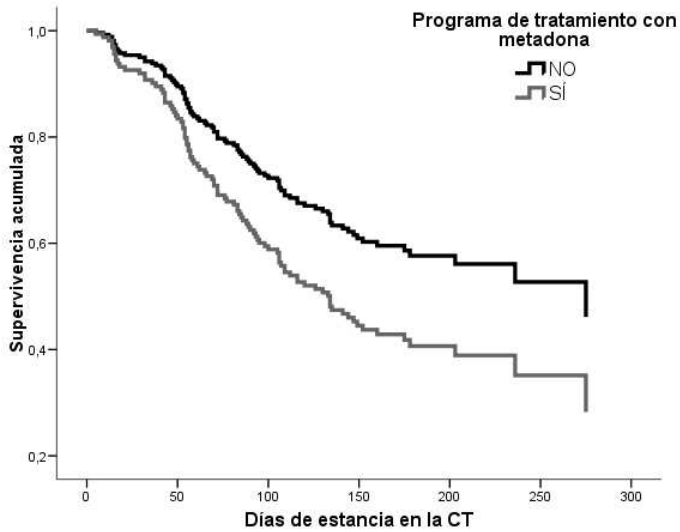


Figura 14: Riesgo de abandono de CT en función de estar en PTM.

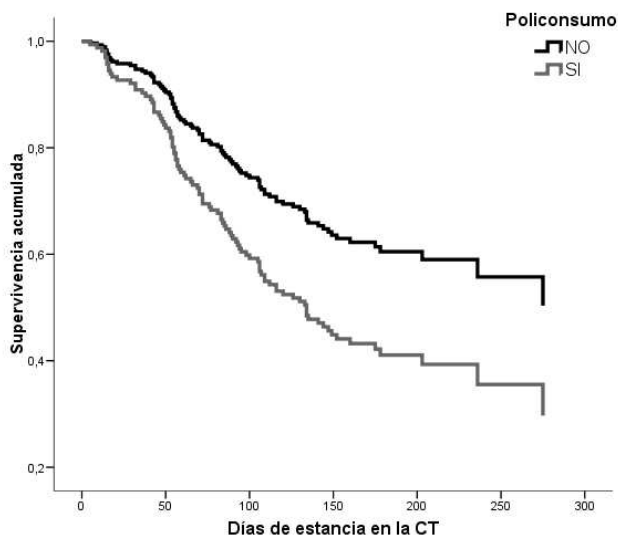


Figura 15: Riesgo de abandono de CT en función de presentar un policonsumo.

n=219	B	p	Exp (B)	IC 95% para Exp (B)
Probables casos psiquiátricos				
GHQ-28 Población general	.296	.191	1.34	.86-2.1
GHQ-28 Población drogodependiente	.696	.002*	2.00	1.3-3.1
Sexo	-.124	.606	.884	.553-1.41
Edad	-.037	.005*	.964	.940-.989
Situación judicial	.603	.004*	1.83	1.21-2.76
PTM	.491	.019**	1.63	1.08-2.47
Policonsumo	.571	.005*	1.77	1.19-2.64

Tabla 38: Modelo de Regresión de Cox. Razones de riesgo de abandono de CT para las variables indicadas en el texto, presentar o no “probable caso psiquiátrico”, sexo, situación judicial, PTM y policonsumo. * Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$

5. DISCUSIÓN

Los datos aportados por este estudio apoyarían globalmente las hipótesis planteadas *a priori*. El objetivo principal del presente trabajo es realizar una aproximación al estudio de las alteraciones psicopatológicas presentes en pacientes con TCS que inician tratamiento en una CT. El perfil sociodemográfico de la muestra indica un deterioro psicosocial general reflejado en la alta prevalencia de personas en situación de desempleo, con antecedentes penales y con un patrón de policonsumo de sustancias. Se constata que el TCS más prevalente y, por tanto, constitutivo de más demandas de tratamiento, es el derivado del consumo de cocaína. Le siguen en frecuencia y, a distancia, los trastornos por consumo de alcohol y de opiáceos. Estos resultados son acordes con los datos epidemiológicos que señalan un incremento del consumo de cocaína en Europa desde principios de la década de los 90. (EMCDD, 2010; Miech, Chilcoat & Harder, 2005).

Dentro del objetivo principal, el primer cometido que se marcó nuestro estudio fue conocer la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” mediante la escala GHQ-28. La prevalencia observada en la muestra fue muy elevada (68%). De acuerdo con la hipótesis inicial, el porcentaje de “probables casos psiquiátricos” en pacientes de nuevo ingreso en CT es elevado y consistente con estudios previos realizados con el mismo instrumento. Así, Swift et al. (1990) evaluaron a una muestra de 150 consumidores de heroína que solicitaban tratamiento, encontrando una prevalencia de “probables casos psiquiátricos” del 61.3%, mientras que Hartgers y cols. (1992), utilizando la versión del GHQ de 30 ítems en una muestra de 186 dependientes de sustancias, observaron una prevalencia del 72%. Otros estudios que utilizan este mismo instrumento han encontrado prevalencias menores. Asimismo, González-Saiz y cols. (1998) en una muestra de 80 pacientes con dependencia de opiáceos según criterios DSM-IV, observaron una prevalencia del 45.1% y Darke et al. (1992b) encontraron una prevalencia del 59%. En nuestro trabajo hemos encontrado una prevalencia de “probables casos psiquiátricos” situada en el rango más alto de los estudios previos comparables. Las razones de la variabilidad de estas prevalencias pueden ser varias. En primer lugar, hay que tener en cuenta que estos estudios se han realizado sobre diferentes tipos de muestras en cuanto al perfil de la sustancia principal. Por otro lado, mientras que la mayoría de trabajos se han realizado en CTAs, nuestro estudio se realiza en un centro residencial en régimen de ingreso (CT). Es posible que el motivo de derivación (dificultad de manejo del paciente en régimen ambulatorio y necesidad de estabilización del consumo), esté relacionado con la psicopatología del paciente y, por tanto, pueda influir en las prevalencias detectadas al ingreso. Finalmente, estas diferencias en las prevalencias también pueden venir explicadas por el momento seleccionado para su evaluación. Así, es posible que

algunos síntomas psicopatológicos identificados por el GHQ-28 puedan deberse a los efectos derivados de la intoxicación o la abstinencia de las sustancias.

Creemos pertinente destacar que en nuestro trabajo, además de usar el punto de corte del GHQ-28 para población general, hemos empleado un punto de corte nuevo y específico para población drogodependiente fundamentado en un estudio reciente de Moreno et al. (2010). Así, utilizando el punto de corte ≥ 7 , la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” disminuyó desde un 68% a un 57.5%. Lógicamente, al permutar el punto de corte, la sensibilidad de la prueba varía a expensas de la especificidad de la misma. Dada la limitada validez de contenido de la escala GHQ-28, desconocemos hasta qué punto esta prevalencia se relaciona con un aumento de la especificidad atribuible a un menor peso de los ítems que pueda confundir con síntomas de intoxicación o abstinencia. A pesar del empleo de este nuevo punto de corte, no debemos olvidar que el GHQ-28 es una escala diseñada para el *screening* de psicopatología en población general que acude a atención primaria de salud. No es una herramienta pensada específicamente para población drogodependiente.

Un dato que nos llama la atención es la diferencia observada en nuestra muestra entre la prevalencia de “probables casos psiquiátricos” (68%) y el porcentaje de pacientes con “diagnóstico de trastorno mental previo” referida en la ficha de admisión por parte del terapeuta del CTA que lo deriva a CT (un 14.2%). Pensamos que son tres las principales razones de esta discrepancia. Por un lado, puede deberse a la falta de operativización de esta variable en la FIBAT, dando lugar a un amplio margen de interpretación sobre lo que debe consignarse. En segundo lugar y, derivado de lo anterior, es posible que algunos terapeutas sólo registren aquellos casos en los que existe algún antecedente de tratamiento en Centros de Salud Mental. Finalmente, especulamos con la posibilidad de que no se consignen todos estos casos con antecedentes de trastorno mental ya que, por exigencias del protocolo de derivación, hasta hace relativamente poco tiempo debía adjuntarse un informe del equipo de salud mental que le atiende. Esto traía como consecuencia que los terapeutas de los CTAs no registraran esta variable para no retrasar el proceso de ingreso en CT.

Acorde con investigaciones previas (Hartgers et al., 1992), los datos de este trabajo ponen de manifiesto una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes que sufren un “probable caso psiquiátrico”. No obstante, hay estudios que encuentran una tendencia mayor de síntomas somáticos en comparación con los depresivos (González-Saiz, 1997; González-Saiz et al., 1998). Esto puede deberse a que los datos anteriores se han observado en una muestra de personas en situación de abstinencia que se encuentran dentro de un recurso ambulatorio, mientras que los pacientes de nuevo ingreso en CT podrían mostrar niveles más altos de ansiedad y depresión relacionados con un consumo reciente de sustancias.

Como segundo objetivo de este trabajo, tratamos de estudiar el perfil sociodemográfico y de consumo y su relación con la psicopatología. De los datos

analizados, tan sólo podríamos destacar algunas tendencias en el grupo de pacientes con “probables casos psiquiátricos”, donde observamos un mayor porcentaje de personas desempleadas y con antecedentes penales, un mayor porcentaje de TCS, un mayor consumo reciente y un porcentaje más alto de uso de la vía de administración intravenosa, en relación a los sujetos que no presentan esta psicopatología. No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas, así como tampoco lo son ninguna del resto de las variables analizadas con este propósito. Este hallazgo nos ha sorprendido, ya que no corroboraría la hipótesis inicial de que los pacientes con psicopatología tendrían un perfil sociodemográfico y de consumo más desfavorable. La mayoría de los estudios de prevalencia realizados con el GHQ-28, salvo el de Swift et al. (1990), sí encuentran diferencias en estos perfiles en función de la psicopatología. Así, Swift et al. (1990) no observaron en su muestra diferencias significativas entre ambos grupos para ninguna de las variables analizadas, excepto para los antecedentes judiciales, donde encontraron más problemas judiciales actuales en el grupo con psicopatología. Por otro lado, Hartgers et al. (1995) encontraron una relación significativa entre la edad, el policonsumo y el consumo por vía intravenosa y una mayor puntuación en el GHQ-28. Darke y cols. (1992b) también observaron esta misma correlación con un mayor consumo de heroína, un peor funcionamiento social, más problemas legales, peor estado general de salud y más conductas de riesgo de contagio del VIH. De forma similar, González-Saiz et al. (1998) concluyeron que entre los pacientes con un “probable caso psiquiátrico”, la gravedad de los problemas relacionados con el consumo, medidos con el *Addiction Severity Index* (ASI), es significativamente mayor que entre los que no tienen psicopatología. Desconocemos la razón última de la discrepancia de nuestros datos con la mayoría de los aportados por la literatura, si bien nosotros la atribuiríamos a problemas de fiabilidad del instrumento de medida de estas variables (la FIBAT), especialmente a la escasa operativización de muchas de sus variables, redundando en una variabilidad inaceptable.

Finalmente, el tercer propósito de este trabajo fue explorar la capacidad predictiva de la psicopatología como factor de riesgo de abandono del tratamiento en CT. Antes de estudiar la posible influencia de la psicopatología sobre la respuesta al tratamiento, hemos querido explorar la relación existente entre las variables que inicialmente consideramos como indicadoras de esa *respuesta* ya que, como veremos, aún no existe consenso sobre qué variables de *resultado* (*outcome*) emplear en las CTs para drogodependientes (De Leon, 1986; Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999). Así, los datos de este trabajo nos permiten concluir que aquellos pacientes que permanecen más tiempo en la CT logran alcanzar más cambios clínicamente relevantes y, consecuentemente, obtienen el alta terapéutica. La razón de ello parece obvia; cuanto mayor sea la estancia, mayor es la duración de la intervención y, por tanto, también es mayor la probabilidad de introducir cambios estables en la conducta adictiva y en la adaptabilidad a un estilo de vida sin sustancias de abuso. Datos

similares han sido observados por otros autores (Fernández-Hermida et al, 2002; Messina, Wish & Nemes, 2000; Secades Villa & Benavente, 2000; Stark, 1992; Tucker, Vuchinich & Harris, 1985). Pero, además de esto observamos que para que un paciente llegue a presentar una mejoría clínicamente relevante, se requieren al menos tres meses de estancia en la CT (sólo un 14% de los pacientes alcanzan estos cambios antes de los 90 días). Este período de estancia en concreto ha sido también valorado por otros autores como el mínimo tiempo necesario para observar cambios terapéuticos en las CTs (Condelli & De Leon, 1993; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1991). Este dato tiene una clara implicación clínica práctica: los equipos terapéuticos de estos centros asistenciales deberían diseñar estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento y evitar el abandono precoz. De esta manera, probablemente aumentaría el porcentaje de pacientes con altas terapéuticas acompañadas realmente de cambios clínicos relevantes. A la luz de estos datos, nosotros proponemos redefinir el concepto de abandono precoz, como aquél que se produce antes de los 90 días.

De forma paralela a este hallazgo, constatamos que la mayoría de pacientes que se marchan con un alta terapéutica obtienen cambios clínicamente relevantes (95.6%), cuestionando así el mantenimiento del concepto de alta por cumplimiento parcial de objetivos como un indicador de proceso dentro del sistema de evaluación de calidad de nuestra red asistencial. Así, la mayoría de pacientes que reciben este tipo de alta (94.1%) no obtienen ningún cambio clínico o bien estos cambios son clínicamente irrelevantes.

La razón de emplear el tiempo de estancia en la CT (con el significado de *retención* o *adherencia*) como una variable de resultado, cuando en realidad es una variable de proceso, se basa en numerosas evidencias que señalan su capacidad predictiva sobre la abstinencia de los pacientes cuando han salido de la CT (Carroll & McGinley, 2000; De Leon & Schwartz, 1984, De Leon, 1991; McCaul et al., 2001; Secades-Vill & Benavente, 2000; Secades & Fernández-Hermida, 2000; Toumbourou, Hamilton & Fallon, 2008). Por ello, se considera una variable de resultado subrogada o vicariante. Su uso deriva de la necesidad de documentar la evolución que los pacientes han presentado durante la estancia en la CT. Esto es especialmente importante en un marco asistencial como el nuestro, donde la CT es un recurso más dentro de una red asistencial. Este hecho se ve reforzado por el dato que encontramos de una elevada asociación entre el tiempo de estancia en el centro y la presentación de cambios clínicamente relevantes, dando lugar a altas terapéuticas. Ello nos lleva a plantear la utilidad de la variable "Impresión Clínica al Alta de la Respuesta al Tratamiento" (ICA-RT) como otra posible variable de resultado subrogada.

Dicho lo anterior, el siguiente paso consistió en explorar si aquellos pacientes con psicopatología tenían una peor respuesta al tratamiento en CT y, en definitiva, un peor pronóstico que los pacientes que no la presentaban. Ya sabemos por la literatura que la presencia de psicopatología en pacientes con TCS dificulta la respuesta al

tratamiento, empeorando su pronóstico (Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah & Spitznagel, 2003; Mueser, Drake & Miles, 2000; Sacks et al., 2008b). Así, los datos de nuestro trabajo señalan que los pacientes con un “probable caso psiquiátrico” permanecen en el recurso menos días, obtienen un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios clínicos menos relevantes, lo que confirma la hipótesis establecida *a priori*. Estos datos son más rotundos si se utiliza el punto de corte del GHQ-28 específico para población drogodependiente. A más abundancia, el análisis de regresión de Cox que hemos realizado establece que los pacientes con psicopatología tendrían un riesgo de abandonar la CT antes de terminar el tratamiento que duplicaría la de los pacientes sin psicopatología. Este hallazgo ha sido también observado por otros autores, señalando además una relación entre la severidad de la psicopatología y la retención en la CT (Condelli, 1994; Mulder et al, 2009). Una de las posibles razones de ello puede venir dada por la peor evolución *per se* de los TMs comórbidos con los TCS. También hay que tener en cuenta que la formación de los profesionales de las CTs para drogodependientes está más orientada al diagnóstico y al manejo de la adicción que a la psicopatología. Algunos trabajos proporcionan datos contrarios, al observar que aquellos pacientes con TM tienen tasas de abandono menores durante los primeros meses de tratamiento (Levin et al., 2004, Agostini, Nunes, Stewart & Quitkin, 1991) pero obtienen tasas muy elevadas a partir de los dos meses de estancia (Levin et al., 2004). En estos trabajos, a diferencia de este primer estudio, la muestra estuvo fundamentalmente constituida por pacientes que consultaron por dependencia de cocaína.

Además de la variable psicopatológica, hemos observado otras variables que tendrían cierto poder predictivo sobre el abandono en CT, tales como la situación judicial, el patrón de policonsumo y estar en PTM. Estos hallazgos también han sido referidos por otros autores evaluando pacientes atendidos en el mismo tipo de recurso (Condelli & Hubbard, 1994; Eland-Goossensen et al., 1998; Fernández-Hermida et al., 2002; Mulder et al., 2009; Sacks et al., 2004). Pensamos que una de las razones de este relativo peor pronóstico de los pacientes en PTM que acceden a las CTs, puede venir dada precisamente por acumular otras variables de mal pronóstico como un mayor porcentaje de policonsumo y de antecedentes penales. Además de esto, es posible que algunos profesionales de este tipo de recursos aún tengan la percepción de una peor evolución *a priori* que pudiese estar condicionando su intervención (Greengerg, Hall & Sorensen, 2007). Probablemente sea necesario seguir adaptando los programas de las CTs para poder atender a los pacientes en PTM con flexibilidad y rigurosidad terapéutica (Sorensen et al, 2009).

Por último, nos ha sorprendido el dato de encontrar la edad como factor protector relativo de abandono precoz en la CT, cuando la literatura considera esta variable como inconsistente a la hora de predecir el abandono o no del programa (Condelli & De Leon, 1993; Condelli, 1994; Secades-Villa & Benavente, 2000; Secades-Villa & Fernández-Hermida, 2000). Pensamos que una posible explicación podría venir del

hecho de que los pacientes que tienen mayor edad, por lo general, han pasado por un mayor número de tratamientos y, por tanto, han tenido experiencias previas de fracaso y conocen mejor sus límites dentro del recurso. Asimismo, son personas que suelen controlar mejor su control de impulsos y podrían tener más claros sus objetivos y metas dentro de la CT. Sin embargo, se trata sólo de una especulación que tendría que ser contrastada.

Una de las limitaciones de nuestro trabajo viene dada por las propias cortapisas del instrumento de medida que hemos empleado: la escala GHQ-28. En primer lugar, su inespecificidad. En este sentido, ya hemos comentado con anterioridad que se trata de un instrumento pensado para el *screening* de psicopatología en población general atendida en atención primaria de salud y que, a pesar del empleo de un punto de corte *ad hoc*, sigue sin tener en cuenta las peculiaridades de la población drogodependiente. En segundo lugar, su limitada validez de contenido. Aunque el GHQ-28 detecta los síntomas depresivos y ansiosos que son los más comunes en esta población (Astals et al., 2008; Hasin et al, 1996; Rodríguez-Lera et al., 2006; Ross et al, 1988), uno de los inconvenientes que sigue presentando esta escala es la ausencia de ítems para la evaluación de los trastornos psicóticos y de personalidad, por lo que se estaría infravalorando la prevalencia de psicopatología. Finalmente, su carácter de instrumento autoadministrado. Nuestra impresión general es que el uso de las escalas autoadministradas en población drogodependiente se acompaña de problemas significativos de fiabilidad. Esto nos parece especialmente llamativo en las escalas que miden aspectos actitudinales y en las que, como es el caso, tratan de poner en relación el consumo de sustancias con la psicopatología. Dada la enorme utilidad clínica y epidemiológica que podría suponer el empleo rutinario de escalas de cribado en centros de drogodependencias, los futuros estudios con propósitos de detección de psicopatología deberían contemplar el uso de instrumentos de *screening* que salvaran estos inconvenientes, es decir, que fuesen herramientas específicamente diseñadas para población de adictos a sustancias, que tuviesen una adecuada validez de contenido y que fuesen entrevistas clínicas heteroadministradas, tales como la Escala de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD) (Mestre et al., 2010).

Este trabajo señala una elevada proporción de casos de consumidores de cocaína atendidos en las CTs públicas de Andalucía. Dada la elevada prevalencia de psicopatología entre consumidores de cocaína reportada en la literatura, nos planteamos la posibilidad de realizar un estudio con el propósito de profundizar en la evaluación de la misma pero empleando un instrumento que sea capaz de diagnosticar con fiabilidad esta psicopatología.

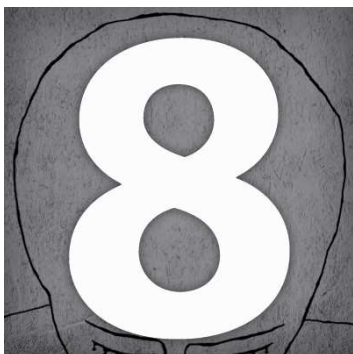
En definitiva, de los datos de este estudio se pueden extraer importantes implicaciones clínicas. Se evidencia que existe una alta prevalencia de probables casos psiquiátricos no detectados antes de la entrada en CT. Además, se ha mostrado que esta variable es buena predictora de la retención en tratamiento y por lo tanto, es

necesario realizar una evaluación sistemática y rutinaria de la psicopatología en los servicios de atención a personas con consumo de sustancias. Éste sería el paso previo necesario para la planificación individualizada del tratamiento y para dar a los pacientes una intervención específica de mayor calidad. Asimismo, es necesario tener en cuenta otras variables relacionadas con las características individuales, ya que pueden ayudar a los miembros del equipo terapéutico a evitar un abandono precoz del programa a través de intervenciones singulares con las necesidades de cada paciente, tales como programas de apoyo judicial o una adaptación del recurso a personas que siguen un PTM.

6. CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos de este estudio, podemos derivar las siguientes conclusiones:

- Los trastornos derivados del consumo de sustancias que están relacionados con un mayor número de demandas de tratamiento son los relacionados con la cocaína, seguidos, muy por debajo, por los de alcohol y opiáceos. Asimismo, cerca de la mitad de los pacientes que ingresan en comunidad terapéutica presentan un patrón de policonsumo.
- Se observa una alta prevalencia de probables casos psiquiátricos entre los pacientes consumidores de sustancias que ingresan para recibir tratamiento en comunidades terapéuticas ($p.c \geq 5 = 68\%$; $p.c \geq 7 = 57.5\%$). Además, se encuentra una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en estos pacientes.
- Los pacientes con trastornos por consumo de sustancias que ingresan en comunidades terapéuticas públicas presentan un deterioro psicosocial generalizado y una severidad importante en la historia de consumo. Además, no existe diferencias en este perfil entre el grupo con “probable caso psiquiátrico” en comparación con el grupo con sólo trastornos por consumo de sustancias.
- La mayoría de los pacientes que presentaban un “probable caso psiquiátrico” no habían sido diagnosticados previamente al ingreso.
- Aquellos pacientes que permanecen más tiempo dentro de la comunidad terapéutica logran alcanzar cambios clínicamente más relevantes y, consecuentemente, obtienen más altas terapéuticas. Asimismo, el grupo de personas que presenta un “probable caso psiquiátrico”, en relación con el grupo que no lo presenta, permanece en el recurso menos días, obtiene un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios menos relevantes. Por tanto, estos pacientes tienen una peor respuesta al tratamiento y, en definitiva, un peor pronóstico que los pacientes que no presentan “probable caso psiquiátrico”.
- En relación con las variables predictivas de abandono precoz de la comunidad terapéutica observamos, en primer lugar, que aquellos pacientes que presentan un “probable caso psiquiátrico” tienen un riesgo de abandonar el tratamiento antes de terminarlo que duplica al de los pacientes sin probable psicopatología. En segundo lugar, otras variables distintas de la psicopatología relacionada con los pacientes, tales como los antecedentes judiciales, el policonsumo y permanecer en PTM, tienen cierto valor predictivo sobre el abandono en comunidad terapéutica. Por último, la variable edad resulta ser un factor protector relativo de abandono precoz de este recurso.



ESTUDIO 2

COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA QUE INGRESAN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El estudio que se presenta a continuación es fruto de la prolongación del trabajo desarrollado en el capítulo anterior. Dado que sus resultados señalaron que el trastorno por consumo de cocaína determina el mayor número de demandas de tratamiento en las comunidades terapéuticas públicas de Andalucía, este segundo estudio tiene como objetivo fundamental conocer la prevalencia de patología dual entre estas personas. Para soslayar una de las limitaciones del primer estudio, en esta ocasión se emplea como instrumento de medida una entrevista diagnóstica estandarizada y específica para esta población. El conocimiento del perfil de este grupo de pacientes nos permitirá diseñar un tercer estudio con el propósito de evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento de estos pacientes.

1. INTRODUCCIÓN

La cocaína es una sustancia de abuso conocida desde la antigüedad. Su historia ha estado marcada por la contradicción de ser una droga que, por un lado, desencadena consecuencias negativas a nivel psíquico, físico y social y, por el otro, posee una buena aceptación entre jóvenes y adultos. Así, los consumidores a pesar de conocer sus secuelas, minimizan sus consecuencias debido a la sensación de euforia que produce a corto plazo.

El consumo de esta sustancia y su problemática asociada está muy extendido entre la población general y ha ido aumentando en Europa desde mediados de la década de los noventa. En la actualidad, las encuestas muestran que en numerosos países de la Unión Europea, incluido España, la cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias psicoactivas ilegales más consumidas en la población general, por detrás del cannabis. De acuerdo con los últimos datos, el 3.9% de adultos jóvenes entre los 15 y los 34 años ha consumido cocaína en algún momento de su vida (EMCDDA, 2009). En España, el aumento de consumo de cocaína ha ido creciendo desde 1995. En el año 2007/2008, el 8% de los españoles entre 15 y 64 años afirmaba haber probado alguna vez cocaína en polvo y el 1.8% cocaína en base (Informe EDADES, 2008).

Las CTs constituyen un recurso clave para el abordaje de esta adicción en el contexto de una red asistencial más amplia y diversificada (Levin et al, 2004b). Estos programas residenciales pretenden introducir cambios significativos en el estilo de vida de los pacientes que pasan por alcanzar una abstinencia sostenida de sustancias psicoactivas, una reducción de las conductas antisociales y delictivas asociadas, desarrollar estrategias de búsqueda de empleo y la promoción de valores prosociales (Bunt, Muehlbach & Moed, 2008). Una de las características fundamentales del modelo de CT tradicional viene dada por la implantación de un programa dirigido predominantemente a la conducta adictiva, desarrollado por profesionales con una formación enfocada a este ámbito y diseñado desde un paradigma psicoeducativo. Este modelo, tal cual, podría dificultar el diagnóstico y la atención de las necesidades específicas de aquellos pacientes con patología dual. Por ello, un primer paso para el diseño de estrategias para la mejora asistencial de esta especificidad, es conocer la dimensión del problema de la manera más precisa posible.

Bajo este prisma, las preguntas fundamentales que nos planteamos son, ¿cuántas personas con TCS presentan otro TM?, ¿cuál es la prevalencia de comorbilidad psicopatológica entre los consumidores de cocaína?, ¿cuántas de estas personas siguen un tratamiento en CT?

En primer lugar, estudios epidemiológicos realizados en población adulta, tanto en Estados Unidos como en Europa, han demostrado que los TMs son comunes en

poblaciones consumidoras de sustancias (Compton, Thomas, Conway & Colliver, 2005; Pavarin, 2006). El estudio *Epidemiological Catchment Area* (ECA) reveló que el 71.2% de las personas con abuso o dependencia de sustancias padecieron un TM comórbido a lo largo de la vida (Anthony & Helzer, 1991). Los datos de otro trabajo realizado en población general, el *National Comorbidity Survey* (NCS), mostraron que el 65.5% de los pacientes con dependencia de alguna sustancia padeció al menos un TM a lo largo de su vida (Kessler et al., 1996).

Por otro lado, entre el 30-60% de las personas con problemas derivados del consumo de cocaína presentan un TM concomitante (Carroll & Rounsaville, 1992; Falck et al., 2004; Herrero et al., 2008; Kleinman et al., 1990). Por ejemplo, en un estudio realizado con una muestra de 70 pacientes consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio se encontró que el 47% de la muestra había padecido un trastorno depresivo a lo largo de la vida y, un 21%, un TAP (Kleiman et al., 1990). Los resultados de otro estudio llevado a cabo con una muestra no clínica formada por 313 consumidores de cocaína (*crack*), indicaron que un 36.4% padeció comorbilidad psicopatológica y, de este grupo, en el 25.2% de los casos, la concomitancia fue con un trastorno derivado del consumo de cocaína. En un reciente estudio, Herrero et al. (2008), con 139 jóvenes consumidores regulares de cocaína, encontraron que cerca del 42.5% de los individuos presentaron algún TM comórbido. Los trastornos más comunes fueron los TEA (26.6%) y los TA (13%).

Finalmente, dentro de los trabajos epidemiológicos, son pocos los que han abordado el estudio de la prevalencia de comorbilidad psicopatológica en CT. Entre ellos, Levin et al. (1994) observaron que el 75% de una muestra de 135 personas consumidoras de cocaína ingresadas en CT presentaba al menos un TM (además del TCS). Mulder et al., (2008) en una muestra de 200 pacientes ingresados en CT encontraron que, a lo largo de la vida, el 91% presentó un TAP, el 44% reunía criterios de TDM, el 24% de trastorno bipolar, el 31% presentaba fobia social y el 20% TEP y TAG.

La variabilidad observada entre estas prevalencias puede atribuirse, por un lado, a las variaciones en las tendencias de la población debido a la disponibilidad de las sustancias en cada momento y, por otro, a las diferencias en el proceso de muestreo. Además de ello, es importante tener en cuenta las variaciones en los criterios diagnósticos. Éstos han evolucionado con el tiempo desde la denominación de trastornos *primarios* y *secundarios* (Feighner, 1972), pasando por los términos *orgánicos* y *no orgánicos* de los sistemas de clasificación del *Research Diagnosis Criteria* (RDC) (Spitzer et al., 1978), el DSM-III (APA, 1980) y el DSM-III-R (APA, 1987), hasta los *actuales* del DSM-IV-R (APA, 2000) que ofrecen criterios para diferenciar los *trastornos primarios* o *independientes*, de los *trastornos inducidos por sustancias* y de los *efectos esperables por una intoxicación o una abstinencia*.

En cualquier caso, y considerando los datos globalmente, podemos concluir que la prevalencia de comorbilidad psicopatológica entre pacientes consumidores de cualquier sustancia psicoactiva y de cocaína en particular, es muy elevada. Por lo tanto, es importante conocer qué tipo de trastorno presenta cada persona y las características del mismo. Esta distinción será útil para realizar una intervención adecuada y mejorar el pronóstico (Schuchit, 2006).

Dentro del ámbito de la evaluación de la comorbilidad psicopatológica existen diversas entrevistas estructuradas y semi-estructuradas que siguen estos criterios para realizar diagnósticos adecuados. Entre las más utilizadas, se encuentra la *Composite International Diagnostic* (CIDI), desarrollada a petición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la *Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration* y que combina ítems de la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) y del *Present State Examination* (PSE). Está compuesta por módulos que abarcan los trastornos somatomorfos, de ansiedad, del estado de ánimo, psicóticos, de la conducta alimentaria, alteraciones cognitivas y TCS. Además, permite medir la prevalencia de TMs y explorar la gravedad de los mismos. Sin embargo, no está diseñada para diferenciar los TM primarios de los inducidos por el consumo de sustancias.

En estos momentos, la *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorder* (PRISM) (Hasin et al., 1996; Hasin et al., 2006) es uno de los principales instrumentos diagnósticos que trata de evaluar específicamente los distintos trastornos psicopatológicos entre pacientes con TCS, diferenciando entre los efectos esperables por la intoxicación y la abstinencia, los TM inducidos por sustancias y los TM no inducidos (*independientes o primarios*). Esta entrevista ha mostrado parámetros de calidad psicométrica adecuados y ha sido adaptada a nuestro medio (Hasin et al., 1996; Torrens et al., 2004; Hasin et al., 2006; Morgello et al., 2006). Diversos estudios han empleado la PRISM con el propósito de estimar la prevalencia de comorbilidad psicopatológica en jóvenes consumidores (Rodríguez-Llera et al., 2006; Herrero et al., 2007), en pacientes en programas de tratamiento con metadona ambulatorio (Astals et al., 2008) en unidades de patología dual (Nunes et al., 2006) o en unidades de desintoxicación (Nocon et al., 2007). Sin embargo, hasta donde nosotros conocemos, ningún trabajo ha empleado esta entrevista para conocer la prevalencia de comorbilidad psicopatológica en CTs.

En un intento de profundizar en estas cuestiones, este estudio pretende por un lado, describir la prevalencia psicopatológica en personas consumidoras de cocaína ingresadas en CT a través de una entrevista clínica creada específicamente para ello y, por otro, conocer la relación entre la comorbilidad psicopatológica y otras variables psicopatológicas.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general de este estudio es evaluar, desde una perspectiva epidemiológica, la relación existente entre el consumo de cocaína y los TMs comórbidos. Este objetivo se concreta en los dos siguientes:

- **Objetivo 1:** estimar la prevalencia de trastornos psicopatológicos (nivel diagnóstico) en una muestra de pacientes diagnosticados de dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica
- **Objetivo 2:** analizar otras variables psicopatológicas al ingreso en comunidad terapéutica (nivel sintomático) asociadas al consumo de cocaína

En relación a estos objetivos, se han formulado las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 1:** la prevalencia de comorbilidad psicopatológica será probablemente alta
- **Hipótesis 2:** la severidad de los síntomas psicopatológicos será especialmente mayor en el grupo de pacientes con TM comórbido.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño y muestreo

Diseño

Se emplea un diseño observacional, transversal y descriptivo.

Procedencia de los sujetos

Para participar en el estudio, se admitió a pacientes procedentes de las seis CTs públicas del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones situadas en Tarifa y La Línea (Cádiz), Cartaya (Huelva) y Los Palacios (Sevilla) con plazas exclusivas para hombres, y Mijas (Málaga) y Almonte (Huelva) con plazas también para mujeres. Todos estos centros comparten un protocolo clínico homogéneo y aprobado por la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Los participantes accedieron a estos centros residenciales procedentes de CTAs. Los centros residenciales y los centros ambulatorios están coordinados dentro de la misma red asistencial. Cuando los pacientes son dados de alta en la CT, vuelven a ser tratados por su CTA de referencia. Los principales criterios para derivar a un paciente desde un CTA a una CT son: a) pobre respuesta al tratamiento e incapacidad para mantener la abstinencia en el entorno habitual del paciente y b) necesidad de continuidad de cuidados y de tratamiento más intensivo. Las solicitudes de ingreso en las seis CTs son registradas y conducidas mediante un sistema informático único y centralizado.

Criterios de selección

Dados los objetivos del estudio, en la selección de los sujetos de la muestra se adopta una actitud pragmática. Por ello se emplean unos criterios no restrictivos con el propósito de maximizar la representatividad de la muestra seleccionada y la extrapolación de los resultados del estudio. Los criterios de inclusión fueron: a) firmar el consentimiento informado, b) ser mayor de edad, c) saber leer y escribir y d) cumplir criterios diagnósticos de dependencia de cocaína en el último año según criterios DSM-IV. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: a) padecer un deterioro mental orgánico severo y b) tener una abstinencia mayor de 45 días al ingreso en el recurso.

Tipo de muestreo

Se aplicó un muestreo consecutivo no aleatorio, reclutándose a los sujetos según acudían a la CT y cumplían los criterios de selección.

Tamaño muestral

Para entender el por qué del tamaño muestral del presente estudio, es necesario tener presente que los objetivos propuestos aquí deben ser contextualizados en una

investigación más amplia cuyo objetivo fue determinar la estabilidad temporal de los trastornos psicopatológicos en pacientes con dependencia a cocaína.

A partir de aquí, se tomó como referencia para el cálculo muestral las prevalencias publicadas en el estudio de Nunes et al. (2006). Aunque los objetivos no eran exactamente los mismos que los del objetivo principal, en el momento del diseño constituía uno de los pocos artículos publicados que permitían tener una referencia. Se trata de un estudio observacional de seguimiento que pretende conocer la estabilidad del diagnóstico de TDM primario frente al inducido en una muestra de consumidores con diagnóstico de dependencia de sustancias, utilizando como herramienta diagnóstica la PRISM. En el citado artículo se evalúa a 279 pacientes que reúnen criterios de inclusión para su estudio, aunque los análisis se centran exclusivamente en 110 que reunían criterios DSM-IV de TDM. Encuentran que en 54 participantes (19% sobre los 279 pacientes) el trastorno es primario, mientras que en el caso de los 56 pacientes restantes el trastorno es inducido (20% sobre los 279 pacientes). Aunque no se cita expresamente en el artículo, para el diseño de esta investigación se presumió que el 61% restante de los pacientes no presentaba trastornos, ni inducido ni primario.

Para contrastar el objetivo de nuestro estudio partimos de la hipótesis nula de que no existen cambios en la evolución de los trastornos psicopatológicos primarios e inducidos entre el momento basal y el seguimiento. En la comprobación de esta hipótesis se utilizará la prueba χ^2 para muestras relacionadas. Si asumimos que la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa es 0,9 ($1-\beta=0,9$) con un nivel de significación $\alpha=0,05$, el tamaño de la muestra resultante es de 192 participantes. Este cálculo se ha realizado con el software SamplePower 2.0. Dado que los sujetos están en un contexto terapéutico controlado, asumimos un porcentaje de muerte experimental durante el seguimiento del 15%, por lo que el tamaño final de la muestra es de 220 participantes.

Finalmente, dado que el periodo planificado para la recogida de datos lo ha permitido, se entrevistó a 7 pacientes más de los que inicialmente se habían previsto.

3.2. Instrumentos de medida

3.2.1. *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Diseases (PRISM)*

La PRISM es una entrevista clínica semiestructurada diseñada específicamente para el diagnóstico de la comorbilidad psicopatológica en pacientes con TCS.

La entrevista se organiza en diecinueve secciones en las que, tras registrar información general sobre el paciente, se evalúa la historia y los patrones de consumo de sustancias, seguidas por las secciones en las que se exploran los síntomas

psicopatológicos que conforman los criterios diagnósticos DSM-IV para cada uno de los principales TMs. La PRISM evalúa los siguientes trastornos:

- **Trastornos del Eje I:** TCS (incluyendo dependencia y abuso de sustancias), TEAs primarios (depresión mayor, episodios de manía e hipomanía, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, distimia y ciclotimia), TA primarios (trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, TAG y TEP), trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado), trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), y trastornos inducidos por sustancias (TDM, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y TAG).
- **Trastornos del Eje II:** TAP y TLP

Los diagnósticos se realizan en dos marcos temporales de evaluación. Por un lado, la entrevista valora los trastornos *actuales*, es decir, los que están presentes durante el *último año (current)* y, por otro lado, evalúa los trastornos *previos*, es decir, los objetivados con anterioridad al último año (*past*). De manera general, la prevalencia diagnóstica presentada por un paciente “a lo largo de la vida”, incluiría la totalidad de los diagnósticos enunciados con anterioridad observados en ambos períodos temporales, es decir, los *actuales* más los *previos*. En esta tesis y, con propósitos descriptivos, se especificarán otras consideraciones diagnósticas donde corresponda (por ejemplo, prevalencia de uno o más TM, excluidos los diagnósticos de abuso o de dependencia, bien actuales o bien previos).

El criterio establecido por la PRISM para que un TM pueda ser considerado inducido por el consumo de una sustancia, es que debe ocurrir en el contexto de un consumo patológico de la sustancia, entendido como una de las dos siguientes situaciones: a) intoxicación crónica, es decir, un consumo de cuatro o más días a la semana durante un mes, o b) atracones, es decir, un período de tres o más días de consumo continuado. Para diferenciar los síntomas psicopatológicos inducidos de los esperados durante la intoxicación o la abstinencia (es decir, los que están incluidos entre criterios DSM-IV especificados para la intoxicación o la abstinencia de una determinada sustancia), se debe determinar si ha habido un cambio brusco en el patrón de consumo (incremento o disminución), además de considerar cambios en la sintomatología aparecida en un periodo de consumo habitual.

Por tanto, las características principales que hacen de esta entrevista un instrumento específico para la evaluación de la comorbilidad psicopatológica en pacientes con consumo de sustancias son las siguientes. En primer lugar, las secciones que evalúan los TCS están situadas al comienzo de la entrevista, antes de las secciones que valoran los TMs. Esto permite que el entrevistador conozca previamente la historia de consumo del paciente, sirviéndole como coordenadas de referencia para distinguir

entre los efectos esperados de una intoxicación o abstinencia de los TMs primarios o inducidos. En segundo lugar, a lo largo de las secciones de los diferentes TMs se proporcionan pautas específicas de evaluación tales como consideraciones sobre la frecuencia y la duración de los síntomas o criterios explícitos de inclusión o exclusión de los mismos. Con todo, se consigue un marco más adecuado para la evaluación y exploración de la comorbilidad psicopatológica.

Hasin et al. (1996) realizaron un primer análisis de fiabilidad test-retest con una muestra de 172 pacientes, observando unos parámetros de concordancia elevados para la mayoría de los diagnósticos obtenidos. En España, el grupo de Torrens et al. (2004) realizó un estudio de adaptación y validación de la versión española de la PRISM considerando como *patrón oro* los diagnósticos obtenidos a través del método *Longitudinal Expert with All Data* (LEAD). Este sistema se basa en la evaluación de los trastornos por parte de un experto a lo largo del tiempo, utilizando todos los datos disponibles para ello. Este trabajo se realizó con 105 pacientes con TCS y presentó una buena correlación entre los diagnósticos obtenidos mediante la PRISM y el sistema LEAD en TDM, psicosis inducida, TA y los dos trastornos de personalidad valorados (TAP y TLP) (Torrens et al., 2004).

Por todo ello, consideramos la entrevista PRISM como la opción más adecuada para nuestro propósito de medida de la psicopatología a un nivel diagnóstico en pacientes con dependencia de cocaína.

3.2.2. Cocaine Craving Scale (CCS)

La *Cocaine Craving Scale* (CCS) es una escala autoadministrada de síntomas que tiene como objetivo evaluar la intensidad del *craving* en consumidores de cocaína (Weiss et al., 1997a) (ver Anexo 4). Consta de 5 ítems que evalúan los siguientes aspectos: a) la intensidad del *craving* en el momento actual, b) la reactividad ante estímulos ambientales relacionados con el *craving* y c) la probabilidad percibida de consumir si la persona está en un ambiente donde ha consumido habitualmente. La respuesta se codifica mediante una escala tipo Likert que oscila entre cero y nueve. Entre las características psicométricas de este instrumento resalta su consistencia interna con puntuaciones que fluctúan entre valores del coeficiente Alfa de Cronbach que oscilan entre 0.82 a 0.94. Asimismo, está confirmada su estructura unidimensional tras un análisis factorial. La versión española está realizada por Tejero & Trujols (2003).

3.2.3. State Trait Anxiety Inventory (STAI-Estado)

El STAI es un inventario autoadministrado que evalúa síntomas relacionados con la ansiedad (Spielberger et al., 1970) (ver Anexo 5). Consta de dos escalas que miden aspectos diferentes pero relacionados entre sí: el estado y el rasgo. La ansiedad-rasgo sería una parte de la personalidad del individuo, más o menos estable, que se caracteriza por una predisposición a percibir situaciones ambientales como potencialmente amenazantes y su respuesta a las mismas con un grado variable de ansiedad. La ansiedad-estado es entendida como la actitud emocional inmediata ante una situación concreta, siendo el componente de la ansiedad que presenta una mayor variabilidad en cada momento. Se caracteriza por un sentimiento subjetivo, conscientemente percibido de aprehensión y tensión, asociado a la activación del sistema nervioso autónomo que genera reacciones psicofisiológicas (Spielberger, 1966). En este estudio se ha utilizado la escala ansiedad-estado para explorar la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones características de la ansiedad: tensión, preocupación, nerviosismo, inquietud interior y miedo al futuro. Esta escala está compuesta por 20 ítems y dividida en cuatro categorías: *no en absoluto* (0), *un poco* (1), *bastante* (2), *mucho* (3). Una mayor puntuación se correspondería con un mayor grado de severidad de la ansiedad. No existen puntos de corte propuestos sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Este instrumento tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0.89$) y una excelente fiabilidad test-retest ($\alpha=0.88$) (Barnes et al., 2002). Los valores de fiabilidad calculada por el procedimiento de las dos mitades alcanzan un valor de 0.86. La versión española presenta unos índices de consistencia interna entre $\alpha=0.84$ y $\alpha=0.87$ (Spielberger et al., 1970).

3.2.4. Beck Depression Inventory (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems (ver Anexo 6). En este estudio se utiliza su versión breve que se compone de 13. La variable medida es la *gravedad* entendida como la intensidad sintomática de la depresión. La respuesta a cada ítem está codificada siguiendo una escala tipo Likert de cuatro opciones (0 a 3) ofreciendo, por tanto, una puntuación total máxima de 39 puntos. Los puntos de corte propuestos son: 0-4, *Depresión ausente*; 5-7, *Depresión leve*; 8-15, *Depresión moderada* y > 15, *Depresión grave*. El tiempo de pasación de la versión breve es de alrededor de 10 minutos. Este inventario posee una alta consistencia tanto en muestras clínicas como no clínicas con un coeficiente alfa alrededor de 0.92. (Beck, Steer & Brown, 1996). En la adaptación española se obtuvieron niveles elevados de consistencia interna, tanto en muestras de universitarios como en población general y en personas con trastornos psicopatológicos (Sanz, García, Espinosa, Fortún & Vázquez, 2005; Sanz, Navarro & Vázquez, 2003a; Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003b).

3.2.5. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)

El TECVASP es uno de los primeros tests específicos para la medida del constructo de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes drogodependientes y fundamentada teóricamente en el *modelo bi-axial* de la adicción (Lozano, Rojas & Pérez, 2006) (ver Anexo 7). Evalúa los efectos físicos y psicosociales que el consumo habitual de sustancias produce sobre la salud y el funcionamiento diario, así como las respuestas individuales a las mismas. Las categorías físicas exploradas comprenden el estado funcional general del paciente, los síntomas físicos y la dependencia física. Los contenidos de tipo psicosocial evaluados son la dependencia psicológica, algunos síntomas psicológicos generales, el deterioro del funcionamiento cognitivo, la percepción general de la salud, el funcionamiento social y las expectativas del sujeto. El TECVASP es una escala de síntomas autoadministrada constituida por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos [ítems 15, 19, 20 y 21]) con un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas (de 1 a 5). De esta manera, una mayor puntuación total representa una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Los estudios sobre fiabilidad de la TECVASP encuentran valores alfa que oscilan entre 0.79 y 0.84, en función de la sustancia consumida (heroína y cocaína base, clorhidrato de cocaína, cocaína base y alcohol) (Lozano et al., 2006; Lozano et al., 2007).

3.2.6. Escala “Estado General de Salud” del *Opiate Treatment Index* (OTI-Estado)

El OTI es una entrevista clínica semiestructurada cuyo propósito fundamental es la evaluación de la gravedad de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y, de forma comparativa secuencial, la evaluación de los resultados del tratamiento (Darke, Heather, Hall, Ward & Wodak, 1991; Darke, Hall, Wodak, Heather & Ward, 1992a). Está constituida por seis subescalas que siguen un modelo dimensional de puntuación, donde cada una de ellas proporciona una medida de la gravedad o del grado de deterioro en el área de funcionamiento correspondiente. En todas ellas, una mayor puntuación supone una mayor disfunción. En este trabajo se utilizó la subescala *estado general de salud* con el objetivo de medir el estado de salud físico de los pacientes durante los primeros días de ingreso en la CT. Esta subescala se estructura como una lista de comprobación de síntomas (*checklist*) y se divide en 8 secciones, cada una de las cuales mide un conjunto de síntomas agrupables en aparatos y sistemas: general (14 síntomas), problemas relacionados con la inyección (5 síntomas), cardiorespiratorios (9 síntomas), genitourinarios (4 síntomas), ginecológicos (2 síntomas), musculoesqueléticos (3 síntomas), neurológicos (10 síntomas) y gastrointestinales (5 síntomas). Todos los ítems exploran la presencia de los síntomas durante el mes previo a la entrevista, salvo la sección ginecológica en la que se pregunta por las alteraciones que han tenido lugar en los últimos tres meses. Las estimaciones de fiabilidad del OTI aportan valores del coeficiente alfa comprendidos entre 0.71 y 0.78 y una fiabilidad interexaminadores de 0.86. La versión española fue estandarizada por González-Saiz (1997).

3.2.7. *Millon Clinical Multiaxial Inventory III* (MCMI-III)

El Inventario MCMI-III es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación clínica sobre la personalidad. Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado que evalúa la presencia de síntomas de determinados patrones de personalidad y la probabilidad de que dichos patrones constituyan un trastorno de personalidad. El autor plantea que entre la normalidad y la psicopatología no hay diferencias cualitativas sino cuantitativas, existiendo un *continuum* (Millon & Davis, 1998). El modelo se basa en los principios de la evolución, intentando explicar la estructura y los estilos de personalidad con referencia a modos de adaptación ecológica (Millon, 2007)

Las escalas del MCMI se agrupan en las categorías de personalidad y psicopatología para reflejar la distinción que realiza el DSM entre el Eje I y el Eje II. En primer, se distinguen las escalas de las características de personalidad más duraderas del paciente (Eje II), distinguiendo, por un lado, las *dimensiones clínicas de la personalidad* y por otro, las *dimensiones clínicas de la personalidad graves (esquizotípico, límite y paranoide)* y, en segundo lugar, distingue los *trastornos clínicos agudos* (Eje I)

diferenciando entre los *síndromes moderadamente severos* y *síndromes clínicos graves* (*trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante*). Consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso). Una puntuación de tasa base (TB) >75 indica sospecha de presencia de un trastorno de personalidad y TB > 85 señala la severidad del trastorno. El tiempo medio de pasación de la prueba es de 20-30 minutos. Esta herramienta ha sido ampliamente utilizada para estudiar las prevalencias de los síndromes y patrones presentes en consumidores de sustancias, entre ellas, cocaína (Craig & Weinberg, 1992; López & Becoña, 2006; Pedrero et al., 2003).

3.2.8. Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)

Este instrumento es una entrevista clínica semiestructurada que evalúa la presencia de cada uno de los criterios diagnósticos del TDAH según criterios DSM-IV-TR adaptados para adultos (Conners et al., 1999). Se ha empleado su versión española, validada en nuestro medio y que cuenta con adecuadas características psicométricas (Sáez-Francàs et al., 2008). La CAADID consta de dos partes que se administran separadamente. La parte I es una entrevista que contiene preguntas sobre las características demográficas del paciente y explora el desarrollo de los síntomas de TDAH y los factores de riesgo asociados. También contiene preguntas de despistaje de comorbilidad. La parte II está diseñada para identificar la presencia de los 18 criterios diagnósticos DSM-IV-TR en la edad adulta (*actuales*) y, de forma retrospectiva, en la infancia. Para cada uno de los criterios evaluados, se proporcionan ejemplos apropiados para la edad adulta con el propósito de aumentar la fiabilidad diagnóstica. Se ha seguido un procedimiento riguroso para valorar: a) la presencia de los síntomas de desatención e hiperactividad/impulsividad en distintos ámbitos de funcionamiento del sujeto, b) el deterioro clínicamente significativo en distintas áreas de funcionamiento del sujeto y c) el diagnóstico diferencial de los síntomas presentes. Para este último aspecto, y considerando la exigencia de los criterios DSM-IV-TR de que los síntomas de TDAH presentes en cada paciente no estén mejor explicados por otros diagnósticos, se empleó la evaluación psicopatológica procedente de la PRISM.

3.3. Procedimientos

Antes del comienzo del estudio, la investigadora principal (E.V.M.) recibió entrenamiento y estandarización en la PRISM por parte del equipo que la validó, en el *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* (IMIM) del Hospital del Mar de Barcelona. Con posterioridad se realizó un pilotaje consistente en 15 entrevistas con este instrumento a pacientes drogodependientes, finalmente no incluidas en este trabajo. Los puntos de incertidumbre durante esta fase de pilotaje fueron consultados con los profesionales del IMIM y con un psiquiatra supervisor del estudio y conocedor de la

entrevista PRISM. Una vez iniciado el estudio de campo y con objeto de prevenir *vicios diagnósticos* y, por tanto, desvíos potenciales del procedimiento estandarizado de esta herramienta, se realizó un segundo *stage* formativo en el IMIM tras la evaluación de 150 pacientes.

Para realizar cada entrevista, la investigadora de campo se desplaza desde las oficinas de la Fundación FADAIS (Sevilla) hasta cada una de las CTs situadas en distintas provincias de Andalucía (Cádiz, Huelva, Málaga y Sevilla). Esto implicaba una serie de dificultades organizativas para poder adecuarse a los momentos de evaluación de cada uno de los ingresos. Por ello, desarrollamos una serie de pasos previos al comienzo del trabajo de campo:

1. Se diseñó una entrevista de *screening* para evaluar los criterios de inclusión y exclusión del estudio y así, detectar qué pacientes de nuevo ingreso en CT eran potencialmente aptos para la participación en el mismo, maximizando la rentabilidad diagnóstica de la "primera entrevista" con el paciente (ver Anexo 9).
2. Se requirió la participación de un profesional de *enlace* dentro del equipo terapéutico en cada una de las seis CTs. La labor principal de esta figura fue: a) coordinación con la investigadora principal, b) pasación de la entrevista de *screening* y c) facilitar información, de modo global, a los posibles participantes del estudio.
3. Se estableció una vía de coordinación permanente entre la investigadora principal, los enlaces de cada CTs y los directores de las mismas.

Dentro de la primera semana de estancia en la CT, los enlaces de cada CTs realizaban la entrevista de *screening* a los pacientes que reunían el perfil, preestablecido por el siPASDA, para la participación en el estudio. Al finalizar el cribado, si cumplían los criterios de selección, el enlace les informaba del estudio que se estaba desarrollando y valoraba su disposición a participar en el mismo. Así, los sujetos seleccionados eran citados para una entrevista cara a cara con la investigadora principal entre los días 15 y 25 del ingreso. La selección de este criterio temporal se estableció en base a dos aspectos. En primer lugar, se tuvieron en cuenta cuestiones de tipo organizativo, ya que era necesario que el paciente, tras la breve entrevista de *screening*, fuese citado de nuevo en los días indicados, de forma que no se solaparan dos entrevistas el mismo día en distintas CTs. En segundo lugar, se intentó interferir lo mínimo posible en la fase inicial de evaluación y tratamiento que los pacientes de nuevo ingreso siguen en las CTs de forma protocolizada.

Para la realización de la *primera entrevista*, los pacientes eran citados siempre en horario de mañana. Se comenzaba con una presentación general y con la firma del

consentimiento informado (ver Anexo 10). Esta entrevista estaba constituida por una batería formada por los instrumentos anteriormente citados. En primer lugar, se registraban los datos sociodemográficos y se pasaba la *Escala general de salud* del OTI. Posteriormente, se realizaba la entrevista diagnóstica PRISM, seguida de la CAADID. Una vez finalizadas, se le hacía entrega al paciente de las escalas autoadministradas (CCS, BDI, STAI-Estado y TECVASP) para que las cumplimentara delante de la entrevistadora. Este tiempo permitía a la investigadora principal repasar las respuestas a las entrevistas heteroadministradas y, en caso necesario, poder completar algún dato con el paciente aún delante. Para terminar, se le hacía entrega al paciente del MCMI-III para que lo cumplimentara en la misma tarde de la entrevista.

La entrevista se realizaba en dos tiempos separados por un descanso para evitar la fatiga del paciente. El tiempo total de realización de las entrevistas oscilaba entre 3 y 5 horas, por lo que sólo se podía realizar una entrevista por día, especialmente si tenemos en cuenta las dificultades logísticas mencionadas.

3.4. Análisis estadístico

Se emplean estadísticos descriptivos para caracterizar la muestra que ha participado en el estudio. La estimación de la prevalencia (proporción) de cada TM se acompaña del correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Las comparaciones entre grupos (pacientes que presentan sólo TCS respecto de los que cumplen, además, criterios de otros TM) se realizaron mediante la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) en el caso de las variables cualitativas y mediante el estadístico T de Student (t) en el caso de las variables dependientes cuantitativas. Además, se realizó un análisis de varianza ANOVA de un factor en el caso de que las variables independientes tuvieran más de dos niveles.

Todas las estimaciones se realizaron considerando un nivel de significación del 5% ($p < 0.05$). Se emplearon los paquetes estadísticos SPSS versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) y *Stata version* 10.0.

Dado que el tamaño de la muestra no fue calculado para el objetivo del presente estudio concretamente, se ha considerado oportuno hacer una estimación *post-hoc* de la potencia de los resultados obtenidos en la estimación de las prevalencias. Se ha encontrado una potencia superior a 0.85% para todas las prevalencias de trastornos, correspondiendo ésta a la prevalencia encontrada para algún diagnóstico del Eje I a lo largo de la vida. Así pues, los resultados encontrados poseen una potencia estadística superior al 0.8 recomendada por diferentes autores (Cohen, 1988).

4. RESULTADOS

El rango de edad de los pacientes osciló entre los 20 y los 55 años, con una media de 34.6 (DT=7.5). Como se expone en la tabla 39, el 91.2% fueron hombres y el 8.8% mujeres. Un 57.3% de los participantes eran solteros frente a un 10.1% que estaban casados. Alrededor de un 19% de la muestra no contaba con ningún tipo de estudios, frente a un 65.6% que había finalizado los estudios primarios y un 15.4% estudios secundarios. Por otra parte, un 67.4% se encontraba en situación de desempleo frente a un 20.3% que estaba trabajando antes de su ingreso en CT. En relación a lo anterior, cabe resaltar que más del 45% de las personas no percibía ningún tipo de ingresos y un 68.7% vivía con algún familiar. Finalmente, en relación a la situación judicial, más del 50% había tenido algún encarcelamiento (28.6% en calabozo y un 30% en prisión). En el momento del estudio tan sólo un 51.5% no tenía alguna causa pendiente con la justicia. Asimismo, casi un 80% había recibido tratamientos previos por problemas relacionados con el consumo de sustancias y alrededor del 49% de los individuos había realizado tratamientos previos por algún problema psicopatológico, si bien tan sólo un 18.1% ingresaba en CT con diagnóstico psicopatológico previo.

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=227	TOTAL n (%)		TOTAL n (%)
Sexo Hombre Mujer	207 (91.2) 20 (8.8)	Edad (media-dt)	34.63 (7.55)
Estado civil Soltero Casado Divorciado Separado Vive en pareja Viudo	130 (57.3) 23 (10.1) 25 (11) 28 (12.3) 20 (8.8) 1 (.4)	Convivencia último año Solo Familiares Pareja Amigos Prisión	39 (17.2) 156 (68.7) 16 (7) 14 (6.2) 2 (.9)
Nivel de estudios Sin estudios Estudios 1º Estudios 2ª Estudios Superiores	43 (18.9) 149 (65.6) 32 (14.1) 3(1.3)	Situación Laboral Empleado de Baja Desempleado Pensionista/Invalidez	46 (20.3) 153 (67.4) 28 (12.3)
Ingresos Mensuales 0 euros 1-600 euros 601-1000 euros >1000 euros	104 (45.8) 78 (34.4) 36 (15.9) 9 (4)	Situación judicial Ninguna Algún proceso Condena Arresto o Detención Otros	117 (51.5) 63 /27.8) 26 (11.5) 8 (3.5) 13 (5.7)
Encarcelamientos No Calabozo Prisión	94 (41.4) 65 (28.6) 68 (30)	Tiempo en Prisión/Calabozo 0 días 1-3 días 4-90 días >90 días	63 (27.8) 34 (15) 48 (21.1) 82 (36.1)
Diagnóstico TM antes del ingreso CT* Sí No	41 (18.1) 186 (81.9)	Tratamiento Psicopatológico Previo Ambulatorio Hospitalario Ambos Ninguno	59 (26) 13 (5.7) 26 (11.5) 129 (56.8)
Tratamiento Previo por TCS Sí No	178 (78.4) 49 (21.6)	Enfermedades Infecciosas VIH Hepatitis B Hepatitis C Serolues	17 (7.5) 19 (8.4) 63 (27.8) 8 (3.5)

Tabla 39: Variables sociodemográficas del total de la muestra. *Pacientes diagnosticados de algún TM (además de TCS) antes del ingreso en CT

La tabla 40 muestra las variables relacionadas con el consumo en función de las distintas sustancias. La *edad de consumo patológico* se refiere a la edad en la que los pacientes empezaron a consumir alguna de las sustancias siguiendo los patrones de consumo definidos como *intoxicación crónica* o *consumo en atracones*. Por ser la dependencia de cocaína un criterio de inclusión, y por definición, todos los sujetos de la muestra presentan consumo de cocaína con alguno de estos dos patrones de consumo. Además de la dependencia de cocaína, los TCS más prevalentes fueron los derivados por el consumo de heroína y cannabis con un 67.84%, seguidos del trastorno por consumo de alcohol, con más de la mitad de los pacientes, y por el consumo de sedantes con casi un 30%.

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=227	TOTAL n (%)		TOTAL n (%)
CLORHIDRATO DE COCAÍNA+ - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico (media-dt)& - Tiempo de consumo patológico (media-dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso (media-dt) - Meses de abstinencia en el último año media (dt) - Cantidad media por día consumida en el último año (media-dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso*** - Vía de consumo - Esnifada - Intravenosa	149 (65.6) 194 (85.5) 21.14 (6.25) 6.31 (5.07) 13.79 (9.93) 1.64 (2.51) 1.46 (2.51) 41 (18.1) 47 (20.7) 76 (95) 4 (5)	COCAÍNA BASE + - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico (media-dt) & - Tiempo de consumo patológico (media-dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso (media-dt) - Meses de abstinencia en el último año (media-dt) - Cantidad media por día consumida en el último año (media-dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso*** - Vía de consumo - Inhalada - Intravenosa	169 (74.4) 177 (78) 24.15 (6.95) 9.37 (6.49) 22.68 (9.26) 1.96 (2.74) 1.17 (1.5) 133 (58.6) 130 (57.3) 162 (97.6) 4 (2.4)
HEROÍNA + - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico (media-dt)& - Tiempo de consumo patológico (media-dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso (media-dt) - Meses de abstinencia en el último año (media-dt) - Cantidad media por día consumida en el último año media (dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso*** - Vía de consumo - Inhalada - Esnifada - Intravenosa	154 (67.8) 159 (70) 21.45 (6.26) 10.05 (7.29) 22.97 (9.30) 1.96 (2.74) .463 (.59) 93 (41) 92 (40.5) 114 (93.4) 1 (.8) 7 (5.7)	CANNABIS + - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico (media-dt) & - Tiempo de consumo patológico (media-dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso media (dt) - Meses de abstinencia en el último año media (dt) - Cantidad media por día consumida en el último año media (dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso***	154 (67.8) 179 (78.9) 15.69 (3.48) 12.43 (7.56) 26.97 (6.73) 1.31 (2.73) 8.34 (7.74) 74 (32.6) 55 (24.2)
ALUCINÓGENOS + - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico(media-dt) & - Tiempo de consumo patológico (media-dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso media (dt) - Meses de abstinencia en el último año (media-dt) - Cantidad media por día consumida en el último año. media (dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso***	29 (12.8) 56 (24.7) 19.62 (4.59) 3.87 (3.42) - - - -	ESTIMULANTES + - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico(media-dt) & - Tiempo de consumo patológico (media-dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso media (dt) - Meses de abstinencia en el último año media (dt) - Cantidad media por día consumida en el último año media (dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso***	35 (15.4) 56 (24.7) 18.91 (4.04) 4.52 (4.02) - - - -
METADONA + - Consumo esporádico++ - Edad consumo patológico media (dt) & - Tiempo de consumo patológico media (dt)* - Días de consumo en el último mes antes del ingreso media (dt) - Meses de abstinencia en el último año (media-dt) - Cantidad media por día consumida en el último año media (dt) - Intoxicación crónica en el último mes antes del ingreso** - Atracónes en el último mes antes del ingreso***	18 (7.3) 32 (14.1) 30.17(7.75) 4.30(5.82) 25.33 (16.37) 4.5 (4.39) 41.45 (37.44) 11 (4.8) 7 (3.1)	Alguna vez uso intravenoso - Sí - Cocaína - Heroína	71 (31.3) 61 (26.9) 62 (27.3)

Tabla 40: Variables relacionadas con el consumo de sustancias. +Personas que han consumido alguna vez en la vida alguna sustancia con el patrón de consumo de intoxicación crónica o atracónes. ++ Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año. & Edad de consumo patológico: patrón de intoxicación crónica o atracónes. *Expresado en años. **Intoxicación Crónica: consumo al menos cuatro días por semana durante un mes. ***Atracónes: consumo durante al menos tres días seguidos durante la mayor parte del día.

4.1. Estimar la prevalencia de trastornos psicopatológicos (nivel diagnóstico) en una muestra de pacientes con dependencia de cocaína tratados en régimen de comunidad terapéutica

La tabla 41 y la tabla 42 muestran las diferencias inter-grupos (personas con presencia **sólo de TCS** versus personas con criterios para **otros TMs**) para el conjunto de variables sociodemográficas y de consumo relacionadas.

Como ya ocurriera en el anterior estudio, los valores de las variables de las características sociodemográficas entre ambos grupos son muy similares. Si bien, existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable *situación laboral* ($X^2= 13.94$; $p<0.01$), ya que se encuentra un mayor número de desempleados entre las personas sólo con TCS y una mayor prevalencia de pensionistas o personas con una incapacidad laboral en el grupo de personas con otros TMs. Asimismo, el grupo de pacientes que presentan otros TMs muestra un porcentaje más elevado de *tratamientos psicopatológicos* ($X^2=24.99$; $p<0.01$) y *diagnósticos de algún TM antes del ingreso en CT* ($X^2=8.63$; $p<0.05$). Aún así, tan sólo un 23.5% de estos pacientes estaba diagnosticado de otros TMs antes de la entrada en el recurso. Como puede observarse, aunque no se alcanzan diferencias significativas al comparar los grupos, puede apreciarse que los pacientes con otros TM presentan una edad más avanzada y un porcentaje más elevado de tratamientos previos por problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Con respecto a las variables relacionadas con el consumo, existen algunas diferencias entre ambos grupos. Así, el grupo con *otros TMs* presenta, con todas las sustancias en general, una cantidad diaria de consumo más elevada, con un mayor número de *atracones y/o intoxicación crónica* y durante un periodo de tiempo más prolongado. *Grosso modo*, se observa una severidad del consumo más elevada en este grupo respecto de las personas que sólo presentan TCS.

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=227	Sólo TCS+ n (%) 78 (34.4)	Otros TM** n (%) 149 (65.6)	p		Sólo TCS+ n (%) 78 (34.4)	Otros TM ** n (%) 149 (65.6)	p
Sexo			.157	Edad (media-dt)	33.37 (7.9)	35.30 (7.29)	.068
Hombre	74 (94.9)	133 (89.3)					
Mujer	4 (5.1)	16 (10.7)					
Estado civil			.139	Convivencia último año			.296
Soltero	46 (59)	84 (56.4)		Solo	11 (14.1)	28 (18.8)	
Casado	12 (15.4)	11 (7.4)		Familiares	56 (71.8)	100 (67.1)	
Divorciado	5 (6.4)	20 (13.4)		Pareja	5 (6.4)	11 (7.4)	
Separado	9 (11.5)	19 (12.8)		Amigos	4 (5.1)	10 (6.7)	
Vive en pareja	5 (6.4)	15 (10.1)		Prisión	2 (2.6)	0 (0)	
Viudo	1 (1.3)	0 (0)					
Nivel de estudios			.355	Situación Laboral			.001*
Sin estudios	15 (19.2)	28 (18.8)		Empleado de Baja	9 (11.5)	37 (24.8)	
Estudios 1º	55 (70.5)	94 (63.1)		Desempleado	65 (83.3)	88 (59.1)	
Estudios 2ª	8 (10.3)	24 (16.1)		Pensionista/Invalidez	4 (5.1)	24 (16.1)	
Estudios Superiores	0 (0)	3 (2)					
Ingresos Mensuales			.119	Situación judicial			.857
0 euros	40 (51.3)	64 (43)		Ninguna	41 (52.6)	76 (51)	
1-600 euros	19 (24.4)	59 (39.6)		Algún proceso	20 (25.6)	43 (28.9)	
600-1000 euros	16 (20.5)	20 (13.4)		Condena	9 (11.5)	17 (11.4)	
>1000 euros	3 (3.8)	6 (4)		Arresto o Detención	2 (2.6)	6 (4)	
				Otros	6 (7.7)	7 (4.7)	
Encarcelamientos			.854	Tiempo en Prisión/Calabozo			.687
No	32 (41)	62 (41.6)		0 días	19 (24.4)	44 (29.5)	
Calabozo	24 (30.8)	41 (27.5)		1-3 días	14 (17.9)	20 (13.4)	
Prisión	22 (28.2)	46 (30.9)		4-90 días	18 (23.1)	30 (20.1)	
				>90 días	27 (34.6)	55 (36.9)	
Diagnóstico previo TM ***			.003*	Tratamiento Psicopatológico Previo			.000*
Sí	6 (7.7)	35 (23.5)		Ambulatorio	13 (16.7)	46 (30.9)	
No	72 (92.3)	114 (76.5)		Hospitalario	3 (3.8)	10 (6.7)	
				Ambos	1 (1.3)	25 (16.8)	
				Ninguno	61 (78.2)	68 (45.6)	
Tratamiento Previo por TCS			.079	Enfermedades Infecciosas			
Sí	56 (71.8)	122 (81.9)		VIH	5 (6.5)	12 (8.1)	.655
No	22 (28.2)	27 (18.1)		Hepatitis B	7 (9)	12 (8.1)	.812
				Hepatitis C	18 (23.1)	45 (30.2)	.255
				Serolues	3 (3.8)	5 (3.4)	.849

Tabla 41: Comparación de las variables sociodemográficas entre el grupo con sólo TCS con respecto al grupo de pacientes que presentaron otros TMs. *Sólo presencia de trastornos por consumo de sustancias a lo largo de la vida ** Presencia de algún TM, no TCS, alguna vez en la vida según PRISM. Incluye los trastornos del Eje I y/o del Eje II evaluados por la PRISM *** Pacientes diagnosticados de algún TM antes del ingreso en CT. * Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$.

n=227	TOTAL n (%)	Sólo TCS & 78 (34.4)	Otros TM && 149 (65.6)	p
CLORHIDRATO DE COCAÍNA				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	149 (65.64)	50 (64.10)	99 (66.4)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	194 (85.5)	68 (87.2)	126 (84.6)	.595
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	21.14 (6.25)	21.44 (5.8)	20.98 (6.48)	.680
Días de consumo en el último mes (media-dt)	6.31 (5.07)	5.56 (4.7)	6.69 (5.22)	.202
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	13.79 (9.93)	12.66 (9.42)	14.46 (10.26)	.460
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	1.64 (2.51)	2.09 (2.73)	1.41 (2.39)	.262
Intoxicación crónica en el último mes	1.46 (2.51)	1.01 (.70)	1.65 (1.38)	.023**
Atracones en el último mes	41 (18.1)	13 (16.7)	28 (18.8)	.693
Vía de consumo	47 (20.7)	14 (17.9)	33 (22.1)	.458
Esnifada	76 (95)	26 (92.9)	50 (96.2)	
Intravenosa	4 (5)	2 (7.1)	2 (3.8)	.519
COCAÍNA BASE				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	169 (74.4)	57 (73.07)	112 (75.16)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	177 (78)	59 (75.6)	118 (79.2)	.540
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	24.15 (6.95)	24.45 (6.66)	24 (7.12)	.94
Días de consumo en el último mes (media-dt)	9.37 (6.49)	8.05 (5.92)	10.04 (6.7)	.06
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	22.68 (9.26)	24.44 (8.41)	15.37 (12.81)	.082
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	1.96 (2.74)	2.08 (2.73)	1.88 (2.79)	.672
Intoxicación crónica en el último mes	1.17 (1.5)	.739 (.711)	1.37 (1.72)	.011**
Atracones en el último mes	133 (58.6)	48 (61.5)	85 (57)	.514
Vía de consumo	130 (57.3)	43 (55.1)	87 (58.4)	.637
Esnifada	162 (97.6)	51 (96.2)	111 (98.2)	
Intravenosa	4 (2.4)	2 (3.8)	2 (1.8)	.433
HEROÍNA				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	154 (67.84)	55 (70.51)	99 (66.44)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	159 (70)	55 (70.5)	104 (69.8)	.911
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	21.45 (6.26)	21.38 (5.53)	21.49 (6.65)	.915
Días de consumo en el último mes (media-dt)	10.05 (7.29)	8.53 (6.71)	10.87 (7.49)	.057
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	22.97 (9.30)	24.38 (8.94)	22.20 (9.47)	.241
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	1.96 (2.74)	2.16 (2.79)	1.85 (2.72)	.570
Intoxicación crónica en el último mes	.463 (.59)	.339 (.473)	.526 (.63)	.104
Atracones en el último mes	93 (41)	34 (43.6)	59 (39.6)	.561
Vía de consumo	92 (40.5)	33 (42.3)	59 (39.6)	.693
Inhalada	114 (93.4)	37 (92.5)	77 (93.9)	
Esnifada	1 (8)	0 (0)	1 (1.2)	.665
Intravenosa	7 (5.7)	3 (7.5)	4 (4.9)	
ALCOHOL				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	129 (56.82)	41 (52.56)	88 (59.09)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	164 (72.2)	55 (70.5)	109 (73.2)	.673
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	18.84 (6.24)	19.35 (5.87)	18.60 (6.42)	.526
Días de consumo en el último mes (media-dt)	11.91 (8.14)	10.4 (7.27)	12.63 (8.43)	.136
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	21.82 (9.98)	20.63 (10.48)	22.37 (9.80)	.503
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	1.94 (3.07)	2.03 (3.01)	1.89 (3.12)	.847
Intoxicación crónica en el último mes	12.19 (8.22)	11.30 (8.14)	12.59 (8.30)	.512
Atracones en el último mes	54 (23.8)	16 (20.5)	38 (25.5)	.402
	51 (22.5)	18 (23.1)	33 (22.1)	.873
CANNABIS				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	154 (67.84)	47 (60.25)	107 (71.81)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	179 (78.9)	55 (70.5)	124 (83.2)	.026**
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	15.69 (3.48)	16.11 (3.08)	15.51 (3.64)	.333
Días de consumo en el último mes (media-dt)	12.43 (7.56)	11.41 (6.09)	12.85 (8.08)	.229
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	26.97 (6.73)	28.39 (5.51)	26.39 (7.14)	.233
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	1.31 (2.73)	.93 (1.92)	1.46 (2.99)	.432
Intoxicación crónica en el último mes	8.34 (7.74)	9.46 (6.21)	7.88 (8.30)	.396
Atracones en el último mes	74 (32.6)	25 (32.1)	49 (32.9)	.899
	55 (24.2)	15 (19.2)	40 (26.8)	.203
SEDANTES/HIPNÓTICOS				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	68 (29.9)	15 (19.23)	53 (35.57)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	101 (44.5)	27 (34.6)	74 (49.7)	.030**
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	23.76 (8.86)	24 (9.92)	23.47 (8.62)	.612
Días de consumo en el último mes (media-dt)	9.31 (7.23)	8.29 (7.15)	9.59 (7.29)	.542
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	24.97 (8.76)	28.11 (4.96)	24.15 (9.30)	.224
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	1.41 (2.71)	1.66 (3.04)	1.35 (2.67)	.758
Intoxicación crónica en el último mes	6 (6.18)	7.15 (8.66)	5.73 (5.52)	.521
Atracones en el último mes	46 (20.3)	10 (12.8)	36 (24.2)	.044*
	31 (13.7)	7 (9)	24 (16.1)	.137
ALUCINÓGENOS				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	29 (12.77)	9 (11.53)	20 (13.42)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	56 (24.7)	18 (23.1)	38 (25.5)	.687
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	19.62 (4.59)	20.44 (4.39)	19.25 (4.74)	.527
	3.87 (3.42)	3 (2.10)	4.28 (3.87)	.337
ESTIMULANTES				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	35 (15.41)	9 (11.53)	15 (10.06)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	56 (24.7)	17 (21.8)	39 (26.2)	.467
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	18.91 (4.04)	19.67 (4.58)	18.65 (3.90)	.526
	4.52 (4.02)	4.4 (2.79)	4.57 (4.47)	.911
METADONA				
Consumo alguna vez al menos 6 veces en un año	18 (7.29)	3 (3.84)	15 (10.06)	
Edad consumo patológico (media-dt)Φ	32 (14.1)	6 (7.7)	26 (17.4)	.045**
Tiempo de consumo patológico (media-dt) ⁺	30.17 (7.75)	28 (10.53)	30.60 (7.48)	.611
Días de consumo en el último mes (media-dt)	4.30 (5.82)	6.05 (8.41)	4.08 (5.77)	.667
Meses de abstinencia en el último año (media-dt)	25.33 (16.37)	30 (-)	24.75 (17.40)	.784
Cantidad media por día consumida (media-dt) ⁺⁺	4.5 (4.39)	11 (-)	3.95 (4.11)	.128
Intoxicación crónica en el último mes	41.45 (37.44)	30 (14.14)	44 (41.08)	.657
Atracones en el último mes	11 (4.8)	2 (2.6)	9 (6)	.247
	7 (3.1)	0 (0)	7 (4.7)	.052

Tabla 42: Comparación de las sustancias consumidas entre los grupos sólo con TCS y el grupo con presencia de otros TMs a lo largo de la vida.Φ Consumo patológico: patrón de intoxicación crónica o atracones. + Expresado en años. ++ Durante el último año. & Sólo presencia trastornos por consumo de sustancias a lo largo de la vida. && Presencia de algún TM, no TCS, alguna vez en la vida evaluado por la PRISM. Incluye los trastornos del Eje I y/o del Eje II. * Cuando p < 0.01. ** Cuando p < 0.05.

Como paso previo al análisis de las prevalencias psicopatológicas, analizamos la relación existente entre el tipo de cocaína consumida por los pacientes y las variables sociodemográficas y psicopatológicas. Como puede verse en la tabla 43, se ha dividido la muestra (n=227) en dos grupos: grupo de *cocaína pura*, ya sea vía intrapulmonar o intranasal, y grupo de *revuelto*, es decir, cocaína y heroína por vía intrapulmonar. Con respecto a las variables sociodemográficas se observa que el grupo de consumidores de revuelto tiene mayor edad (gl: 219.28; T=2.49), una situación laboral más inestable ($X^2=6.19$; $p<0.05$), un mayor porcentaje de hepatitis B ($X^2=4.23$; $p<0.05$) y de hepatitis C ($X^2=6.81$; $p<0.01$) y más problemas judiciales ($X^2=21.11$; $p<0.01$). En cuanto a las variables relacionadas con el consumo, los datos muestran que el grupo de pacientes consumidores de revuelto tiene un patrón de consumo más severo, consumiendo más sustancias y padeciendo una mayor concomitancia de TCS, en concreto mayor trastorno por consumo de heroína ($X^2=108.74$; $p<0.01$), sedantes y/o hipnóticos ($X^2=9.24$; $p<0.01$) y metadona ($X^2=8.12$; $p<0.05$). No obstante, no se encuentran diferencias entre los grupos con respecto a la comorbilidad psicopatológica.

Por otro lado, volvimos a realizar los análisis anteriores, con el objetivo de analizar la concordancia entre las vías de consumo de la cocaína (intrapulmonar e intranasal), y las variables sociodemográficas y psicopatológicas. En esta ocasión se seleccionó a aquellos pacientes que consumían cocaína sin mezclar y los denominamos grupo de dependientes de cocaína puros (n=111). Como muestra la tabla 44, el grupo que consumía cocaína por vía intrapulmonar presentó mayor edad (gl: 102.85; T=3.08), un menor nivel de estudios ($X^2=12.29$; $p<0.01$), un mayor porcentaje de VIH ($X^2=5.13$; $p<0.05$) y hepatitis C ($X^2=7.16$; $p<0.01$), más problemas judiciales ($X^2=10.92$; $p<0.01$) y, en general, un porcentaje mayor de TCS. En cuanto al sexo, las mujeres muestran preferencia por esta vía de consumo.

Al igual que ocurre con los análisis anteriores, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre grupos, pacientes con sólo TCS respecto a pacientes con concomitancia con otros TMs.

n=227	REVUELTO* n (%) 116 (51.1)	COCAÍNA* n (%) 111 (48.9)	p
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad (media-dt)	35,84 (7.02)	33,37 (7.9)	.013**
Sexo			
Hombre	106 (91.4)	101 (91)	.918
Mujer	10 (8.6)	10 (9)	
Estado civil			
Soltero	58 (50)	72 (64.9)	.010**
Casado	10 (8.6)	13 (11.7)	
Divorciado	18 (15.5)	7 (6.3)	
Separado	13 (11.2)	15 (13.5)	
Vive en pareja	16 (13.8)	4 (3.6)	
Viudo	1 (.9)	0 (0)	
Nivel de estudios			
Sin estudios	22 (19)	21 (18.9)	.100
Estudios 1º	82 (70.7)	67 (60.4)	
Estudios 2ª	10 (8.6)	22 (19.8)	
Estudios Superiores	2 (1.7)	1 (.9)	
Situación Laboral			
Empleado de Baja	16 (13.8)	30 (27)	.045**
Desempleado	84 (72.4)	69 (62.2)	
Pensionista/Invalidez	16 (13.8)	12 (10.8)	
Ingresos Mensuales			
0 euros	55 (47.4)	49 (44.1)	.151
1-600 euros	44 (37.9)	34 (30.6)	
600-1000 euros	15 (12.9)	21 (18.9)	
>1000 euros	2 (1.7)	7 (6.3)	
Enfermedades Infecciosas			
VIH	11 (9.5)	6 (5.4)	.243
Hepatitis B	14 (12.1)	5 (4.5)	.040**
Hepatitis C	41 (35.3)	22 (19.8)	.009*
Serolues	5 (4.3)	3 (2.7)	.511
Encarcelamientos			
No	31 (26.7)	63 (56.8)	.000*
Calabozo	42 (36.2)	23 (20.7)	
Prisión	43 (37.1)	25 (22.5)	
Tratamiento Previo por TCS			
Sí	91 (78.4)	87 (78.4)	.990
No	25 (21.6)	24 (21.6)	
Tratamiento Psicopatológico Previo			
Ambulatorio	30 (25.9)	29 (26.1)	.981
Hospitalario	6 (5.2)	7 (6.3)	
Ambos	13 (11.2)	13 (11.7)	
Ninguno	67 (57.8)	62 (55.9)	
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS A LO LARGO DE LA VIDA			
Abuso y/o Dependencia heroína	115 (99.1)	38 (34.2)	.000*
Abuso y/o Dependencia alcohol	73 (62.9)	61 (55)	.222
Abuso y/o Dependencia cannabis	73 (62.9)	61 (55)	.222
Abuso y/o Dependencia sedantes y/o Hipnóticos	13 (30.2)	12 (17.6)	.122
Abuso y/o Dependencia alucinógenos	15 (12.9)	16 (14.4)	.745
Abuso y/o Dependencia estimulantes	17 (14.7)	15 (13.5)	.805
Abuso y/o Dependencia metadona	15 (12.9)	3 (2.7)	.004*
Policonsumo	99 (85.3)	57 (51.4)	.000*
OTROS TRASTORNOS MENTALES A LO LARGO DE LA VIDA			
TRASTORNOS EJE I	66 (56.9)	60 (54.1)	.667
Trastornos del estado de ánimo (TEA)	13 (30.2)	20 (29.4)	.927
TEA primario	5 (11.6)	7 (10.3)	.826
TEA inducido	8 (18.6)	14 (20.6)	.798
Trastornos de Ansiedad (TA)	26 (22.4)	28 (25.2)	.619
TA primarios	22 (19)	25 (22.5)	.509
TA Inducidos	6 (5.2)	6 (5.4)	.937
Trastornos Psicóticos	22 (19)	21 (18.9)	.993
Trastornos psicóticos primarios	7 (6)	10 (9)	.395
Trastornos psicóticos inducidos	15 (12.9)	11 (9.9)	.475
Trastorno Conducta alimentaria	1 (2.3)	2 (2.9)	.846
TRASTORNOS DEL EJE II	35 (30.2)	34 (30.6)	.940
Trastorno Antisocial de la Personalidad	28 (24.1)	23 (20.7)	.537
Trastorno Límite de la personalidad	14 (12.1)	18 (16.2)	.369

Tabla 43: Variables sociodemográficas y prevalencia de TM en función de las sustancias mayoritariamente consumidas. *Sustancia preferente de consumo durante el último año. * Cuando p< 0.01. ** Cuando p< 0.05.

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=111	COCAÍNA INTRAPULMONAR* n (%) 43 (38.7)	COCAÍNA INTRANASAL* n (%) 68 (61.3)	p
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad (media-dt)	36.05 (31.68)	31.68 (8.22)	.003*
Sexo			
Hombre	36 (83.7)	65 (95.6)	.033*
Mujer	7 (16.3)	3 (4.4)	
Estado civil			.254
Soltero	29 (67.4)	43 (63.2)	
Casado	3 (7)	10 (14.7)	
Divorciado	3 (7)	4 (5.9)	
Separado	8 (18.6)	7 (10.3)	
Vive en pareja	0 (0)	7 (10.3)	
Nivel de estudios			.006*
Sin estudios	15 (34.9)	6 (8.8)	
Estudios 1º	22 (51.2)	45 (66.2)	
Estudios 2ª	6 (14)	16 (23.5)	
Estudios Superiores	0 (0)	1 (1.5)	
Situación Laboral			.05
Empleado de Baja	8 (18.6)	22 (32.4)	
Desempleado	27 (62.8)	42 (61.8)	
Pensionista/Invalidez	8 (18.6)	4 (5.9)	
Ingresos Mensuales			.135
0 euros	22 (51.2)	27 (39.7)	
1-600 euros	14 (32.6)	20 (29.4)	
600-1000 euros	7 (16.3)	14 (20.6)	
>1000 euros	0 (0)	7 (10.3)	
Enfermedades Infecciosas			
VIH	5 (11.6)	1 (1.5)	.021*
Hepatitis B	4 (9.3)	1 (1.5)	.053
Hepatitis C	14 (32.6)	8 (11.8)	.007*
Serolues	1 (2.3)	2 (2.9)	.846
Encarcelamientos			.004*
No	16 (37.2)	47 (69.1)	
Calabozo	13 (30.2)	10 (14.7)	
Prisión	14 (32.6)	11 (16.2)	
Tratamiento Previo por TCS			.277
Sí	36 (83.7)	51 (75)	
No	7 (16.3)	17 (25)	
Tratamiento Psicopatológico Previo			.243
Ambulatorio	7 (16.3)	22 (32.4)	
Hospitalario	3 (7)	4 (5.9)	
Ambos	7 (16.3)	6 (8.8)	
Ninguno	26 (60.5)	36 (52.9)	
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS A LO LARGO DE LA VIDA			
Abuso y/o Dependencia heroína	23 (53.5)	15 (22.1)	.001*
Abuso y/o Dependencia alcohol	19 (44.2)	42 (61.8)	0.70
Abuso y/o Dependencia cannabis	26 (60.5)	35 (51.5)	.353
Abuso y/o Dependencia sedantes y/o Hipnóticos	13 (30.2)	12 (17.6)	.122
Abuso y/o Dependencia alucinógenos	8 (18.6)	8 (11.8)	.318
Abuso y/o Dependencia estimulantes	10 (23.3)	5 (7.4)	.017*
Abuso y/o Dependencia metadona	3 (7)	0 (0)	.027*
Policonsumo	26 (60.5)	31 (45.6)	.127
OTROS TRASTORNOS MENTALES A LO LARGO DE LA VIDA			
TRASTORNOS EJE I	25 (58.1)	35 (51.5)	.492
Trastornos del estado de ánimo (TEA)	13 (30.2)	20 (29.4)	.927
TEA primario	5 (11.6)	7 (10.3)	.826
TEA inducido	8 (18.6)	14 (20.6)	.798
Trastornos de Ansiedad (TA)	9 (20.9)	19 (27.69)	.407
TA primarios	9 (20.9)	16 (23.5)	.749
TA Inducidos	1 (2.3)	5 (7.4)	.254
Trastornos Psicóticos	9 (20.9)	12 (17.6)	.667
Trastornos psicóticos primarios	5 (11.6)	5 (7.4)	.443
Trastornos psicóticos inducidos	4 (9.3)	7 (10.3)	.865
Trastorno Conducta alimentaria	1 (2.3)	2 (2.9)	.846
TRASTORNOS DEL EJE II	14 (32.6)	20 (29.4)	.726
Trastorno Antisocial de la Personalidad	9 (20.9)	14 (20.6)	.965
Trastorno Límite de la personalidad	7 (16.3)	11 (16.2)	.989

Tabla 44: Datos demográficos y prevalencias de TM en función de la vía de consumo de la cocaína. * Vía de consumo preferente durante el último año. * Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$.

Con la intención de facilitar la lectura de los datos hemos considerado oportuno exponer en primer lugar, tal como se observa en la tabla 45, la proporción de los trastornos psicopatológicos (sin incluir los TCS) presentada por la muestra *a lo largo de la vida*. **La prevalencia global de TM fue del 65.6%** (IC 95%= 59.41-71.86). Se observa que el 55.5% (IC 95%= 48.99-62.02) de personas sólo ha padecido o padece al menos un trastorno del Eje I y un 30.4% (IC 95%= 24.36-36.42) presenta al menos uno de los dos trastornos del Eje II medido por la PRISM. Esta tabla también expone que las mujeres, respecto de los hombres, presentan una mayor prevalencia de TM.

Otros TM* n=227	Total n (%)	IC 95%	Mujer 20 (8.81)	Hombre 207 (91.19)	p
Eje I	126 (55.5)	48.99-62.02	16 (80)	110 (53.1)	.021**
Eje II	69 (30.4)	24.36-36.42	10 (50)	59 (28.5)	.046**
Eje I y/o Eje II	149 (65.6)	59.41-71.86	16 (80)	133 (64.3)	.157

Tabla 45: Prevalencia de TM, sin incluir los TCS, evaluados por la PRISM a lo largo de la vida. * Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$.

Con respecto a la estimación de la prevalencia de TCS, se halló que los TCS más prevalentes entre los dependientes de cocaína fueron los relacionados con el consumo de heroína (63.9%) y los relacionados con el consumo de alcohol (41%). La tabla también indica la *severidad de la dependencia*, codificada como el número de criterios DSM-IV de dependencia que cumple el sujeto para cada sustancia (siempre que cumpla los tres mínimos necesarios). Como puede observarse en la tabla 46, los datos ponen de manifiesto que el grupo con *otros TMs*, en comparación con el grupo con *sólo TCS*, presenta un perfil de consumo más severo. Así, existen diferencias estadísticas en el porcentaje de dependientes de alcohol ($X^2=3.91$; $p < 0.05$), cannabis ($X^2=6.34$; $p < 0.05$), sedantes y/o hipnóticos ($X^2=7.88$; $p < 0.01$) y metadona ($X^2=6.63$; $p < 0.05$); en la severidad de dependencia de cocaína (gl: 225 ; $T=5.11$), cannabis (gl: 225 ; $T=2.18$), sedantes y/o hipnóticos(gl:225 ; $T=3.14$) y metadona (gl:225 ; $T=2.62$); y, por último en la media de TCS (gl: 225 ; $T=2.76$).

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=227	Total n (%)	IC 95%	Sólo TCS 78 (34.4)	Otros TM + 149 (65.6)	p
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS					
TC heroína					
Abuso	150 (66.1)	58.9-72.3	49 (62.8)	101 (67.8)	.453
Dependencia	145 (63.9)	57.6-70.2	49 (62.8)	96 (64.4)	.811
TC alcohol					
Abuso	126 (55.5)	49-62	40 (51.3)	86 (57.7)	.354
Dependencia	93 (41)	34.5-47.4	25 (32.1)	68 (45.6)	.048**
TC cannabis					
Abuso	129 (56.8)	50.3-63.3	38 (48.7)	91 (61.1)	.074
Dependencia	51 (22.5)	17-28	10 (12.8)	41 (27.5)	.012**
TC sedantes y/o hipnóticos					
Abuso	68 (30)	23.9-36	15 (19.2)	53 (35.6)	.011**
Dependencia	54 (23.8)	18.2-29.3	10 (12.8)	44 (29.5)	.005*
TC alucinógenos					
Abuso	28 (12.3)	8-16.6	9 (11.5)	19 (12.8)	.792
Dependencia	14 (6.2)	3-9.3	3 (3.8)	11 (7.4)	.293
TC estimulantes					
Abuso	26 (11.5)	7.2-15.6	10 (12.8)	16 (10.7)	.640
Dependencia	20 (8.8)	5-12.5	5 (6.4)	15 (10.1)	.356
TC metadona					
Abuso	14 (6.2)	3-9.3	2 (2.6)	12 (8.1)	.103
Dependencia	12 (5.3)	2.3-8.2	0 (0)	12 (8.1)	.010**
TC opiáceos ilícitos					
Abuso	2 (.9)	-.34-2.1	1 (1.3)	1 (.7)	.640
Dependencia	3 (1.3)	-.17-2.8	1 (1.3)	2 (1.3)	.970
TC otras sustancias					
Abuso	3 (1.3)	-.17-2.8	1 (1.3)	2 (1.3)	.970
Dependencia	-	-	-	-	-
Policonsumo (tres o más sustancias)					
Abuso	149 (65.6)	59.4-71.9	47 (60.3)	102 (68.5)	.217
Dependencia	110 (48.5)	41.9-55	29 (37.2)	81 (54.4)	.014**
Media de trastorno por consumo de sustancia ⁺⁺	6.13 (2.78)	-	5.43 (2.38)	6.49 (2.91)	.006*
SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA (media-dt)					
Severidad dependencia cocaína	6.5 (.86)	6.38-6.61	3.11 (1.06)	6.7 (.66)	.000*
Severidad dependencia heroína	3.88 (3.02)	3.47-4.27	3.64 (2.9)	4 (3.08)	.380
Severidad dependencia alcohol)	2.36 (2.73)	2-2.72	1.93 (2.57)	2.59 (2.79)	.079
Severidad dependencia cannabis	1.11 (1.86)	.87-1.35	.74 (1.54)	1.3 (1.98)	.03**
Severidad dependencia sedantes y/o hipnótico	1.26 (2.34)	.96-1.57	.55 (1.52)	1.64 (2.59)	.001*
Severidad dependencia alucinógenos	.27 (1.05)	.13-.41	.17 (.80)	.32 (1.16)	.281
Severidad dependencia estimulantes	.4 (1.3)	.23-.57	.24 (.98)	.48 (1.44)	.189
Severidad dependencia metadona	.25 (1.07)	.11-.39	0 (0)	.38 (1.3)	.009*
Severidad dependencia opiáceos ilícitos	.06 (.59)	-.01-.14	.03 (.33)	.08 (.69)	.540
Severidad dependencia otras sustancias	.02 (.29)	-.01-.06	0 (0)	.04 (.36)	.181

Tabla 46: Prevalencia de algún trastorno por consumo de sustancias presente a lo largo de la vida. + Presencia de algún TM, sin incluir TCS, alguna vez en la vida evaluado por la PRISM. ++ Suma de todos los trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia a lo largo de la vida). * Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$.

Siguiendo la estructura de medición de la PRISM, en la tabla 47 se presentan los datos de prevalencia en dos períodos temporales: los porcentajes de los trastornos presentes en el último año y los de las prevalencias de TCS anterior al último año. Así, estos datos vuelven a mostrar el predominio de los trastornos derivados de la heroína y del alcohol.

n=227	ÚLTIMO AÑO 227 (100)	IC 95%	ANTERIOR ÚLTIMO AÑO 227 (100)	IC 95%
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS				
TCS cocaína				
Abuso	226 (99.5)	98.7-100	226 (99.5)	98.7-100
Dependencia	227 (100)	-	225 (99.1)	97.9-100
TC heroína				
Abuso	116 (51.1)	44.5-57.6	147 (64.8)	58.5-71.01
Dependencia	105 (46.3)	39.7-52.8	141 (62.1)	55.75-68.5
TC alcohol				
Abuso	88 (38.7)	32.4-45.2	123 (54.1)	47.65-60.7
Dependencia	61 (30.4)	21.1-32.9	92 (40.5)	34.1-47
TC cannabis				
Abuso	81 (35.6)	29.40-42	128 (56.3)	49.9-62.9
Dependencia	33 (14.5)	10-19.15	50 (22)	16.6-27.4
TC sedantes y/o hipnóticos				
Abuso	54 (23.8)	18.2-29.4	68 (30)	24-36
Dependencia	46 (20.3)	15-25.5	50 (22)	16.6-27.4
TC alucinógenos				
Abuso	3 (1.3)	.17-2.8	26 (11.4)	7.2-15.6
Dependencia	2 (.8)	.34-2.1	13 (5.7)	2.7-8.8
TC estimulantes				
Abuso	4 (1.7)	.04-3.4	25 (11)	6.9-15.1
Dependencia	4 (1.8)	.03-3.5	17 (7.5)	4-11
TC metadona				
Abuso	12 (5.3)	2.3-8.2	10 (4.4)	1.7-7
Dependencia	11 (4.9)	2-7.6	8 (3.5)	1.1-6
TC opiáceos ilícitos				
Abuso	2 (5.3)	-4-1.3	10 (4.4)	-34-2.1
Dependencia	2 (.9)	-3-2.1	3 (1.3)	-17-2.8
TC otras sustancias				
Abuso	-	-	3 (1.3)	-2-2.8
Dependencia	-	-	-	-

Tabla 47: Prevalencia de algún trastorno por consumo de sustancias en el último año o anterior al último año.

Por otra parte, en la tabla 48 se exponen las prevalencias de otros TMs, además de los TCS. Con respecto a los trastornos del Eje I, los más prevalentes son los TEAs (31.3%, IC 95%= 25.2-37.3), seguidos de los TAs (23.8%, IC 95%=18.2-29.4), los trastornos psicóticos (18.9%, IC 95%=13.8-24.1) y los trastornos de la conducta alimentaria (1.8%, IC 95%=0.3-3.4). Cabe resaltar que, los TEAs (21.6%, IC 95%=16.19-26.97) y psicóticos inducidos (11.5%, IC 95%=7.2-15.62), son más prevalentes que los trastornos primarios, estado de ánimo (12.3%, IC 95%=8-16.64) y psicóticos (7.5%, 4-10.93). Esto no ocurre con los TAs, ya que la prevalencia de los primarios es de un 20.7% (IC 95%=15.36-26.01) frente a la de los inducidos que es de un 5.3% (IC 95%= 2.3-8.2). Acerca de los trastornos del Eje II, los datos manifiestan que el 22.5% (IC 95%=16.99-27.93) de la muestra cumple o ha cumplido criterios para TAP y un 14.1% (IC 95%= 9.5-18.65) para TLP alguna vez en la vida. En relación con la variable sexo, las mujeres padecen más TMs a lo largo de la vida que los hombres.

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=227	Total n (%)	IC 95 %	Mujer 20 (8.8)	Hombre 207 (91.2)	p
OTROS TRASTORNOS MENTALES*					
TRASTORNOS DEL EJE I	126 (55.5)	48.99-62.02	16 (80)	110 (53.1)	.021*
Trastornos del estado de ánimo	71 (31.3)	25.2-37.3	6 (30)	65 (31.4)	.897
Trastornos del estado de ánimo primarios	28 (12.3)	8-16.64	3 (15)	25 (12.1)	.704
Trastorno de depresión Mayor	22 (9.7)	5.8-13.56	2 (10)	20 (9.7)	.961
Distimia	1 (4)	-.42-1.3	0 (0)	1 (5)	.755
Ciclotimia	2 (9)	-.34-2.1	0 (0)	2 (1)	.659
Episodios maníacos	4 (1.8)	.3-3.4	2 (10)	2 (1)	.003*
Episodios hipomaniacos	2 (9)	-.34-2.1	0 (0)	2 (1)	.659
Trastornos del estado de ánimo inducidos	49 (21.6)	16.19-26.97	3 (15)	46 (22.2)	.453
Trastornos de ansiedad	54 (23.8)	18.2-29.4	9(45)	45 (21.7)	.020*
Trastorno de ansiedad primario	47(20.7)	15.36-26.01	7(35)	40 (19.3)	*
Trastorno de pánico	3 (1.3)	-.17-2.8	0(0)	3 (1.4)	.098
Trastorno de pánico con agorafobia	3 (1.3)	-.17-2.8	0(0)	3 (1.4)	.588
Trastorno de ansiedad generalizado	2 (9)	-.34-2.1	0(0)	2 (1)	.588
Agorafobia	2 (9)	-.34-2.1	0(0)	2 (1)	.659
Fobia Específica	1 (4)	-.42-1.3	0(0)	1 (5)	.659
Fobia Social	15 (6.6)	3.3-9.8	1(5)	14 (6.8)	.755
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	6 (2.6)	.54-4.7	1(5)	5 (2.4)	.762
Trastorno por estrés posttraumático	25 (11)	6.9-15.11	5(25)	20 (9.7)	.491
Trastorno de ansiedad inducido	12 (5.3)	2.3-8.2	3(15)	9 (4.3)	.036*
					*
					.042*
					*
Trastorno Psicótico	43 (18.9)	13.8-24.1	7(35)	36 (17.4)	.055
Trastornos psicóticos primarios	17 (7.5)	4-10.93	1(5)	16 (7.7)	.658
Esquizofrenia	9 (4)	1.4-6.5	1(5)	8 (3.9)	.804
Esquizofreniforme	1 (4)	-.42-1.3	0(0)	1 (5)	.755
Esquizoafectivo	1 (4)	-.42-1.3	0(0)	1 (5)	.755
Trastorno Delirante	2 (9)	-.34-2.1	0(0)	2 (1)	.659
Trastorno Psicótico no especificado	2 (9)	-.34-2.1	0(0)	2 (1)	.659
Trastorno Afectivo con síntomas psicóticos	2 (9)	-.34-2.1	0(0)	2 (1)	.659
Trastornos psicóticos inducidos	26 (11.5)	7.2-15.62	6(30)	20 (9.7)	.006*
Trastorno conducta alimentaria	4 (1.8)	0.3-3.4	3(15)	1 (5)	.000*
Anorexia	2 (9)	-.34-2.1	2(10)	0 (0)	.000*
Bulimia	3 (1.3)	-.17-2.8	2(10)	1 (5)	.000*
TRASTORNOS DEL EJE II	69 (30.4)	24.36-36.42	10 (50)	59 (28.5)	.046*
					*
Trastorno Antisocial de la Personalidad	51 (22.5)	16.99-27.93	3 (15)	48 (23.2)	.402
Trastorno Límite de la Personalidad	32 (14.1)	9.5-18.65	7 (35)	25 (12.19)	.005*

Tabla 48: Prevalencia de algún otro TM, excluyendo los TCS, a lo largo de la vida. * Presencia de algún TM, sin incluir TCS, alguna vez en la vida evaluado por la PRISM. * Cuando $p < 0.01$. ** Cuando $p < 0.05$.

Como se realizó con los TCS, la tabla 49 expone las prevalencias globales de cada uno de los diagnósticos psicopatológicos presentes en el último año y anterior a éste. Los datos indican una mayor prevalencia de los trastornos anteriores al último año, si bien las prevalencias encontradas en el último año son muy elevadas. Así, un 19.8% (IC 95%= 14.6-25) de la muestra presenta algún TEA, un 16.7% (IC 95%= 11.8-21.7), algún TA; y un 16.3% (IC 95%=11.4-21.1) algún trastorno psicótico, ya sean primarios o inducidos. Con respecto a los trastornos evaluados del Eje II, un 20.7% (IC 95%= 15.39-26.01) de los pacientes cumple criterios de TAP en el último año y un 14.1% (IC 95%= 9.5-18.65) de TLP, también durante el último año.

n=227	Último año 227 (100)	IC 95%	Anterior último año 227 (100)	IC 95%
TRASTORNOS EJE I	96 (42.3)	35.8-48.8	112 (49.3)	42.8-55.9
Trastornos del estado de ánimo	45 (19.8)	14.6-25	56 (24.7)	19-30.3
Trastorno del estado de ánimo primario	14 (6.2)	3-9.3	24 (10.6)	6.5-14.6
Trastorno de depresión Mayor	10 (4.4)	1.7-7	18 (7.9)	4.3-11.47
Distimia	-	-	1 (.4)	-.42-1.3
Ciclotimia	1 (.9)	-.34-2.1	1 (.9)	-.34-2.1
Episodios maniacos	1 (.4)	-.42-1.3	4 (1.8)	.03-3.4
Episodios hipomaniacos	1 (.4)	-.42-1.3	2 (.9)	-.34-2.1
Trastornos del estado de ánimo inducidos	31 (13.7)	9.1-8.15	36 (15.9)	11.1-20.6
Trastornos de ansiedad	38 (16.7)	11.8-21.7	48 (21.1)	15.8-26.5
Trastorno de ansiedad primarios	31 (13.7)	9.1-18.15	44 (19.4)	14.2-24.56
Trastorno de pánico	1 (.4)	-.42-1.3	5 (2.2)	-.17-2.8
Trastorno de pánico con agorafobia	2 (.9)	-.34-2.1	3 (1.3)	-.17-2.8
Trastorno de ansiedad generalizado	2 (.9)	-.34-2.1	1 (.4)	-.42-1.3
Agorafobia	2 (.9)	-.34-2.1	2 (.9)	-.34-2.1
Fobia Específica	1 (.4)	-.42-1.3	1 (.4)	-.42-1.3
Fobia Social	9 (4)	1.4-6.5	15 (6.6)	3.3-9.8
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	5 (2.2)	.27-4.1	6 (2.6)	.54-4.7
Trastorno por estrés posttraumático	9 (4)	1.4-6.5	22 (9.7)	5.8-13.5
Trastorno de ansiedad inducidos	10 (4.4)	1.7-7.09	8 (3.5)	1.1-5.9
Trastorno Psicótico	37 (16.3)	11.4-21.1	39 (17.5)	12.2-22.1
Trastornos psicóticos primarios	16 (7)	3.6-10.4	16 (7)	3.6-10.4
Esquizofrenia	9 (4)	1.4-6.5	9 (4)	1.4-6.5
Esquizofreniforme	1 (.4)	-.42-1.3	1 (.4)	-.42-1.3
Esquizoafectivo	1 (.4)	-.42-1.3	1 (.4)	-.42-1.3
Trastorno Delirante	2 (.9)	-.34-2.1	2 (.9)	-.34-2.1
Trastorno Psicótico no especificado	2 (.9)	-.34-2.1	2 (.9)	-.34-2.1
Trastorno Afectivo con síntomas psicóticos	1 (.4)	-.42-1.3	1 (.4)	-.42-1.3
Trastornos psicóticos inducidos	21 (9.3)	5.4-13.04	23 (10.1)	6.17-14.08
Trastorno conducta alimentaria	-	-	4 (1.8)	.03-3.4
Anorexia	-	-	2 (.9)	-.34-2.1
Bulimia	-	-	3 (1.3)	-.17-2.8
TRASTORNOS DEL EJE II	67 (29.5)	23.53-35.5	69 (30.4)	24.4-36.4
Trastorno Antisocial de la Personalidad	47 (20.7)	15.39-26.01	50 (22)	16.59-27.45
Trastorno Límite de la Personalidad	32 (14.1)	9.5-18.65	31 (13.7)	9.1-18.15

Tabla 49: Prevalencia de algún TM (excluidos los TCS) en el último año y anterior al último año.

4.2. Analizar otras variables psicopatológicas al ingreso en comunidad terapéutica (nivel sintomático) asociadas al consumo de cocaína

Además de evaluar la prevalencia de trastornos psicopatológicos mostrados por los pacientes a lo largo de su vida, se analizaron otras variables psicopatológicas con especial énfasis en la severidad sintomática. De esta manera, en la tabla 50 se pone de manifiesto que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para estas variables, si bien, la puntuación total del OTI refleja una peor puntuación en las mujeres (gl: 225; T=3.4).

n=227	Total n (%)	Mujer 20 (8.81)	Hombre 207 (91.19)	P
Escala de <i>craving</i> (CCS)	13.84 (9.81)	16.35 (16.34)	13.59 (8.95)	.466
Escala de ansiedad (STAI-Estado)	18.68 (11.23)	20.9 (11.66)	18.46 (11.19)	.356
Escala de depresión (BDI)	6.9 (6.74)	6.1 (6.1)	7 (6.8)	.570
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	78.14 (15.01)	77.05 (10.64)	78.25 (15.38)	.733
Síntomas de salud física (OTI-Estado)	9.28 (6.43)	13.85 (5.24)	8.8 (6.37)	.001**

Tabla 50: Diferencias entre las escalas psicopatológicas entre hombre y mujeres. * Cuando $p < 0.05$.

Además, la tabla 51 muestra las diferencias inter-grupos (sólo TCS *versus* otros TMs) en todas las escalas e inventarios utilizados y que dan como resultado una puntuación mayor en el grupo con trastornos concomitantes.

n=227	Sólo TCS 78 (34.4)	Otros TM ⁺ 148 (65.6)	P
Escala de <i>craving</i> (CCS)	11.73 (7.33)	14.95 (10.75)	.009*
Escala de ansiedad (STAI-Estado)	14.06 (8.95)	21.11 (11.56)	.000*
Escala de depresión (BDI)	4.71 (4.11)	8.08 (7.53)	.000*
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	84.88 (13.83)	74.59 (14.41)	.000*
Síntomas de salud física (OTI-Estado)	7.48 (5.92)	10.23 (6.50)	.002*

Tabla 51 Comparación de las variables psicopatológicas entre el grupo con sólo TCS y el grupo que padeció otros TM. ⁺ Presencia de algún TM, sin incluir TCS, alguna vez en la vida evaluado por la PRISM. * Cuando $p < 0.01$.

Estos mismos análisis se realizaron dividiendo de nuevo la muestra según las sustancias preferentemente consumidas en dos: personas que consumen sólo cocaína y personas que consumen revuelto. La tabla 52 refleja que los resultados entre ambos grupos son muy similares, aunque existen mayores puntuaciones en todas las escalas en el grupo de consumidores de revuelto.

n=227	REVUELTO ⁺ 116 (51.1)	COCAÍNA ⁺ 111 (48.9)	p
Escala de <i>craving</i> (CCS)	13.49 (10.29)	14.19 (9.31)	.591
Escala de ansiedad (STAI-Estado)	19.43 (11.38)	17.9 (11.06)	.306
Escala de depresión (BDI)	6.98 (7.28)	6.85 (6.16)	.888
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	77.04 (15.04)	79.28 (14.95)	.262
Síntomas de salud física (OTI-Estado)	9.53 (6.94)	9 (5.86)	.550

Tabla 52: Comparación de las diferentes variables psicopatológicas en función de la sustancia principal consumida.⁺Sustancia preferente de consumo durante el último año

Por otro lado, se han analizado las distintas variables psicopatológicas específicamente en el grupo de consumidores de cocaína puros en función de la vía de administración: cocaína intrapulmonar y cocaína intranasal. Al igual que con la comparación anterior, no se observan diferencias estadísticas, pero sí se puede observar una tendencia a informar mayores niveles de deseo de consumo, ansiedad y depresión entre los consumidores de cocaína intranasal (ver tabla 53).

n=211	COCAÍNA INTRAPULMONAR ⁺ 43 (38.7)	COCAÍNA INTRANASAL ⁺ 68 (61.3)	p
Escala de <i>craving</i> (CCS)	12.62 (7.5)	15.19 (10.22)	.159
Escala de ansiedad (STAI-E)	16.06 (10.90)	19.05 (11.08)	.166
Escala de depresión (BDI)	6.25 (6.21)	7.23 (6.14)	.419
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	79.23 (14.73)	79.32 (15.19)	.975
Síntomas de salud física (OTI-E)	9.55 (6.18)	8.69 (5.67)	.460

Tabla 53: Comparación de las diferentes variables psicopatológicas en función de la vía principal de administración de la cocaína. ⁺ Vía de consumo preferente durante el último año.

A continuación se exponen los datos correspondientes al inventario utilizado para valorar los rasgos de personalidad. Del inventario MCMI-III, sólo se pudieron analizar 207 de los 227 cuestionarios posibles, ya que 20 arrojaron una puntuación directa de la escala de sinceridad inferior a 34 o superior a 178 y, dentro del protocolo de corrección de este instrumento deben considerarse inválidos. Como aparece en la tabla 54, al realizar una comparación entre grupos, se encuentra una puntuación menor en el conjunto de pacientes que presentan sólo TCS para las siguientes escalas: a) patrones clínicos de personalidad: esquizoide (gl: 144.09; T=2.96), evitativo (gl: 146.81; T=3.72), depresivo (gl: 141.82; T=4.99), negativista (gl: 205; T=2.99) y autodestructivo (gl: 205; T=2.18), b) patrones graves de personalidad: esquizotípico (gl: 146.86; T=2.35), límite (gl: 205; T=4.18) y paranoide (gl: 205; T=1.78), c) síndromes clínicos de personalidad: ansiedad (gl: 205; T=4.33), somatomorfo (gl: 138.68; T=3.39), bipolar (gl: 129.97; T=2.50) y TEP (gl: 205; T=4.91) y d) síndromes clínicos graves de personalidad: trastorno del pensamiento (gl: 141.88; T=4.73) y TDM (gl: 156.43; T=4.63). Si bien, el grupo con otros TMs obtiene puntuaciones menores en los patrones clínicos de personalidad histriónico (gl: 205; T=4.30), narcisista (gl: 205; T=4.09) y compulsivo (gl: 125.45; T=333.25).

n=207	Total media (DT)	Sólo TCS+ n=73	Otros TM** n=134	p
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD				
Esquizoide	48.85 (18.23)	43.80 (18.26)	51.60 (17.69)	.004*
Evitativo	47.57 (22.62)	39.86 (22.11)	51.81 (21.84)	.000*
Depresivo	49.92 (23.80)	39.17 (23.22)	55.77 (22.09)	.000*
Dependiente	51.14 (19.26)	48 (20.44)	52.86 (18.44)	.093
Histriónico	40.26 (22.61)	49.05 (18.85)	35.47 (23.11)	.000*
Narcisista	61.13(15.93)	67.05 (10.90)	57.90 (17.29)	.000*
Antisocial	72.69 (11.39)	72.41 (8.68)	72.85 (12.65)	.792
Agresivo	61.12 (11.33)	59.89 (13.06)	61.79 (10.26)	.282
Compulsivo	37.64 (16.69)	42.91 (18.31)	34.76 (15.04)	.001*
Negativista	54.41 (14.63)	50.35 (17.60)	56.61 (12.24)	.003*
Autodestructiva	49.52 (16.68)	46.12 (19.66)	51.58 (14.55)	.030**
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD				
Esquizotípico	48.07 (22.87)	43.05 (22.76)	50.81 (22.55)	.020**
Límite	58.19 (14.84)	52.57 (18.28)	61.26 (11.55)	.000*
Paranoide	57.44 (20.91)	53.94 (22.23)	59.35 (19.98)	.076
SÍNDROMES CLÍNICOS				
Ansiedad	61.17 (29.55)	49.63 (31.27)	67.56 (26.59)	.000*
Somatomorfo	38.03 (24.98)	30.06 (25.53)	42.37 (23.66)	.001*
Bipolar	63.28 (19.35)	58.57 (20.96)	65.85 (17.98)	.013**
Distímico	50.32 (23.68)	41.75 (24.06)	54.99 (22.21)	.000*
Dependencia de Alcohol	73.22 (13.39)	71.46 (14.18)	74.18 (12.89)	.176
Dependencia a Sustancias	91.26 (10.60)	90.84 (10.32)	91.49 (10.79)	.676
Trastornos de Estrés Postraumático	47.73 (23.31)	37.50 (24.04)	53.30 (20.97)	.000*
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES				
Trastorno del Pensamiento	51.67 (27.20)	39.97 (26.67)	58.05 (25.38)	.000*
Depresión Mayor	40.17 (26.83)	29.19 (24.55)	46.16 (26.20)	.000*
Trastorno Delirante	59.74 (22.76)	58.13 (24.21)	60.62 (21.97)	.467

Tabla 54: Comparación de las puntuaciones del MILLON entre el grupo que presentó sólo TCS y el grupo con otros TM. *Sólo presencia de trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida. **Presencia de algún TMs, sin incluir TCS, a lo largo de la vida evaluado por la PRISM. * Cuando es p<0.01. ** Cuando es para p>0.05

A continuación, en la tabla 55 se exponen las prevalencias de los distintos trastornos de la personalidad categorizados por este instrumento. Tomando como referencia la puntuación tasa base >74 (TB >74), encontramos que un 75.8% de los sujetos tiene un indicio de presentar rasgos de personalidad clínicamente significativos. De éstos, el 31.4% de los casos puede ser considerado como un trastorno de personalidad, tomando en cuenta el corte de la puntuación de TB >85. Si nos centramos en las subescalas, se observa que los patrones clínicos de personalidad más prevalentes fueron el antisocial y el narcisista, asimismo, la presencia de patrones graves de personalidad fue casi inexistente.

En relación a otros indicadores, un 45.8% de sujetos obtuvo una TB >74 en el indicador de discapacidad y un 30% en el indicador de devaluación. Además, un 24.2% de los pacientes presentó más de un trastorno (TB >74) y hasta un 4.4%, más de un trastorno con mayor gravedad (TB >84).

8. Estudio 2: Estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica

n=207	TB >84 n (%)	TB >74 n (%)
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD		
Esquizoide	1 (.5)	11 (5.3)
Evitativo	3 (1.4)	17 (8.2)
Depresivo	4 (1.9)	20 (9.7)
Dependiente	4 (1.9)	7 (3.4)
Histriónico	7 (3.4)	16 (7.7)
Narcisista	12 (5.8)	31 (15)
Antisocial	30 (14.5)	77 (37.2)
Agresivo	5 (2.4)	5 (2.4)
Compulsivo	2 (1)	4 (1.9)
Negativista	-	2 (1)
Autodestructiva	2 (1)	2 (1)
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD		
Esquizotípico	2 (1)	6 (2.9)
Límite	1 (.5)	4 (1.9)
Paranoide	2 (1)	15 (7.2)
SÍNDROMES CLÍNICOS		
Ansiedad	40 (19.3)	99 (47.8)
Somatomorfo	1 (.5)	2 (1)
Bipolar	14 (6.8)	59 (28.5)
Distímico	6 (2.9)	13 (6.3)
Dependencia de Alcohol	27 (13)	79 (38.2)
Dependencia a Sustancias	145 (70)	198 (95.7)
Trastornos de Estrés Postraumático	4 (1.9)	8 (3.9)
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES		
Trastorno del Pensamiento	20 (9.7)	52 (25.1)
Depresión Mayor	5 (2.4)	12 (5.8)
Trastorno Delirante	7 (3.4)	32 (15.5)
INDICADORES TB >75		
Indicador de deseabilidad	104 (45.8)	
Indicador de devaluación	68 (30)	
NÚMERO DE TRASTORNO POR PERSONA		
Al menos un trastorno	65 (31.4)	157 (75.8)
Un trastorno del Eje II	56 (27.1)	107 (51.7)
Dos o más trastornos del Eje II	8 (3.9)	42 (20.3)
Tres o más trastornos del Eje II	1 (.5)	8 (3.9)

Tabla 55: Prevalencia de los trastornos de personalidad según MCMI-III.

Por último, en la tabla 56, se detalla la prevalencia de TDAH en adultos diferenciado por subtipos. El porcentaje total observado según la entrevista CAADID es del 13.7% (IC 95%= 9.1-18.15). A pesar de que la prevalencia de TDAH fue mayor en hombres que en mujeres, no se encontraron diferencias estadísticas entre ambos sexos. Asimismo, tampoco se encuentran diferencias si comparamos los diferentes tipos de TDAH en edad adulta entre mujeres y hombres.

n=227	Total n (%)	IC 95%	Mujer 20 (8.8)	Hombre 207 (91.2)	p
TDAH	31 (13.7)	9.1-18.15	2 (10)	29 (14)	.618
TDAH subtipo inatento	6 (2.6)	.5-4.7	1 (5)	5 (2.4)	.491
TDAH subtipo impulsivo/hiperactivo	13 (5.7)	2.6-8.7	0 (0)	13 (6.3)	.248
TDAH tipo combinado	12 (5.3)	2.3-8.2	1 (5)	11 (5.3)	.952

Tabla 56: Prevalencia de TDAH en adultos según la entrevista CAADID

Con todos los datos mostrados en este apartado, quisimos conocer la prevalencia de todos los TMs, excluyendo los TCS, de la muestra. Así, la prevalencia global de otros TMs (Eje I y Eje II), introduciendo el TDAH en edad adulta, aumenta hasta un 69.2% (IC 95%= 63.1-75.21) (ver tabla 57). Analizando la variable sexo, los datos exponen que las mujeres presentan un mayor porcentaje de TMs.

n=227	Total n (%)	IC 95%	Mujer 20 (8.8)	Hombre 207 (91.2)	p
TDAH + Algún PRISM Eje I	142 (62.6)	56.21-68.89	17 (85)	125 (60.4)	.030*
TDAH + Algún PRISM Eje II	83 (36.6)	30.34-42.87	11 (55)	72 (34.8)	.073
TDAH + Algún PRISM Eje I y/o Eje II	157 (69.2)	63.10-75.21	17 (85)	140 (67.6)	.108

Tabla 57: Prevalencia global de TM, sin incluir TCS. * Cuando es para $p > 0.05$

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo ha sido aproximarse al conocimiento de la prevalencia de TMs comórbidos en una muestra de personas dependientes de cocaína de nuevo ingreso en CT. Para ello, por un lado, se aplica una entrevista clínica semiestructurada con objeto de evaluar la presencia de algún trastorno psicopatológico y, por otro, se administran diferentes escalas dirigidas a evaluar de manera exhaustiva la presencia de un conjunto de variables psicopatológicas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Al igual que en el anterior estudio, el perfil sociodemográfico de la muestra indica un deterioro psicosocial general puesto de manifiesto por un bajo nivel educativo, ingresos mensuales escasos, antecedentes penales y un porcentaje importante de enfermedades infecciosas. Por otro lado, los datos relacionados con las variables de consumo reflejan que los pacientes no sólo consumen cocaína en algunas de sus formas, sino que la mayoría lo combina con el uso de otras sustancias adictivas tales como la heroína, el cannabis y el alcohol.

En primer lugar, y de acuerdo con nuestra hipótesis inicial, se confirma que la prevalencia de pacientes de nuevo ingreso en CT que presentan comorbilidad psicopatológica es elevada (69.2%) y comparable con estudios previos realizados con personas consumidoras de cocaína en tratamiento. Por ejemplo, Rounsaville et al. (1991) evaluaron una muestra de 298 pacientes consumidores de cocaína observando una prevalencia del 73.5%, mientras que Halikas et al. (1994) en 207 consumidores de cocaína encontraron una prevalencia del 73%. Durante el mismo año, Ziedonis et al. (1994) evaluaron a 263 pacientes consumidores de cocaína (163 de raza caucásica y 100 de afroamericanos) y observaron una prevalencia de comorbilidad psicopatológica del 73.5%. Por último, Levin et al. (2004) en una muestra de 135 personas ingresadas en CT encontraron un 75% de trastornos concomitantes. En contraste, existen otros trabajos que señalan prevalencias menores que las encontradas en este trabajo. Por un lado, Herrero et al. (2008) en una cohorte de 139 jóvenes consumidores de cocaína observaron una prevalencia del 39.6% y por otro, Falck et al. (2004) evaluando a 313 consumidores de *crack* encontraron un porcentaje de 40.1%. Las causas de la variabilidad de estas prevalencias pueden ser varias. En primer lugar, hay que tener en cuenta que estos estudios se han realizado con diferentes entrevistas diagnósticas. Así, a pesar de que muchos han utilizado entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas para valorar trastornos concomitantes, tan sólo Herrero et al. (2008) evaluaron a sus pacientes con el mismo instrumento que nosotros, la PRISM, creada para la valoración de la comorbilidad psicopatológica en pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias. Como ya hemos indicado, este instrumento realiza una distinción entre los efectos psicopatológicos esperados por la intoxicación o abstinencia de una sustancia, un

trastorno primario o independiente del consumo y un trastorno inducido por el mismo. Esta distinción ha permitido conocer que, a diferencia de otros estudios que han utilizado esta misma herramienta, en la muestra estudiada por nosotros la mayoría de los trastornos diagnosticados tanto del estado de ánimo como psicóticos son inducidos, mientras que los de ansiedad son primarios (Astals et al., 2008; Herrero et al., 2007; Nacon et al., 2007; Rodríguez-Llera et al., 2006). Por otro lado, hay que tomar en consideración que estos estudios se han realizado sobre diferentes tipos de muestras. Así, algunos trabajos se han centrado en muestras ambulatorias, mientras que otros han estudiado a pacientes que no estaban bajo tratamiento. Tan sólo Levin et al. (2004) realizaron su trabajo en centros de tratamiento residencial de régimen interno (comunidad terapéutica), al igual que nosotros, observando una prevalencia comparable. Finalmente, no debemos olvidar el efecto que sobre la prevalencia de la comorbilidad psicopatológica tiene la estructura de los servicios asistenciales en CT. En este sentido, no será comparable una CT para drogodependientes perteneciente a una red asistencial integrada en servicios de salud mental que la que se mantiene en una red paralela de servicios sociales.

Si tomamos en consideración las prevalencias de cada uno de los diagnósticos psicopatológicos observadas en nuestro estudio, comprobamos que los **trastornos más frecuentes son los del estado de ánimo**. Muchos de los trabajos realizados con anterioridad ofrecen datos de prevalencias similares (Levin et al., 2004; Halikas et al., 1994; Herrero et al., 2008; Weiss et al., 1988; Ziedonis et al., 1994; Zlotnick et al., 2008), otros, en cambio, observan porcentajes superiores (Brown et al., 1998; Kleinman et al., 1990; McKay et al., 2002; Rousenville et al., 1991; Roy et al., 2001; Weiss et al., 1986), mientras que, finalmente, otros muestran prevalencias inferiores (Falck et al., 2004; Ford et al., 2009; Lopez & Becoña, 2007; Weiss et al., 1992). Estas diferencias pueden deberse a varios motivos. Por un lado, tan sólo uno de los estudios mencionados con anterioridad fue realizado en una CT (Levin et al., 2004). Por otro, la mayoría de los que indican prevalencias menores a las nuestras se realizaron con pacientes que no seguían ningún tipo tratamiento (Falck et al., 2004; Ford et al., 2009). Finalmente, al analizar los datos, hay que tener en cuenta el tiempo de abstinencia de los pacientes en el momento de la evaluación. Así, mientras que en nuestro trabajo llevamos a cabo la evaluación entre los días 15-20 del ingreso, en otros, que han comunicado porcentajes más elevados de TEAs, los diagnósticos se realizaron justo al ingreso, lo que puede haber influido en la prevalencia, sobre todo si el instrumento de medida no toma en consideración la influencia de los síntomas por intoxicación o abstinencia (Kleinman et al., 1990; Rousenville et al., 1991).

En la práctica clínica, hay que considerar las consecuencias de esta concomitancia, ya que el consumo de cocaína agrava los síntomas afectivos y precipita los TEAs en sujetos vulnerables. Concretamente, el inicio del trastorno bipolar es más precoz en personas que consumen cocaína y su evolución, más severa. Además, hay que tener en cuenta que los pacientes que padecen este trastorno consumen mayor cantidad de

cocaína en fases maníacas que en depresivas para así, aumentar la euforia (Ochoa, 2000).

En cualquier caso, la alta prevalencia de TEAs es significativa en los pacientes consumidores de cocaína y ello es relevante para la intervención. En primer lugar, hemos de descartar que los síntomas que aparecen tras abandonar el consumo sean debidos a una extensión de la fase de *crash*; posteriormente, hay que realizar un seguimiento de la evolución de la sintomatología y distinguir si estamos ante un *verdadero* TEA y, finalmente, realizar un diagnóstico diferencial para conocer si éste es primario o inducido. Estos pasos son fundamentales a la hora de programar una planificación del tratamiento adecuada para cada paciente.

Por otra parte, nos llama la atención la alta prevalencia de **trastornos psicóticos** encontrada en nuestro estudio respecto a otros trabajos donde la misma es mucho menor o prácticamente inexistente (Falck et al., 2004; Ford et al., 2009; Halikas et al., 1994; Weiss et al., 1988). Estas diferencias también se han encontrado en comparación con los trabajos donde se ha utilizado, como herramienta diagnóstica la PRISM, (Astals et al., 2008; Herrero et al., 2007; Nocon et al., 2007; Rodríguez-Llera et al., 2006) que indican cifras de trastornos psicóticos que oscilan entre un 5 y un 12.1%. La diversidad de estos datos podría encontrar una explicación en los criterios de selección de la muestra que mantienen algunos estudios, ya que a menudo excluyen a los pacientes con trastornos psicóticos previos (Ford et al., 2008; Halikas et al., 1994; Roy, 2001). Ahora bien, por otro lado, estas diferencias pueden explicarse porque, en algunos de los estudios mencionados, no se evalúan específicamente los trastornos psicóticos inducidos por sustancias (Falck et al., 2004; Rounsaville et al., 1991; Weiss et al., 1986; Ziedonis et al., 1994). Además, la ausencia de concordancia entre los resultados puede deberse por un lado, a la propia complejidad del diagnóstico de los trastornos psicóticos en el contexto del consumo de cocaína y, por otro, a la dificultad que manifiestan los instrumentos de evaluación para valorar los síntomas psicóticos inducidos por esta sustancia.

Como ya hemos hecho referencia en el capítulo 5, en la actualidad existe controversia en la literatura sobre la etiología de los síntomas psicóticos en personas con consumos de cocaína. En este contexto, Satel et al. (1991) diferencian entre los **episodios psicóticos transitorios** (*binge-limited*), como una experiencia paranoica que vivencia el paciente durante el tiempo que dura el consumo de la cocaína y los **episodios psicóticos persistentes**, que pueden durar entre días, semanas o meses tras el consumo. En el primero de los casos, los autores hacen alusión a los síntomas psicóticos esperables de la intoxicación por esta sustancia, donde incluyen tanto las alteraciones perceptivas como las del pensamiento. Nosotros hemos evaluado los trastornos psicóticos según los criterios diagnósticos del DSM IV-R, que consideran posibles las intoxicaciones por cocaína con alteraciones perceptivas pero no así, con alteraciones del pensamiento. En cambio, opinamos que no existe un argumento claro

para no considerar las alteraciones del pensamiento como síntomas esperables de tal intoxicación, ya que, de acuerdo con otros autores (Bartlett et al., 1997; Boutros, Gooding, Sundarensan, Burroughs & Johanson, 2006; Brady et al., 1991; Cubells et al., 2005; Floyd et al., 2006; Kalayasary et al., 2006; Mahoney et al., 2008; Satel et al., 1991), muchos de los pacientes que hemos evaluado han presentado alteraciones del pensamiento durante el tiempo que dura el efecto de la sustancia. Además, los *binge-limited* o episodios psicóticos transitorios no sólo son importantes para determinar el diagnóstico, sino para prevenir una evolución negativa de la sintomatología. En esta línea, hay autores que consideran estos episodios como prolegómenos de algún trastorno psicótico. Es decir, aquellos pacientes que empiezan a experimentar episodios psicóticos breves pueden terminar desarrollando un “verdadero” trastorno psicótico. En esta línea, Post (1975) describió el *Modelo dimensional de las psicosis cocaínica* que considera que, en el contexto del consumo de esta sustancia, un paciente en *continuum* puede comenzar a presentar intoxicaciones sin síntomas psicóticos, posteriormente intoxicaciones con alteraciones perceptivas y/o del pensamiento y, por último, desarrollar un trastorno psicótico, ya sea inducido o independiente (Curran et al., 2004; Post, 1975; Satel et al., 1991b).

En definitiva, dentro de los criterios del DSM IV-R, creemos que existe un vacío diagnóstico ya que los síntomas de aquellos pacientes que presentan, en el contexto de consumo de cocaína, alteraciones del pensamiento sin juicio de realidad alterado, no pueden ser considerados como intoxicaciones, pero tampoco como trastornos psicóticos, ni inducidos ni primarios. Nosotros, siguiendo las hipótesis anteriormente explicadas, pensamos que, en ocasiones, los síntomas psicóticos que aparecen en el contexto del consumo de cocaína son confundibles con los síntomas psicóticos primarios. Además, hemos encontrado pacientes que han llegado a experimentar alteraciones tanto perceptivas como del pensamiento, sin el juicio de realidad alterado y con una duración tan sólo acotada al tiempo de duración del efecto de la sustancia. Por todo, hay que tener cautela a la hora de diagnosticar un trastorno psicótico inducido por cocaína, razón por la que hemos propuesto, a lo largo de este trabajo, un algoritmo diagnóstico (ver capítulo 5, apartado 3.1.) que tiene en cuenta los elementos clave para el criterio diagnóstico de los trastornos psicóticos, según DSM-IV. Es decir, el momento de aparición de la sintomatología, el juicio de realidad del paciente en el momento del episodio y la duración y gravedad de los síntomas. Estas consideraciones, junto a una exploración de los síntomas a lo largo del tiempo, y no en un solo momento de manera transversal, son fundamentales para llevar a cabo una intervención adecuada con estos pacientes (Caton et al., 2007). Así, las CTs son recursos ideales para la realización de estos diagnósticos, ya que se puede realizar una evaluación sistemática de la evolución de la sintomatología de los pacientes durante una abstinencia controlada.

Otro de los diagnósticos más prevalentes observados en nuestro estudio lo constituye el grupo de los **trastornos de ansiedad**, especialmente la fobia social (FS)

y el trastorno por estrés postraumático (TEP). Con respecto al primer trastorno, y aunque son pocos los trabajos que han estudiado la relación entre fobia social y adicción a cocaína (Egelko & Galanter, 1998; Lorea-Conde, 2006; Myrick & Brady, 1997), la elevada prevalencia observada por nosotros se aproxima a la encontrada por estos autores. Pensamos que en estos casos el consumo de cocaína podría venir explicado por un intento de evitar el malestar provocado por las dificultades de interacción social. Así, algunos autores respaldan la utilización de técnicas de exposición estructuradas para el control de la ansiedad durante la interacción social, como ayuda para estos pacientes (Echeburúa, 1995; Lorea-Conde, 2006). Al contrario que ocurre con la fobia social, el TEP ha recibido una particular atención en los estudios con pacientes consumidores de cocaína. Así, los resultados observados en nuestro trabajo son acordes con los encontrados por otros autores que sitúan la prevalencia entre el 19% y el 59% (Back et al., 2003). Especulamos con la idea de que esta prevalencia puede estar relacionada con la vivencia de sucesos ambientales traumáticos, como los abusos sexuales o el maltrato físico en la infancia y/o violaciones, peleas o maltrato físico en la edad adulta (Back et al., 2000; Najavists et al., 1998; Najavists et al., 2003). De acuerdo con otros autores, cabe resaltar que las personas que han sido diagnosticadas de TEP presentan también TCS de mayor severidad, una mayor concomitancia de otros trastornos tanto del Eje I como del Eje II y un aumento del *craving* (Back, Brady, Jaanimägi & Jackson, 2006; Coffey et al., 2002). En conclusión, la presencia de un TEP está asociado a una mayor gravedad de la psicopatología y a un peor pronóstico, por lo que debe explorarse activamente y tratarse específicamente (Back et al., 2000).

Los **trastornos de la conducta alimentaria** han representado en nuestro estudio un porcentaje escaso. Los pocos estudios que existen al respecto se han realizado sobre muestras poblacionales no clínicas y señalan una prevalencia que oscila entre un 4.3% y un 32% (Herrero et al., 2008; Jonas & Gold, 1986; Ross-Durow & Boyd, 2000). Creemos que esta variabilidad tan amplia puede asociarse a las distintas técnicas de muestreo empleadas, ya que mientras que dos de estos estudios usaron el método de *bola de nieve* (Ross-Durow & Boyd, 2000; Herrero et al., 2008), el de Jonas & Gold (1986) empleó un procedimiento aleatorio reclutando a los sujetos que llamaban a un teléfono de información sobre el consumo de cocaína. En cualquier caso, son necesarios más estudios que aborden la relación entre el consumo de cocaína y los TCAs o la motivación de control del peso (Cochrane et al., 1998).

Por otro lado, los datos obtenidos en el presente estudio sugieren que el diagnóstico de **TDAH en la edad adulta** es una cuestión clínicamente relevante en el abordaje terapéutico de los pacientes que acuden a tratamiento por sus problemas derivados del consumo de cocaína. La prevalencia de TDAH que hemos encontrado en nuestro estudio ha sido muy elevada (13.7%), en concordancia con otros trabajos (Carroll & Rounsaville, 1993; Levin et al., 1998; Pérez de los Cobos et al., 2010) y cinco veces superior a la estimada en la población adulta general (Simon et al., 2009). La

variabilidad de los resultados de estos trabajos viene explicada en gran medida por cuestiones de tipo metodológico. Por un lado, se han empleado distintos criterios de selección que determinan el perfil de consumo (muestras de consumidores *puros* de cocaína vs. consumidores de *otras sustancias*, además de la cocaína) y/o el perfil de los trastornos psicopatológicos comórbidos (criterios más restrictivos vs. criterios más inclusivos). Por otro lado, en estos trabajos se han empleado diferentes criterios diagnósticos, distintos tipos de instrumentos de medida y diferentes criterios temporales para ubicar la entrevista clínica. En este contexto, en nuestro estudio hemos considerado los siguientes aspectos metodológicos: 1) hemos optado por una muestra de pacientes naturalística, obtenida en condiciones muy próximas a la práctica clínica diaria con criterios de selección poco restrictivos, 2) los pacientes son entrevistados entre los días 15-20 tras el ingreso en el centro residencial, con lo que se minimiza la sintomatología más aguda relacionada con la intoxicación y la abstinencia, 3) no hemos empleado una escala autoadministrada de *screening*, sino una entrevista clínica cara a cara estandarizada que permite el diagnóstico de TDAH en adultos según criterios DSM-IV-TR y 4) hemos evaluado en profundidad la comorbilidad psicopatológica mediante la PRISM, un potente instrumento específico con el objetivo de efectuar los necesarios diagnósticos diferenciales para descartar que la sintomatología observada en los casos de TDAH no fuese mejor explicada por otro TM. Aún así, hemos observado que en muchos casos, además de los criterios diagnósticos para TDAH, se cumplían criterios para otros trastornos psicopatológicos con un perfil similar al observado por otros autores (Kessler et al, 2006; Levin et al, 2004). Son necesarios más estudios con procedimientos diagnósticos y metodológicos similares para que los datos observados en nuestro estudio sean más consistentes.

Hemos estudiado también la relación entre la psicopatología y el patrón de consumo. En términos generales, entre los pacientes con TM hemos encontrado un consumo más severo. Así, tienden a consumir una mayor cantidad de cada sustancia, lo hacen durante un periodo de tiempo más prolongado y con una pauta de consumo con mayor número de atracones. Además, entre los pacientes con TM, el porcentaje de diferentes TCS es mayor, así como la severidad de los mismos. Estos datos coinciden con los de otros estudios que muestran la alta prevalencia de otros consumos en dependientes de cocaína (Rounsaville et al., 1991; Halikas et al., 1999; Ochoa, 2000; Falck et al., 2004; Ford et al., 2009). En primer lugar, sabemos que el consumo de alcohol entre consumidores de cocaína es muy elevado. La prevalencia de dependencia de alcohol en muestras de consumidores de cocaína oscila entre un 37% y un 75% (Halikas et al., 1994; Falck et al., 2004; Ford et al., 2008; Rounsaville et al., 1991; Weiss et al., 1988). En segundo lugar, al igual que ocurre con el alcohol, es creciente el consumo de opiáceos entre los consumidores de cocaína y viceversa, también con patrones de policonsumo. Varios estudios apuntan que alrededor de la mitad de los dependientes de opiáceos consume de forma regular cocaína, siendo la edad de inicio del consumo de cocaína posterior a la de heroína (Arias, López-Ibor &

Ochoa, 1997; Ochoa, López-Ibor, Pérez de los Cobos & Cebollada, 1992; Rodríguez-Llera et al., 2006). Asimismo, los dependientes de opiáceos que consumen cocaína continúan, en mayor proporción que los que no lo hacen, utilizando la vía intravenosa y manteniendo otras prácticas de riesgo (Ochoa, 2000). Igualmente, en muestras de pacientes que demandan tratamiento por consumo de cocaína se ha observado una proporción del 8% al 22% de dependientes de opiáceos (Herrero et al., 2008; Ziedonis et al., 1994). Finalmente, los estudios anteriores concluyen que el consumo de otras sustancias como las benzodiacepinas, los estimulantes o la metadona no prescrita es igualmente elevado entre los consumidores de cocaína. Pensamos que estos datos muestran que los pacientes con comorbilidad psicopatológica que están ingresados en CT tienden a mostrar un patrón de policonsumo más elevado que los pacientes que tan sólo padecen TCS con el consiguiente empeoramiento pronóstico.

Uno de los objetivos de nuestro trabajo fue tratar de aproximarnos al perfil diferencial de los consumidores de cocaína *puros* en relación con los que consumen esta sustancia junto a heroína (*revuelto*). Así, hemos podido comprobar que los consumidores de *revuelto* son personas de mayor edad, con una situación laboral y socio-sanitaria más precaria y con un mayor porcentaje de estancias en prisión y calabozos. Asimismo, son personas con mayor porcentaje de policonsumo. Si bien la severidad de la dependencia actual de heroína era menor en comparación con la de cocaína, se observa que los pacientes consumidores de *revuelto* podrían estar más relacionados con el perfil de personas dependientes de heroína de hace algunas décadas, acorde con lo hallado en otros estudios (Aguilar de Arcos, 2010; Aguilar de Arcos, Verdejo, Sánchez, López & Pérez, 2005; Barrio, Royuela, Diaz & Rodríguez-Artalejo, 1998). Sin embargo, nosotros creemos que es necesario seguir comparando a estos grupos de pacientes, ya que se da el caso de que muchos pacientes que comenzaron consumiendo heroína han pasado a mezclarla con cocaína, pero también existe un porcentaje importante de pacientes consumidores primarios de cocaína que han optado al cabo de los años por mezclarla o “mancharla” de heroína para contrarrestar los efectos de la cocaína. Así, puede que existan diferencias entre estos subgrupos de personas estando algunos más cercanos al perfil del consumidor tradicional de heroína y otros, al perfil del consumidor de cocaína.

Por otro lado, analizamos las características sociodemográficas, de consumo y psicopatológicas, en función de si las personas solían consumir la cocaína por *vía intranasal* o *intravenosa*. Los resultados arrojan datos interesantes. Primero, los análisis demuestran que los consumidores de cocaína *intrapulmonar* difieren sustancialmente de los consumidores de cocaína *intranasal* en dos ámbitos principales: la marginación social y la salud. Los datos son acordes a otros estudios que han evaluado las características de los consumidores de cocaína *intrapulmonar* (Barrios et al., 1998; Falck, Wang, Carlson & Siegal, 2000; Fisher et al., 2006). Así, estas personas son de mayor edad, tienen un menor nivel cultural y una situación laboral precaria. Asimismo, se observa en este grupo un mayor índice de criminalidad, medida en número de

encarcelamientos o estancias en calabozos. Creemos que parte de este mayor deterioro social, legal y de salud observado entre los consumidores de cocaína por vía intrapulmonar podría estar relacionado con los problemas criminológicos asociados a la propia vía de administración y no tanto con el perfil de los pacientes, ya que existen evidencias de que hay un mayor riesgo de abuso y dependencia cuando la sustancia se consume por vía *intrapulmonar* (Chen & Anthony, 2004; Hatsukami & Fischman, 1996). Con respecto a los indicadores de salud, se observa que los pacientes consumidores de cocaína *intrapulmonar* presentan una mayor prevalencia de VIH y hepatitis C y, aunque no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, existe una tendencia de este grupo a contraer hepatitis B (Falck et al, 2004; Hatsukami & Fischman, 1996). Con respecto a otros consumos de sustancias, los datos sugieren que los consumidores por vía *intrapulmonar* tienden a consumir más sustancias, aunque tan sólo existen diferencias significativas en los TCS a lo largo de la vida de heroína, estimulantes y metadona. Uno de los resultados más interesantes para nosotros fue comprobar que, en términos de comorbilidad psicopatológica, no se encuentran diferencias entre grupos. Sin embargo, muchos estudios apuntan que los consumidores de cocaína por vía *intrapulmonar* tenderían a mostrar mayor severidad psicopatológica (Haasen, Prinzleve, Goosop, Fisher & Casas, 2005).

De forma paralela a estos hallazgos, hemos explorado el papel del sexo como elemento diferenciador. El porcentaje de mujeres de la muestra fue muy inferior al de los hombres ya que cuatro de las seis CTs sólo admiten varones. Aunque algunos trabajos no muestren diferencias de comorbilidad psicopatológica entre hombres y mujeres consumidores de cocaína (Herreros et al., 2007; Weiss, Martinez-Raga, Griffin, Greenfield & Hufford, 1997b), los resultados de la nuestra reflejaron diferencias entre sexos, en línea con otros estudios. Así, por ejemplo, algunos autores encuentran que las mujeres padecen un mayor número de TEA y una prevalencia mayor de episodios maníacos (Conner et al., 2008, Zlotnick et al., 2008), mientras que otros detectan un mayor porcentaje de TA (Halikas et al., 1994; Falck et al., 2004; Najavist & Lester, 2008). Por otra parte, este trabajo denota que la presencia de sintomatología psicótica inducida es mayor entre las mujeres que entre los hombres, como ya fue observado por Mahoney et al. (2008). Finalmente, al igual que ocurre con estudios de muestras similares, dentro de los trastornos del Eje I, las mujeres arrojaron un mayor porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria (Cochrane et al., 1998; Hudson, Weiss, Pope, McElroy & Miri, 1992; Pissetsky et al., 2008). Con respecto al Eje II, los resultados del estudio manifiestan datos análogos a otro realizado con el mismo instrumento y en el mismo país por Rodríguez-Llera et al. (2006). Estos autores detectaron un porcentaje de TLP superior entre mujeres, a la inversa de lo observado con el diagnóstico de TAP, si bien no existieron diferencias estadísticamente significativas. En definitiva, los datos de este trabajo avalan los resultados de estudios anteriores que apuntan que las mujeres son un grupo vulnerable a padecer comorbilidad psicopatológica, lo que debe tomarse en consideración al planificar el tratamiento.

Como segundo grupo de objetivos de este trabajo, tratamos de valorar el papel diferenciador de la severidad de los síntomas psicopatológicos en función de la presencia de comorbilidad psicopatológica. Tal como esperábamos, hemos observado que entre los pacientes que presentaban TM, la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión es significativamente mayor. Encontramos también una peor calidad de vida, más problemas de salud y mayores niveles de *craving* de cocaína. Pensamos que estos datos demuestran que las personas que padecen comorbilidad psicopatológica, no sólo deben enfrentarse a las consecuencias negativas de estos trastornos, si no que arrastran síntomas concomitantes cuya influencia puede llegar a ser decisiva a lo largo del tratamiento de los mismos.

Con respecto al **perfil de personalidad** medido con el MCM-III, el porcentaje de trastornos de personalidad, aunque importante (31.4%), se sitúa por debajo de la incidencia obtenida en otros estudios que han utilizado este mismo instrumento (Calsyn & Saxon, 1990; Craig, 2000; Duran & Becoña, 2007; Fernández-Montalvo et al., 2003; Lorea et al., 2009; Pedrero et al, 2003; Fernández-Moltalvo et al, 2004; Casares-López et al., 2010) o similares (Barber et al ,1996; Kranzler et al., 1994b; Sanz & Larrazábal, 2002 ; Weiss et al., 1993). Así, éstos arrojan tasas que oscilan desde el 36.7% hasta el 97%. Sin embargo, pensamos que esta disparidad y divergencia en los resultados obtenidos en estos estudios pueden deberse a tres motivos fundamentales. Primero, a la imprecisión de los propios criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad. En la actualidad, existe un debate que se sustenta en cuestionar la propia definición de los trastornos de personalidad y su diagnóstico categorial. Son muchos los autores que defienden el uso de criterios diagnósticos dimensionales para estos trastornos, ya que ofrecerían una información más precisa acerca de las características funcionales de la conducta y favorece la clasificación, evaluación, explicación y conceptualización de los trastornos (Ball, 2001; Haslam, 2003; Krueger, Watson & Barlow, 2005; Millon & David, 1998; Widiger& Sanderson, 1995; Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley & Verheul, 2005; Verheul, 2005). En segundo lugar, la disparidad de datos puede deberse a las características propias de un instrumento autoadministrado. El MCMI-III es un cuestionario diseñado para evaluar la personalidad a través de la teoría de la personalidad de MILLON y sólo las transformaciones de las puntuaciones directas pueden llegar a aproximarlas a las nosologías diagnósticas que utilizan el DSM o la CIE. En nuestra modesta opinión, a pesar de la utilidad del instrumento y su amplia utilización en el ámbito de las drogodependencias, es necesario recurrir, al menos, a cuestionarios clínicos compatibles con los diagnósticos de valoración del DSM que evalúen los trastornos de la personalidad, como por ejemplo, la *International Personality Disorder Examination* (IPDE), que nos permitirá un diagnóstico con mayor precisión y fiabilidad de este tipo de trastornos, y como consecuencia, una reducción de la variabilidad observada en los anteriores estudios. Por último, los criterios del MILLON-III para considerar la presencia o no de un trastorno de personalidad se presuponen también importantes en la

variación de resultados. En esta muestra se ha considerado la existencia de un trastorno de personalidad, a partir de los criterios más conservadores ($TB \geq 85$), existiendo una gran diferencia cuando se compara con los criterios ($TB \geq 75$), 31.5% versus 75.8%.

Este trabajo señala la alta comorbilidad psicopatológica hallada en la población dependiente de cocaína tratada en las CTs públicas de Andalucía. Es importante tener en cuenta que durante la entrevista el 76.5% de los pacientes indicó que nunca habían sido diagnosticados y, por lo tanto, tratados. Es decir, muchos de los pacientes que ingresan en CTs sólo son tratados de sus problemas relacionados con el consumo de sustancias y no así, de su comorbilidad psicopatológica. Nos planteamos la posibilidad de continuar con un estudio longitudinal y, así, poder estudiar la relación entre la comorbilidad psicopatológica y el éxito terapéutico.

Este estudio no se encuentra exento de limitaciones. Por un lado, hay que ser cautos a la hora de extrapolar los datos encontrados en esta muestra, ya que se trata de una población concreta de personas que ingresan en CT después de no haber podido controlar su abstinencia en los recursos de tratamiento ambulatorio. Además, todos los datos recogidos han venido dados por los pacientes y puede que haya existido tanto un sesgo de memoria como de deseabilidad social. Por otro lado, dado el escaso número de mujeres en el estudio las diferencias que encontramos entre los sexos no se han podido analizar con contundencia aunque, como se ha explicado anteriormente, las mujeres presentan o exhiben en general un mayor número de TMs. En futuras investigaciones, este puede ser un tema de interés.

En resumen, de los datos de este estudio se pueden derivar importantes implicaciones clínicas. Se expone la alta presencia de comorbilidad psicopatológica entre pacientes dependientes de cocaína en CT. Además, esta presencia está relacionada con un mayor deterioro psicosocial, una mayor severidad de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y una mayor presencia de otras características psicopatológicas. Estos hechos pueden llegar a complicar el tratamiento dentro de las CTs y convertir en una necesidad la introducción de cambios en estos programas. Nuestra opinión es que las mejoras deben ir centradas, en primer lugar, en las evaluaciones diagnósticas sistematizadas a todas las personas que entren dentro la red asistencial de drogodependencias. Para ello, será necesario que los pacientes sean evaluados primero en los CTAs para, posteriormente, ratificar los diagnósticos en las CTs en situación de abstinencia controlada. En segundo lugar, y tras establecer los diagnósticos, llevar a cabo programas integrados e individualizados. Estas intervenciones han demostrado su eficacia y expuesto mejoras en los resultados respecto a los programas que abordan estos trastornos de manera aislada (Sacks et al, 2008b).

6. CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos de este estudio podemos concluir que:

- Los pacientes con trastornos por consumo de cocaína que ingresan en comunidades terapéuticas públicas presentan un deterioro psicosocial generalizado, una historia de consumo severa y un patrón de policonsumo de sustancias psicoactivas.
- El porcentaje de pacientes con dependencia de cocaína de nuevo ingreso en comunidad terapéutica que presenta comorbilidad psicopatológica es elevada (65.6%). Así, los trastornos más prevalentes son los del estado de ánimo, ansiedad psicóticos, TDAH y de personalidad.
- Más de tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados de algún trastorno psicopatológico no habían sido diagnosticados de un trastorno mental, además de los trastornos por consumo de sustancias, antes del ingreso en la comunidad terapéutica, por lo que no habían recibido un tratamiento específico para los mismos.
- La prevalencia de los trastornos psicóticos encontrada en los pacientes con dependencia de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica es especialmente relevante siendo la mayoría de ellos, trastornos inducidos.
- Los pacientes con comorbilidad psicopatológica presentan una historia de consumo más severa, es decir, muestran una prevalencia mayor y más grave de trastornos por consumo de sustancia.
- Los pacientes consumidores de revuelto (cocaína y heroína) son personas con un deterioro psicosocial y una prevalencia mayor de diferentes trastornos por consumo de sustancia, si bien, no existe diferencia en la comorbilidad psicopatológica presentada por ambos grupos.
- Los consumidores de cocaína por vía intrapulmonar, respecto de los consumidores de cocaína por vía intranasal, presentan mayor marginación social y problemas de salud más severos, si bien, en términos de comorbilidad psicopatológica, no se encuentran diferencias entre grupos.
- Los pacientes con presencia de comorbilidad psicopatológica presentan síntomas de depresión y ansiedad más graves en comparación con el grupo de personas sin psicopatología. Además, el primer grupo presenta una peor calidad de vida, más problemas de salud y mayores niveles de *craving* de cocaína en el momento del ingreso a comunidad terapéutica.



ESTUDIO 3

EVALUACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DE LA PSICOPATOLOGÍA SOBRE LA RETENCIÓN EN TRATAMIENTO DE PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA INGRESADOS EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El último estudio de este trabajo tiene como objetivos, por un lado, explorar la relación entre la psicopatología y la retención en tratamiento en pacientes con dependencia de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica y, por otro, estudiar la evolución de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante la estancia en este tipo de recursos. Para ello, se empleó un diseño longitudinal y prospectivo.

1. INTRODUCCIÓN

Los recursos residenciales para personas con problemas derivados del consumo de sustancias tienen un papel complementario cuando los tratamientos a nivel ambulatorio son insuficientes para alcanzar resultados aceptables. Las CTs desarrollan un modelo asistencial fundamentado en el paradigma biopsicosocial (Bunt et al., 2008) teniendo, como objetivo general, lograr un cambio global en el estilo de vida de los usuarios (McCusker et al., 1995).

La evidencia acumulada permite concluir que las CTs son eficaces y efectivas, ya que, por un lado, reducen el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad delictiva relacionada y, por otro, mejoran la integración socio-laboral al fomentar conductas prosociales (Condelli & Hubbard, 1994; Fernández-Hermida et al., 2002; Gerstein, 1992; Marsden et al., 2009). Ahora bien, ¿cuáles son las variables más útiles para evaluar los resultados del tratamiento? En la actualidad aún no existe un consenso sobre ello. La mayoría de los autores están de acuerdo en considerar el tiempo de estancia como un indicador válido de resultados (*outcomes*) (Bleiberg, Devlin, Croan & Briscoe, 1994; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1986; Greenfield et al., 2004; Kooyman, 1993; Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999; Simpson, 1981; Simpson, Savage & Lloyd, 1979). Por lo general, existe una cierta tendencia a estimar en tres meses el tiempo necesario para que un paciente pueda presentar una mejoría clínicamente relevante (Condelli & De Leon, 1993; Condelli et al., 1994; De Leon, 1991; Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson & Etheridge, 1997; Messina, Wish & Nemes, 2000; Mulder et al., 2009; Sell & Simpson, 1979; Simpson, 1984; Sirtotnik & Roffe, 1978). En este sentido, algunos trabajos han constatado cierto nivel de mejoría en los pacientes que finalizan el primer mes de tratamiento y han concluido que, tras ese periodo, no se observarían mejoras de una magnitud significativa (Bleiberg et al., 1994). En cualquier caso, el tiempo de estancia necesario debería estar en función de las necesidades individuales y de la evolución general dentro del programa residencial (González-Saiz et al., 1998).

Es necesario destacar que los programas de tratamiento en CT, al igual que ocurre con otras modalidades terapéuticas, se caracterizan por su baja tasa de retención. La literatura revela que las tasas de abandono oscilan entre el 44% y el 89% (Aron & Daily, 1976; Condelli & Dunteman, 1993; DeLeon & Schwartz, 1984; Eisenberg & Fabelo, 1996; Knight, Simpson, Chatham & Camacho, 1997; Kooyman, 1993; Ravndal & Vaglum, 1994; Sansone, 1980; Secades et al., 1998; Vickers-Lahti et al., 1995), con algunas excepciones que fluctúan entre 20-33% (Knight et al., 1997; Secades-Villa & Benavente, 2000). Dada la importancia que tiene el tiempo de estancia y su influencia sobre la respuesta al tratamiento, es muy importante identificar los factores que están asociados con la retención para así poder intervenir en los elementos susceptibles al cambio.

Para poder sistematizar estos conceptos clínicos y de gestión, nos apoyamos en el denominado *modelo de producción de salud* de Donabedian (1980). Este autor entiende la organización de servicios asistenciales como un proceso que se compone de tres elementos: a) *los pacientes* que presentan un problema de salud y que acceden al sistema sanitario, b) *el conjunto de procesos* (intervenciones diagnósticas y terapéuticas) que se aplican sobre dichos pacientes y c) *la efectividad* o mejoría de la salud de los pacientes, medida en términos de reducción de la severidad de sus síntomas y/o de incremento de su calidad de vida. Estos tres elementos podrían ser evaluados o medidos mediante las siguientes variables correspondientes: a) variables de *input* (variables pretratamiento), b) variables de *output intermedias* (variables de procesos) y c) las variables de *output finales* (variables de resultados). De esta manera, los estudios que han evaluado la efectividad de las intervenciones terapéuticas suelen considerar tres tipos de variables relacionadas con la estancia en los programas residenciales: a) las variables relacionadas con los *pacientes*, donde se incluyen las sociodemográficas, los aspectos psicopatológicos, el estado de salud, las incidencias legales, la historia de consumo y la motivación del paciente, b) las variables relacionadas con el *tratamiento*, como el modelo y características del programa, la formación de los terapeutas, el patrón de intervención o la propia evolución del paciente en el mismo (Condelli, 1994; De Leon & Jainchill, 1986; Moss & Moss, 1995) y c) las variables de *resultado* del tratamiento en CT, entre las que destacan la tasa de retención y otras variables que indican el mismo concepto.

Resulta obvio decir que los profesionales pretenden obtener los mejores resultados clínicos posibles con sus pacientes y que los gestores de los programas de CTs buscan lograr los mejores indicadores de respuesta. Por ello, muchos investigadores han tratado de identificar aquellas variables que puedan estar relacionadas con la retención en CT. Dicho de otro modo, han explorado y analizado el poder predictivo de las variables relacionadas con los *pacientes* y de las variables indicadoras de los *procesos* asistenciales sobre las variables de *resultado* (en este caso la retención).

Los estudios de diseño longitudinal han puesto de manifiesto que las distintas variables estudiadas *relacionadas con el paciente*, tienen un poder predictivo limitado sobre los resultados del tratamiento, al explicar un porcentaje de la varianza relativamente bajo de éstos (Condelli, 1994; Condelli & Dunteman, 1993; Garfield, 1994; Secades & Fernández, 2000; Williams & Roberts, 1991). Por un lado, y en referencia a las variables sociodemográficas, algunos trabajos han estudiado el valor pronóstico de la edad sin que existan aún datos consistentes. Así, mientras que algunos estudios señalan que una mayor edad se asociaría con mejores resultados, otros trabajos concluyen lo contrario (Condelli, 1986,1989; Eisenberg & Fabelo, 1996; Pompei & Resnick, 1987; Stack, Cortina, Samples, Zapata & Arcand, 2000). El nivel de educación se ha presentado también como una variable predictiva en algunos trabajos, de manera que los pacientes con un mayor nivel de estudios permanecían

más días en los programas (Condelli, 1994; Eisenberg & Fabelo, 1996; Sansone, 1980). Por otro lado, se ha estudiado el valor predictivo de las variables de consumo. En este sentido, se ha observado que las personas que abandonan precozmente la CT muestran un perfil de consumo de mayor severidad (mayor probabilidad de policonsumo, más años consumiendo y más cantidad diaria consumida) (Secades-Villa & Fernández-Hermida, 2000). También se han identificado otras variables predictoras del resultado del tratamiento en las CTs tales como la situación judicial al ingreso, que estaría asociada a una mayor retención (Aron & Daily, 1976; Collins & Allison, 1983; Pompei & Resnick, 1987; Sansone, 1980) y la actitud y la disposición positivas ante el tratamiento, que también supondrían un mejor pronóstico (Condelli, 1994; De Leon & Jainchill, 1986; De Leon et al., 1997; Erickson, Stevens, McKnight & Figueredo, 1995; Joe et al., 1998; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill & Kressel, 1997; González-Saiz et al., 1998; Secades-Villa & Benavente, 2000).

Mención aparte merece el estudio del poder predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento. En este sentido los datos son contradictorios ya que, mientras que algunos trabajos le otorgan un papel neutro sobre la retención (Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay & Woody, 1996), otros señalan que los pacientes con mayor severidad de la sintomatología ansioso-depresiva permanecerían más tiempo en tratamiento (Agostini et al., 1991; Friedman & Glickman, 1987, Joe et al., 1998) y otros estudios, la mayoría, concluyen que tanto la severidad de la psicopatología como la presencia de determinados diagnósticos psicopatológicos, conferirían un peor pronóstico respecto de la retención (Broome, Flynn & Simpson, 1999; Kaminer, Tarter, Bukstein & Kabene, 1994; Stowell, 1991). Estos últimos trabajos abren una interesante línea de investigación ya que aún desconocemos el valor predictivo específico de cada trastorno psicopatológico sobre la retención en tratamiento. En este sentido, uno de los diagnósticos más estudiados es el TDAH comórbido con el consumo de sustancias, concluyéndose que estos pacientes tendrían un riesgo de abandono precoz particularmente alto y un mal pronóstico tanto en los recursos ambulatorios (Dekel et al., 2004 Levin et al., 1998; Levin et al., 2004; Wise et al., 2001;) como en los residenciales donde, además, se ha señalado un peor pronóstico respecto de otros TMs (Levin et al., 2004).

Partiendo de las evidencias anteriores, nos planteamos la realización de un estudio con el propósito de analizar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento en CT.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general de este tercer trabajo es estudiar la evolución, a lo largo del tratamiento en la CT, de la psicopatología de los pacientes ingresados con dependencia de cocaína. Este objetivo genérico se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- **Objetivo 1:** estudiar el cambio de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante el tratamiento
- **Objetivo 2:** evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico)

Estos objetivos se relacionan con las siguientes hipótesis de trabajo:

- **Hipótesis 1:** la severidad de la psicopatología disminuirá a lo largo del tratamiento dentro de la CT.
- **Hipótesis 2:** presentar un diagnóstico psicopatológico aumentará el riesgo de abandono prematuro de la CT.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Diseño

El diseño de este estudio es observacional, longitudinal y prospectivo (“de seguimiento”).

Procedencia de los sujetos

Para participar en el estudio, se admitieron aquellos pacientes procedentes de las seis CTs públicas del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones situadas en Tarifa y La Línea (Cádiz), Cartaya (Huelva) y Los Palacios (Sevilla) con plazas exclusivas para hombres, y Mijas (Málaga) y Almonte (Huelva) con plazas también para mujeres. Dichas comunidades comparten un protocolo clínico común y aprobado por la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía. Los participantes accedieron a estos centros residenciales procedentes de los CTA. Los centros residenciales y los centros ambulatorios están coordinados dentro de la misma red asistencial. Cuando los pacientes son dados de alta en la CT vuelven a ser tratados por su CTA de referencia. Los principales criterios para derivar a un paciente desde un CTA a una CT son: a) pobre respuesta al tratamiento e incapacidad para mantener la abstinencia en el entorno habitual del paciente y, b) necesidad de continuidad de cuidados y de tratamiento más intensivo. Las solicitudes de ingreso en las seis CTs son conducidas mediante un único y centralizado sistema de información computarizado.

Criterios de selección

Dados los objetivos del estudio, en la selección de los sujetos de la muestra se ha adoptado una actitud pragmática. Por ello se emplean unos criterios no restrictivos con el propósito de maximizar la representatividad de la muestra seleccionada y la extrapolación de los resultados del estudio. Los criterios de inclusión fueron: a) firmar el consentimiento informado, b) ser mayor de edad, c) saber leer y escribir y d) cumplir criterios diagnósticos de dependencia de cocaína en el último año según criterios DSM-IV. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: a) padecer un deterioro mental orgánico severo y b) tener una abstinencia mayor de 45 días al ingreso en el recurso.

Muestreo y procedimientos

En este tercer estudio se ha seguido un diseño longitudinal prospectivo y, como puede observarse, se realiza a partir de la muestra ya estudiada en el Estudio 2. Por tanto, las técnicas de muestreo y los procedimientos iniciales empleados en ese

estudio, son los que sustentan la muestra de la que partimos para este Estudio 3, con la especificación que ahora detallaremos.

Al finalizar la *primera entrevista* (en adelante, *entrevista basal*), la investigadora de campo acordaba con cada paciente volver a realizar una *segunda entrevista* (en adelante, *entrevista de seguimiento*) en la CT, tres meses después. Una semana antes de que el sujeto cumpliera este período de estancia y, de nuevo en coordinación con el profesional de enlace, se concretaba el día de esta nueva cita, entre los días 85 y 100 del ingreso. Se adoptó este intervalo de 15 días por las mismas razones logísticas y organizativas expuestas en el Estudio 2. Para la realización de esta *entrevista de seguimiento*, los pacientes eran citados nuevamente en horario de mañana. Ésta se iniciaba con una conversación informal breve sobre las impresiones subjetivas del paciente durante la estancia y el proceso terapéutico en el recurso. Posteriormente, se pasaba la *escala general de salud* del OTI-Estado, tras la cual, se le hacía entrega al paciente de las escalas autoadministradas utilizadas en la *entrevista basal* (CCS, BDI, STAI-Estado, TECVASP y el MCMI-III) para que las cumplimentara delante de la entrevistadora. El tiempo total de la realización de la entrevista oscilaba entre 1 y 2 horas.

Dado que uno de los objetivos de este tercer estudio es conocer la variación de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante los tres primeros meses del tratamiento en la CT, teníamos que estudiar a aquellos sujetos que hubiesen podido alcanzar ese período de evaluación, en caso de no haber abandonado el recurso. Dado que el análisis de los datos tuvo que realizarse en un momento determinado para poder presentar los resultados, el estudio se *cerró* en un momento en que 9 sujetos aún estaban en tratamiento pero todavía no habían alcanzado el momento de los tres meses para la evaluación del criterio de respuesta. Por tanto, y de cara al análisis de este tercer estudio, no se incluyeron estos 9 sujetos, siendo considerados como *retirados* según la nomenclatura propuesta por Argimón-Pallás & Jiménez-Villa (2007). Así, no partimos de la muestra inicial evaluada en el Estudio 1 (n=227), sino de una n=218 sujetos que seguimos durante tres meses desde el ingreso. De esta muestra, aquellos pacientes que *abandonen* la CT por distintas razones durante los primeros tres meses y, por tanto, no alcancen la *entrevista de seguimiento*, serán considerados como *perdidos* siguiendo esta misma nomenclatura (Argimón-Pallás & Jiménez-Villa, 2007). Para conocer si el perfil de estos sujetos difiere respecto de los que alcanzan los tres meses de estancia en relación a posibles variables pronósticas, se realizará un análisis de comparabilidad inicial entre ambas submuestras.

Para el objetivo de evaluación del valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en CT mediante un análisis de supervivencia, partimos de esta misma muestra de n=218 sujetos por razones de lógica interna y de comparación obvias. Como se verá más adelante, aquellos sujetos que en el momento de este análisis

permanezcan aún en el programa, serán considerados como “casos censurados”, según la terminología propia de este tipo de modelos de regresión.

Estimación del tamaño muestral

Finalmente, dado que el tamaño de la muestra no fue calculado para el objetivo del presente estudio, se ha considerado oportuno hacer una estimación *post-hoc* de la potencia. Se ha tomado como referente la variable de calidad de vida, pues en buena medida es ésta el paradigma de variable que representa la mejora de los síntomas de los pacientes. De acuerdo con los parámetros estadísticos y muestrales señalados anteriormente, y con los resultados obtenidos para esta variable, la potencia del contraste es de 1. Este resultado confirma que, aunque el tamaño de la muestra fue calculado con otros objetivos, los resultados encontrados son estadísticamente consistentes.

3.2. Instrumentos de medida

3.2.1. Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA)

Como se ha expuesto en el capítulo 7, el SiPASDA de la Junta de Andalucía es una potente herramienta que acumula información clínica y epidemiológica sobre los pacientes atendidos en los centros de atención especializada dependientes del PASDA. En primer lugar registra los datos correspondientes a las admisiones a tratamiento, tanto si se trata del primer contacto con el sistema como si se trata de un reinicio. Por otro lado, permite obtener información sobre todos los servicios y programas en los que el paciente ha sido atendido. El SiPASDA tiene un alcance autonómico y la información vertida en él desde cualquiera de sus terminales queda registrada en tiempo real. Para ello, cuenta con un conjunto de formularios estandarizados para la inclusión sistematizada de los datos necesarios en cada caso. En este estudio hemos empleado dos de estos formularios para obtener las variables necesarias para el análisis, como ya se hizo en el Estudio1:

Ficha Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT).

Esta herramienta es obligatoria en todos los centros, ya que desde hace años se viene empleando como fuente de información y registro en todo el país por el PNSD. La FIBAT incluye información sobre variables socio-demográficas, variables relacionadas con el consumo de sustancias y otras variables relacionadas con distintos aspectos del tratamiento (ver Anexo 1). Dentro del SiPASDA, la FIBAT forma parte del denominado *Protocolo de Derivación*, es decir, el resumen de la historia clínica del paciente, que el terapeuta del CTA envía al equipo terapéutico de la CT para su consideración. A partir de la FIBAT, hemos obtenido las variables

demográficas de los pacientes (edad, sexo, situación laboral y situación judicial antes del ingreso en CT) y las variables relacionadas con el consumo (droga principal de consumo, vía de administración, consumo antes del ingreso en CT, inclusión o no en programa de tratamiento con metadona, otros tratamientos previos por consumo de sustancias y la presencia de diagnósticos de TCS).

Informe de alta de CT.

Se trata de un registro sistematizado cuyo objetivo es realizar una valoración global y una descripción del proceso terapéutico seguido por el paciente dentro de la CT. Se cumplimenta por parte del terapeuta de referencia poco antes de ser dado de alta, independientemente de si ésta es o no terapéutica, y es enviado al CTA derivador de origen a través del SiPASDA (ver Anexo 2). Este documento está compuesto por 11 bloques que, por un lado, describen de forma cualitativa el grado de desempeño y rendimiento en las diferentes áreas trabajadas durante la estancia en el recurso (sanitaria, psicológica y socioeducativa) y, por otro, registran el tipo de alta y las características relacionadas con ella. A partir de este informe se han seleccionado las siguientes variables:

- *Días de estancia en CT:* es el número de días transcurridos entre la fecha de ingreso (variable principal del *bloque 3*) y la fecha de alta (variable principal del *bloque 4*), incluidos los días de *permisos terapéuticos*.
- *Tipo de alta:* corresponde a la variable 6.1 que se registra en el “bloque 6”. Los tipos de alta se dividen en las siguientes modalidades:
 - *Alta no terapéutica:* engloba, a su vez, el *alta derivada por causas sociales, sanitarias o jurídicas*, el *alta disciplinaria* (cuando el paciente incumple las normativas del centro), el *alta voluntaria* (cuando el paciente decide dar por terminado el tratamiento antes de cumplir cualquier objetivo planteado) y el *alta por exitus* (fallecimiento).
 - *Alta por cumplimiento parcial de objetivos:* se registra cuando se considera que el paciente ha tenido algún avance dentro del recurso, si bien, no ha cumplido con los objetivos planteados al comienzo del tratamiento.
 - *Alta terapéutica:* cuando el paciente ha finalizado su proceso de tratamiento tras haber alcanzado significativamente los objetivos inicialmente planteados.
- *Impresión Clínica al Alta sobre la Respuesta al Tratamiento (ICA-RT):* se trata de una variable que hemos construido a partir de la información contenida en la *variable 6.6* de este documento, denominada *Observaciones sobre el alta recibida y sus motivos*. Esta variable, tal como está originalmente diseñada, es un campo abierto en el que el clínico de

referencia, que ha coordinado todo el proceso terapéutico del paciente dentro de la CT, hace una valoración global del caso, describiendo su funcionamiento general en el recurso y su grado de desempeño en todas las áreas de trabajo (psicológica, sanitaria y socioeducativa). Se trata, por tanto, de su impresión clínica general sobre el proceso asistencial y sobre la respuesta al tratamiento, que emite en el momento del alta (de ahí el nombre que otorgamos a esta nueva variable). Al tratarse originalmente de una *variable cualitativa nominal*, para poder ser analizada, realizamos una transformación de la misma mediante un procedimiento de *triangulación* para poder convertirla en una *variable cualitativa ordinal*. Para ello, en primer lugar, una investigadora externa al equipo de tratamiento codificó estas descripciones, según su contenido, clasificándolas en una de tres categorías. Finalmente, otro investigador externo supervisó el proceso de asignación de estas categorías y, en los casos en que se produjeron discrepancias, se alcanzó un acuerdo con la investigadora de campo. El proceso de codificación se realizó a ciegas de otras medidas clínicas. Las categorías adoptadas para la operativización de la variable ICA-RT fueron:

- *Sin cambios*: se asignó esta categoría a aquellas descripciones que ponen de manifiesto alguna de las siguientes condiciones: a) cuando el paciente mostró de manera permanente una actitud negativa durante el proceso terapéutico como, por ejemplo, contravenir las normas de convivencia, consumo o tráfico de sustancias en la CT, actitud desafiante o claramente agresiva y b) cuando no fue posible realizar una primera valoración debido a su muy corta estancia en el recurso.
- *Cambios mínimos*: se asignó a esta categoría a aquellas descripciones que señalaban un mínimo avance (claramente insuficiente, desde el punto de vista clínico) en, al menos, una de las tres áreas de intervención (sanitaria, psicológica y socio-educativa), o bien, tras un cambio más relevante, se había apreciado un retroceso en la evolución.
- *Cambios clínicamente relevantes*: esta categoría corresponde a aquellos casos en los que se describe una mejoría mantenida y progresiva en una o más de las tres áreas de intervención. Es decir, se pone de manifiesto un cambio significativo durante todo el proceso asistencial, al alcanzarse claramente los objetivos terapéuticos planteados para esa o esas áreas.

3.2.2. Cocaine Craving Scale (CCS)

La *Cocaine Craving Scale* (CCS) es una escala de síntomas de carácter autoadministrado. Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la intensidad del *craving* en consumidores de cocaína (Weiss et al., 1995). Consta de 5 ítems que evalúan los siguientes aspectos: a) la intensidad del *craving* en el momento actual, b) la reactividad ante estímulos ambientales relacionados con el *craving* y c) la probabilidad percibida de consumir si la persona está en un ambiente donde ha consumido habitualmente. La respuesta está codificada mediante una escala tipo Likert que oscila entre cero y nueve. Entre las características psicométricas de este instrumento resalta su consistencia interna con puntuaciones que fluctúan entre valores del coeficiente Alfa de Cronbach que oscilan entre 0.82 a 0.94. Asimismo, está confirmada su estructura unidimensional tras un análisis factorial. La versión española está realizada por Tejero & Trujols (2003).

3.2.3. State Trait Anxiety Inventory (STAI-Estado)

El STAI es un inventario autoadministrado que evalúa síntomas relacionados con la ansiedad (Spielberger et al., 1970). Consta de dos escalas que miden aspectos diferentes pero relacionados entre sí: el estado y el rasgo. La ansiedad-rasgo sería una parte de la personalidad del individuo, más o menos estable, que se caracteriza por una predisposición para percibir situaciones ambientales como potencialmente amenazantes y su respuesta a las mismas con un grado variable de ansiedad. La ansiedad-estado es entendida como la actitud emocional inmediata ante una situación concreta, siendo el componente de la ansiedad que presenta una mayor variabilidad en cada momento. Se caracteriza por un sentimiento subjetivo, conscientemente percibido de aprehensión y tensión, asociado a la activación del sistema nervioso autónomo que genera reacciones psicofisiológicas (Spielberger, 1966). En este estudio se ha utilizado la escala ansiedad-estado para explorar la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones características de la ansiedad: tensión, preocupación, nerviosismo, inquietud interior y miedo al futuro. Esta escala está compuesta por 20 ítems dividida en cuatro categorías: no, en absoluto (0), un poco (1), bastante (2), mucho (3). Una mayor puntuación se correspondería con un mayor grado de severidad de la ansiedad. No existen puntos de corte propuestos sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Este instrumento tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0.89$) y una excelente fiabilidad test-retest ($\alpha=0.88$) (Barnes et al., 2002). Los valores de fiabilidad calculada por el procedimiento de las dos mitades alcanzan un valor de 0.86 (Spielberger, 1983). La versión española presenta unos índices de consistencia interna entre $\alpha=0.84$ y $\alpha=0.87$ (Spielberger et al., 1970).

3.2.4. Beck Depression Inventory (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems. En este estudio se utiliza su versión breve que se compone de 13. La variable medida es la gravedad entendida como la intensidad sintomática de la depresión. La respuesta a cada ítem está codificada siguiendo una escala tipo Likert de cuatro opciones (de 0 a 3) ofreciendo, por tanto, una puntuación total máxima de 39 puntos. Los puntos de corte propuestos son: 0-4, Depresión ausente; 5-7, Depresión leve; 8-15, Depresión moderada y >15, Depresión grave. El tiempo de pasación de la versión breve es de alrededor de 10 minutos. Este inventario posee una alta consistencia tanto en muestras clínicas como no clínicas con un coeficiente alfa alrededor de 0.92. (Beck et al., 1996). En la adaptación española se obtuvieron niveles elevados de consistencia interna, tanto en muestras de universitarios como en población general y personas con trastornos psicopatológicos (Sanz et al., 2005; Sanz et al., 2003a; Sanz et al., 2003b).

3.2.5. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)

El TECVASP es uno de los primeros tests específicos para la medida del constructo de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes drogodependientes y fundamentada teóricamente en el *modelo bi-axial* de la adicción (Lozano et al., 2006). Evalúa los efectos físicos y psicosociales que el consumo habitual de sustancias produce sobre la salud y el funcionamiento diario, así como las respuestas individuales a las mismas. Las categorías físicas exploradas comprenden el estado funcional general del paciente, los síntomas físicos y la dependencia física. Los contenidos de tipo psicosocial evaluados son la dependencia psicológica, algunos síntomas psicológicos generales, el deterioro del funcionamiento cognitivo, la percepción general de la salud, el funcionamiento social y las expectativas del sujeto. El TECVASP es una escala de síntomas autoadministrada constituida por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos [ítems 15, 19, 20 y 21]) con un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas (de 1 a 5). De esta manera, una mayor puntuación total representa una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Los estudios sobre fiabilidad de la TECVASP encuentran valores alfa que oscilan entre 0.79 y 0.84, en función de la sustancia consumida (heroína y cocaína base, clorhidrato de cocaína, cocaína base y alcohol) (Lozano et al., 2006; Lozano et al., 2007).

3.2.6. Escala “Estado General de Salud” del *Opiate Treatment Index* (OTI-Estado)

El OTI-E es una entrevista clínica semiestructurada cuyo propósito fundamental es la evaluación de la gravedad de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y, de forma comparativa secuencial, permitir la evaluación de los resultados del tratamiento (Darke et al., 1991; Darke et al., 1992). Está constituida por seis subescalas que siguen un modelo dimensional de puntuación, donde cada una de ellas proporciona una medida de la gravedad o del grado de deterioro en el área de funcionamiento correspondiente. En todas ellas, una mayor puntuación supone una mayor disfunción. En este trabajo se utilizó la subescala *estado general de salud* con el objetivo de medir el estado de salud físico de los pacientes durante los primeros días del ingreso en la CT. Esta subescala se estructura como una lista de comprobación de síntomas (*checklist*) y se divide en 8 secciones, cada uno de las cuales mide un conjunto de síntomas agrupables en aparatos y sistemas: general (14 síntomas), problemas relacionados con la inyección (5 síntomas), cardiorespiratorios (9 síntomas), genitourinarios (4 síntomas), ginecológicos (2 síntomas), musculoesqueléticos (3 síntomas), neurológicos (10 síntomas) y gastrointestinales (5 síntomas). Todos los ítems exploran la presencia de los síntomas durante el mes previo a la entrevista, salvo la sección ginecológica en la que se pregunta por las alteraciones que han tenido lugar en los últimos tres meses. Las estimaciones de fiabilidad del OTI aportan valores del coeficiente alfa comprendidos entre 0.71 y 0.78 y una fiabilidad interexaminadores de 0.86. La versión española fue estandarizada por González-Saiz (1997).

3.2.7. Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III)

El inventario MCMI-III es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación clínica sobre la personalidad. Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado que evalúa la presencia de síntomas de determinados patrones de personalidad y la probabilidad de que dichos patrones constituyan un trastorno de personalidad. El autor plantea que entre la normalidad y la psicopatología no hay diferencias cualitativas sino cuantitativas, existiendo un continuum (Millon & Davis, 1998). El modelo se basa en los principios de la evolución, intentando explicar la estructura y los estilos de personalidad con referencia a modos de adaptación ecológica (Millon, 2007)

Las escalas del MCMI se agrupan en las categorías de personalidad y psicopatología para reflejar la distinción que realiza el DSM entre el Eje I y el Eje II. En primer, se distinguen las escalas de las características de personalidad más duraderas del paciente (Eje II), distinguiendo, por un lado, las *dimensiones clínicas de la personalidad* y por otro, las *dimensiones clínicas de la personalidad graves (esquizotípico, límite y paranoide)* y, en segundo lugar, distingue los *trastornos clínicos agudos* (Eje I) diferenciando entre los *síndromes moderadamente severos* y *síndromes clínicos graves (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante)*. Consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso). Una puntuación de tasa base (TB) >75 indica sospecha de presencia de un trastorno de personalidad y TB > 85 señala la severidad del trastorno. El tiempo medio de pasación de la prueba es de 20-30 minutos. Esta herramienta ha sido ampliamente utilizada para estudiar las prevalencias de los síndromes y patrones presentes en consumidores de sustancias, entre ellas, cocaína (Craig & Weinberg, 1992; López & Becoña, 2006; Pedrero et al., 2003).

3.3. Análisis estadístico

Las características de la muestra vienen expresadas a través de análisis estadísticos de carácter descriptivo (porcentajes, medias y desviaciones típicas).

La prueba de t para dos muestras relacionadas nos permitió comparar las puntuaciones de las escalas de evaluación de psicopatología pasadas en la *entrevista basal* y en la *entrevista de seguimiento*. El cálculo del tamaño del efecto se ha realizado con el estadístico d de Cohen (Cohen, 1992).

Con el objetivo de analizar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y otras variables (sociodemográficas y relacionadas con el tratamiento), se llevó a cabo un análisis mediante la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) en el caso de las variables categóricas y a través del estadístico t Student para las variables cuantitativas.

Para analizar la relación entre las variables *días de estancia en CT* y los *tipos de alta*, inicialmente se evaluó el supuesto de homogeneidad de varianza mediante la prueba de Levene y, posteriormente, se realizó un análisis ANOVA de un factor con una comparación *post hoc* a través del método de Bonferroni. Asimismo, se realizó un contraste de hipótesis Chi Cuadrado (χ^2) para conocer, por un lado, las diferencias entre las variables *ICA-RT* y *tipo de alta* y, por otro, la relación entre *ICA-RT* y *días de estancia en CT* (agrupados en tres niveles).

Con posterioridad, en orden a determinar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la probabilidad de retención en CT (o su inversa, la probabilidad de abandono), se llevó a cabo un análisis de supervivencia en dos pasos: a) en primer lugar se estudió la asociación de cada variable con la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier, test *log rank* (Mantel Cox) y b) se evaluó el valor predictivo de la variable a través de un modelo de análisis de supervivencia mediante regresión de Cox. En estos modelos de supervivencia se empleó como variable independiente categórica y dicotómica, el padecer o no un TM según PRISM y como variable dependiente, los *días de estancia en CT*. Como *evento* se definió el *alta no terapéutica* (incluyendo el alta por cumplimiento parcial de objetivos) de modo que la ecuación expresara el riesgo de abandono precoz en la CT.

Con el fin de conocer otras variables predictoras del abandono de tratamiento, se volvieron a realizar los análisis anteriores con otras variables categóricas demográficas y de consumo previamente seleccionadas: *sexo*, *situación judicial*, *inclusión o no en un PTM*, tener un patrón de *policonsumo* y padecer o no un *TDAAH* en la edad adulta. Asimismo, se realizó un análisis de regresión de Cox con la variable cuantitativa *edad* para conocer su valor predictivo ante el abandono precoz de CT.

Los software estadísticos empleados han sido *Statistical Package for the Social Sciences* versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

4. RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 58, el 91.3% de la muestra (n=218) estaba constituida por varones y el 8.7% restante por mujeres. El rango de edad osciló entre los 20 y los 55 años, con una media de 34.5 (DT=7.49). La mayoría de los pacientes eran solteros (58.3%), con estudios primarios (66.5%) y desempleados (68.3%). Cabe resaltar que tan sólo el 19.3% de ellos tenía unos ingresos superiores a los 600 euros mensuales. Con respecto a los antecedentes penales, más de la mitad de las personas había estado en prisión (30.3%) o en calabozos (28.9%), y un 36.2% de ellos con estancias que superan los tres meses. Asimismo, el 78.4% de las personas habían pasado por un tratamiento previo por consumo de sustancias y el 43.6% por tratamiento psicopatológico, ya sea ambulatorio (26.6%), hospitalario (6%) o ambos (11%). Aun así, resalta que tan sólo el 17.9% de los pacientes estaban diagnosticados, antes del ingreso en CT, de otros TMs además de los TCS.

n=218	TOTAL N (%)		TOTAL N (%)
Sexo		Edad (media ± dt)	
Hombre	199 (91.3)		34.5 ± 7.49
Mujer	19 (8.7)		
Estado civil		Nivel de estudios	
Soltero	127 (58.3)	Sin estudios	40 (18.3)
Casado	21 (9.6)	Estudios 1º	145 (66.5)
Divorciado	23 (10.3)	Estudios 2º	30 (13.8)
Separado	28 (12.8)	Estudios Superiores	3 (1.4)
Vive en pareja	18 (8.3)		
Viudo	1 (.5)		
Situación Laboral		Ingresos Mensuales	
Empleado de Baja	45 (20.6)	0 euros	101 (46.3)
Desempleado	149 (68.3)	1-600 euros	75 (34.4)
Pensionista/Invalidez	24 (11)	601-1000 euros	34 (15.6)
		>1000 euros	8 (3.7)
Encarcelamientos		Tiempo en Prisión/Calabozo	
No	89 (40.8)	No ingreso	59 (27.1)
Calabozo	63 (28.9)	1-3 días	33 (15.1)
Prisión	66 (30.3)	4-90 días	47 (21.6)
		>90 días	79 (36.2)
Tratamiento por Consumo de sustancias Previo		Tratamiento Psiquiátrico Previo	
No	47 (21.6)	Ambulatorio	58 (26.6)
Sí	171 (78.4)	Hospitalario	13 (6)
		Ambos	24 (11)
		No	123 (56.4)
Diagnóstico previo TM*			
No	179 (82.1)		
Sí	39 (17.9)		

Tabla 58: Datos demográficos de la muestra. * Diagnóstico de al menos un TM, excluyendo los TCS, previo al ingreso en CT.

En la tabla 59, se exponen los TCS presentados por los pacientes del estudio a lo largo de la vida. Dado que uno de los criterios de inclusión del estudio era presentar un diagnóstico de dependencia de cocaína, resulta obvio indicar que el 100% de los sujetos tenía en este trastorno. Como puede observarse, los trastornos relacionados con el consumo de heroína fueron los más prevalentes en la muestra, seguidos de los relacionados con el consumo de alcohol, cannabis y sedantes y/o hipnóticos. Por otra parte, hubo un elevado porcentaje de pacientes que, en al menos tres sustancias, presentaban abuso o dependencia.

n=218	TOTAL N (%)		TOTAL N (%)
TC heroína		TC alcohol	
Abuso	145 (66.5)	Abuso	122 (56)
Dependencia	139 (63.8)	Dependencia	90 (41.3)
TC sedantes y/o hipnóticos		TC cannabis	
Abuso	65 (29.8)	Abuso	124 (56.9)
Dependencia	52 (23.9)	Dependencia	48 (22)
TC estimulantes		TC alucinógenos	
Abuso	24 (11)	Abuso	27 (12.4)
Dependencia	18 (8.3)	Dependencia	13 (6)
TC opiáceos ilícitos		TC metadona	
Abuso	2 (.9)	Abuso	14 (6.4)
Dependencia	3 (1.4)	Dependencia	12 (5.5)
TC otras sustancias		Policonsumo	
Abuso	3 (1.4)	(tres o más sustancias)	
Dependencia	-	Abuso	143 (65.6)
		Dependencia	107 (49.1)

Tabla 59: Prevalencias de trastornos por consumo de sustancias a lo largo de la vida.

Por otro lado, se muestra la incidencia de otros TMs de la muestra. Como indica la tabla 60, más de la mitad de la muestra presenta algún TM siendo los más prevalentes los del estado de ánimo, seguidos de los de ansiedad, psicóticos y TDAH.

n=218	TOTAL N (%)
Trastornos evaluados con la PRISM	
TRASTORNOS EJE I	121 (55.5)
Trastornos del estado de ánimo (TEA)	68 (31.2)
TEA primario	28 (12.8)
TEA inducido	46 (21.1)
Trastornos de Ansiedad (TA)	50 (22.9)
TA primario	44 (20.2)
TA inducido	11 (5)
Trastornos Psicóticos	42 (19.3)
Trastornos psicóticos primario	17 (7.8)
Trastornos psicóticos inducido	25 (11.5)
Trastorno Conducta alimentaria	4 (1.8)
TRASTORNO DEL EJE II	65 (29.8)
Trastorno Antisocial de la personalidad	49 (22.5)
Trastorno límite de la personalidad	30 (13.8)
Trastornos evaluados con la CAADID	
TDAH	31 (14.2)
TDAH subtipo inatento	6 (2.8)
TDAH impulsivo/hiperactivo	13 (6)
TDAH tipo combinado	12 (5.5)

Tabla 60: Prevalencias de otros trastornos mentales a lo largo de la vida.

4.1. Estudiar el cambio de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante el tratamiento

Como muestra la figura 16, de los 218 pacientes ingresados que fueron seguidos durante el tratamiento, un total de 145 (66.5%) permaneció en el programa a los 3 meses. Tan sólo 2 de los pacientes se negaron a realizar la entrevista de seguimiento por motivos personales. De éstos, el primero de ellos permaneció en CT 207 días y el segundo 234 días, ambos lograron el alta terapéutica. Los 73 sujetos restantes (33.4%) abandonaron la CT antes de 95 días y, por tanto, no pudieron ser evaluados de nuevo. De esta manera fueron 75 pacientes los considerados como *perdidos* para la entrevista de seguimiento.

Estos 75 sujetos permanecieron en CT una media de 63 días (DT: 33.53). De ellos, 44 (58.7%) abandonaron el recurso por *alta no terapéutica* (estancia media: 57.25 días [DT: 22.49]), 27 (36%) abandonaron por *alta por cumplimiento parcial de objetivos* (estancia media: 61.85 días [DT: 19.12]) y 4 (2.3%) por *alta terapéutica* (estancia media de días: 134 [100.49]). De esta manera, estos 75 sujetos no fueron incluidos en el análisis de comparación entre las puntuaciones *basales* de las escalas de severidad y las de *seguimiento* y, por tanto, los consideramos en este sentido como *pérdidas*. Con el objetivo de explorar si esta submuestra de 75 sujetos difería de los 143 que

9. Estudio 3: Estudio de evaluación del valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento de pacientes dependientes de cocaína ingresados en comunidad terapéutica

alcanzaron la evaluación de los 3 meses, en relación a potenciales variables pronósticas, analizamos la comparabilidad inicial de ambos grupos. Con ello, caracterizamos también el grupo de los 143 sujetos sobre los que hacemos estas inferencias. Por tanto, en primer lugar vamos a exponer los resultados de este análisis **inter-grupos**, para posteriormente presentar los datos de la comparación entre la *entrevista basal* y la de *seguimiento* (análisis **intra-grupo**).

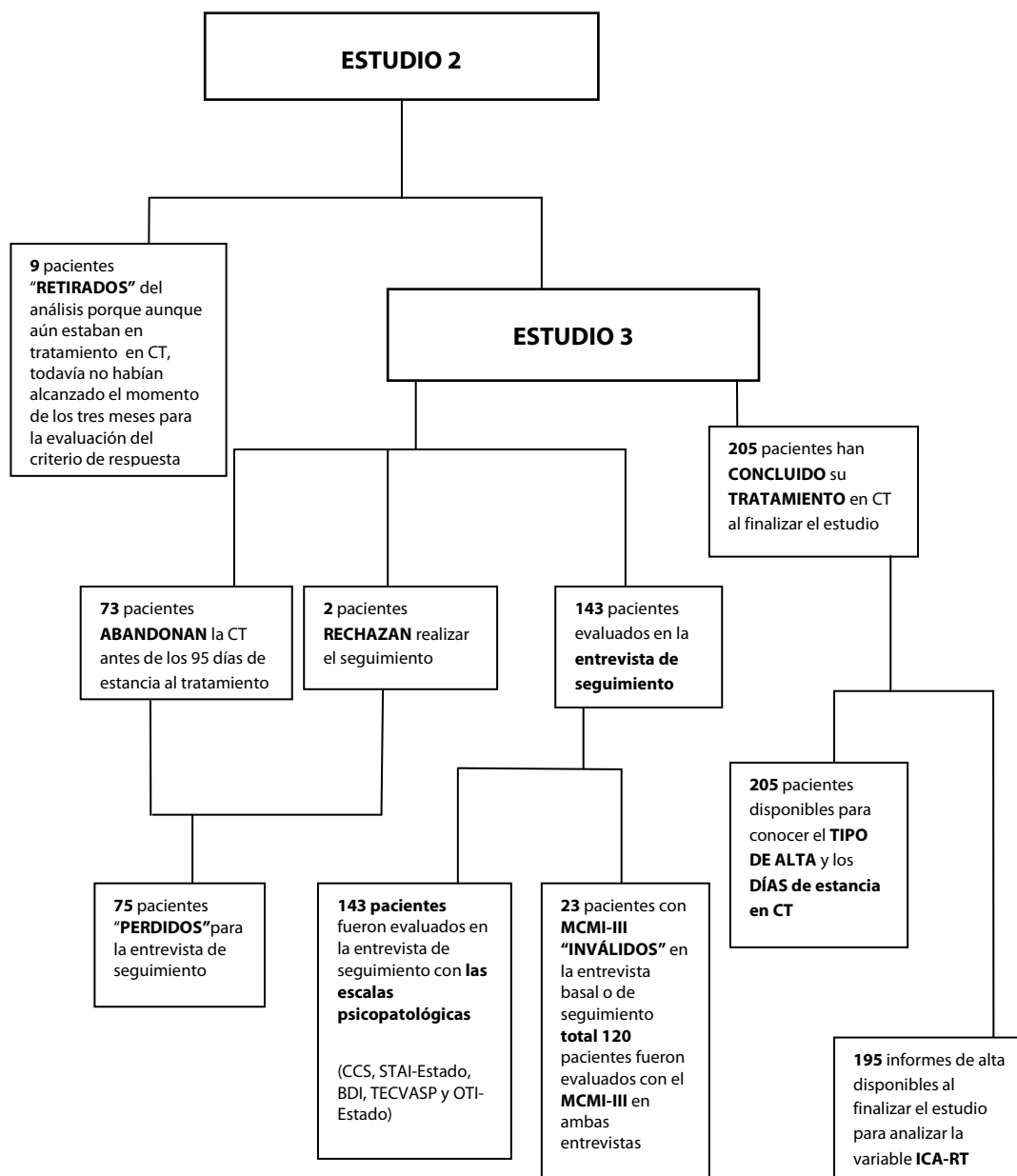


Figura 16: Resumen de la muestra en el estudio 3

4.1.1. Análisis “inter-grupos”

En la tabla 61 se presentan los datos de comparabilidad inicial (medidos en la *entrevista basal*) entre los dos subgrupos mencionados, para las variables sociodemográficas, las variables de consumo y las psicopatológicas (diagnósticos psiquiátricos). Como puede verse, entre los pacientes sólo evaluados en la entrevista basal, el porcentaje de encarcelamientos y el de diagnósticos de TLP es superior con respecto al grupo al que pudo evaluarse en dos ocasiones, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En el caso concreto de los diagnósticos de TLP, la diferencia entre ambos grupos es de una magnitud clínicamente relevante. También se observa un perfil de mayor severidad de las variables relacionadas con el consumo pero esta diferencia no alcanza la significación estadística.

n=218	SUJETOS NO EVALUADOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO n (%) 75 (34.4)	SUJETOS EVALUADOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO n (%) 143 (65.6)	p
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad (media-dt)	34.35 ± 7.82	34.59 ± 7.34	.826
Sexo			.460
Hombre	67 (89.3)	132 (92.3)	
Mujer	8 (10.7)	11 (7.7)	
Estado civil			.073
Soltero	35 (46.7)	92 (64.3)	
Casado	8 (10.7)	13 (9.1)	
Divorciado	9 (12)	14 (9.8)	
Separado	12 (16)	16 (11.2)	
Vive en pareja	11 (14.7)	7 (4.9)	
Viudo	0 (0)	1 (.7)	
Nivel de estudios			.816
Sin estudios	14 (18.7)	26 (18.2)	
Estudios 1º	52 (69.3)	93 (65)	
Estudios 2ª	8 (10.7)	22 (15.4)	
Estudios Superiores	1 (1.3)	2 (1.4)	
Situación Laboral			.151
Empleado de Baja	12 (16)	33 (23.1)	
Desempleado	51 (68)	98 (68.5)	
Pensionista/Invalidez	12 (16)	12 (8.4)	
Ingresos Mensuales			.464
0 euros	30 (40)	71 (49.7)	
1-600 euros	30 (40)	45 (31.5)	
600-1000 euros	13 (17.3)	21 (14.7)	
>1000 euros	2 (2.7)	6 (4.2)	
Encarcelamientos			.015*
No	26 (34.7)	63 (44.1)	
Calabozo	17 (22.7)	46 (32.2)	
Prisión	32 (42.7)	34 (23.8)	
Tratamiento Previo por TCS			.773
Sí	58 (77.3)	113 (79)	
No	17 (22.7)	30 (21)	
Tratamiento Psicopatológico Previo			.171
Ambulatorio	21 (28)	37 (25.9)	
Hospitalario	8 (10.7)	5 (3.5)	
Ambos	8 (10.7)	16 (11.2)	
Ninguno	38 (50.7)	85 (59.4)	
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS A LO LARGO DE LA VIDA			
Abuso y/o Dependencia heroína	53 (70.7)	94 (65.7)	.460
Abuso y/o Dependencia alcohol	47 (62.7)	83 (58)	.509
Abuso y/o Dependencia cannabis	46 (61.3)	82 (57.3)	.570
Abuso y/o Dependencia sedantes y/o Hipnóticos	27 (36)	43 (30.1)	.373
Abuso y/o Dependencia alucinógenos	11 (14.7)	19 (13.3)	.779
Abuso y/o Dependencia estimulantes	11 (14.7)	19 (14.7)	.779
Abuso y/o Dependencia metadona	5 (6.7)	13 (9.1)	.537
Policonsumo	55 (73.3)	95 (66.4)	.296
OTROS TRASTORNOS MENTALES A LO LARGO DE LA VIDA			
TRASTORNOS EJE I (PRISM)	44 (58.7)	77 (53.8)	.496
Trastornos del estado de ánimo (TEA)	26 (34.7)	42 (29.4)	.423
TEA primario	12 (16)	16 (11.2)	.313
TEA inducido	16 (21.3)	30 (21)	.951
Trastornos de Ansiedad (TA)	22 (29.3)	28 (19.6)	.104
TA primarios	20 (26.7)	24 (16.8)	.084
TA Inducidos	3 (4)	8 (5.6)	.609
Trastornos Psicóticos	14 (18.7)	28 (19.6)	.871
Trastornos psicóticos primarios	4 (5.3)	13 (9.1)	.326
Trastornos psicóticos inducidos	10 (13.3)	15 (10.5)	.531
Trastorno Conducta alimentaria	2 (2.7)	2 (1.4)	.508
TRASTORNOS DEL EJE II (PRISM)	32 (42.7)	33 (23.1)	.003*
Trastorno Antisocial de la Personalidad	19 (25.3)	30 (21)	.464
Trastorno Límite de la personalidad	17 (22.7)	13 (9.1)	.006*
TDAH (CAADID)	16 (21.3)	15 (10.5)	.029*
TDAH subtipo inatento	1 (1.3)	5 (3.5)	.354
TDAH impulsivo/hiperactivo	7 (9.3)	6 (4.2)	.128
TDAH tipo combinado	8 (10.7)	4 (2.8)	.016*

Tabla 61: Análisis de comparabilidad inicial entre los sujetos que abandonan la CT antes de los 3 meses y los que permanecen tras este periodo, para las variables sociodemográficas, las variables de consumo y las psicopatológicas (diagnósticos psiquiátricos).

En la tabla 62 se exponen los datos del análisis de comparabilidad inicial entre los sujetos evaluados y los no evaluados en la entrevista de seguimiento, para las variables psicopatológicas sintomáticas y las dimensiones psicopatológicas del MCMI-III. Como puede verse, en el primer grupo, las puntuaciones medias de las escalas de ansiedad (STAI-Estado) y de depresión (BDI) son superiores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. También alcanzan el grado de significación las diferencias entre las puntuaciones en la dimensión de *dependencia de alcohol* del MCMI-III pero, en este caso, las puntuaciones medias son superiores en el grupo evaluado en ambas entrevistas.

n=218	SUJETOS NO EVALUADOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO n (%) 75 (34.4)	SUJETOS EVALUADOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO n (%) 143 (65.6)	p
OTRAS VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS			
Escala de craving (CCS)	15.27 ± 12.63	13.05 ± 8	.117
Escala de ansiedad (STAI-E)	20.82 ± 12.90	17.44 ± 10.12	.035*
Escala de depresión (BDI)	8.64 ± 9.27	6.02 ± 4.86	.007*
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	77.22 ± 16.61	78.46 ± 14.34	.589
Síntomas de salud física (OTI-E)	9.33 ± 9.25	9.25 ± 6.02	.930
n=200*	SUJETOS NO EVALUADOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO n (%) 75 (34.4)	SUJETOS EVALUADOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO n (%) 143 (65.6)	p
INVENTARIO DE PERSONALIDAD MCMI			
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD			
Esquizoide	49.28 ± 22.73	48.28 ± 17.50	.722
Evitativo	48.83 ± 22.73	48.09 ± 22.71	.830
Depresivo	50.40 ± 23.46	50.33 ± 23.62	.984
Dependiente	49.92 ± 19.98	52.64 ± 18.40	.355
Histriónico	39.90 ± 24.34	40.49 ± 21.67	.869
Narcisista	61.21 ± 15.92	60.83 ± 15.96	.875
Antisocial	72.43 ± 10.81	72.67 ± 11.76	.893
Agresivo	60.31 ± 13.97	61.37 ± 90.07	.522
Compulsivo	35.42 ± 17.70	38.36 ± 15.81	.236
Negativista	55.56 ± 13.41	54.23 ± 14.62	.535
Autodestructivo	48.86 ± 16.67	50.27 ± 16.48	.573
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD			
Esquizotípico	47.01 ± 24.01	48.89 ± 22.04	.594
Límite	57.89 ± 16.01	58.53 ± 14.21	.782
Paranoide	60.06 ± 20.12	56.66 ± 20.89	.270
SÍNDROMES CLÍNICOS			
Ansiedad	61.98 ± 29.10	62.47 ± 29.65	.912
Somatomorfo	40.39 ± 24.06	37.67 ± 25.33	.462
Bipolar	63.39 ± 17.90	63.74 ± 19.87	.900
Distímico	50.43 ± 23.34	50.98 ± 23.64	.877
Dependencia de Alcohol	70.59 ± 12.05	74.41 ± 13.83	.046*
Dependencia de Sustancias	93.22 ± 9.36	90.41 ± 10.92	.074
Trastorno de Estrés Postraumático	47.54 ± 24.79	48.43 ± 22.31	.806
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES			
Trastorno del Pensamiento	50.87 ± 28.38	52.83 ± 26.08	.639
Depresión Mayor	42.09 ± 25.32	40.28 ± 27.44	.645
Trastorno Delirante	59.77 ± 23.79	59.96 ± 22.28	.957

Tabla 62: Análisis de comparabilidad inicial entre los sujetos perdidos y los incluidos en el estudio, para las variables psicopatológicas sintomáticas y las dimensiones psicopatológicas del MCMI. * Este análisis se realiza con una muestra de n=200 debido a que 18 cuestionarios se consideraron inválidos según el índice de sinceridad del inventario.

4.1.2. Análisis intra-grupo

Como se ha comentado anteriormente, en este análisis se comparan las puntuaciones medias obtenidas por las escalas de evaluación de síntomas psicopatológicos entre los momentos de realización de la *entrevista basal* y la *entrevista de seguimiento*. En la tabla 63 se exponen los datos correspondientes a algunas de estas escalas. Como puede verse, tiene lugar una reducción de las puntuaciones medias de severidad en las escalas de *craving* (CCS), depresión (BDI) y *estado general de salud* (OTI-Estado), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, se observa un incremento estadísticamente significativo de las puntuaciones medias de la escala de calidad de vida relacionada con la adicción (TECVASP), lo que implica una mejoría de la misma. En el caso del TECVASP y el OTI-Estado, el estadístico de Cohen, que estima el tamaño del efecto, toma valores superiores a 0.8. Por el contrario, no se observan cambios significativos en las puntuaciones de la escala de ansiedad (STAI-Estado).

n=143	Entrevista basal (media ± DT)	Entrevista de seguimiento (media ± DT)	p	Diferencia medias	IC diferencia medias	D de cohen
Escala de <i>craving</i> (CCS)	13.81 ± 8.03	11.4 ± 7.71	.005*	2.41	0.65 – 3.29	.301
Escala de ansiedad (STAI-Estado)	17.32 ± 10.06	17.68 ± 10.95	.682	-0.350	1.37 – -0.40	.037
Escala de depresión (BDI)	6.03 ± 4.88	5.05 ± 5.41	.024*	0.944	0.07 – 1.81	.193
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	78.49 ± 14.39	91.79 ± 12.58	.000*	-13.273	-15.51 - -11.02	.977
Síntomas de salud física (OTI- Estado)	9.26 ± 6.03	3.30 ± 3.77	.000*	5.97	4.98 – 6.96	.993

Tabla 63: Diferencias en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas entre la entrevista basal y la de seguimiento

Por otro lado, hemos querido estudiar si las puntuaciones de las distintas dimensiones de personalidad del MCMI-III variaban a lo largo del tratamiento. Este análisis comparativo se ha realizado con una n=120 sujetos y no con los 143 evaluables en la entrevista de seguimiento. Esto es debido a que los cuestionarios de 5 sujetos de la *entrevista basal* y de 18 sujetos de la *entrevista de seguimiento*, se dieron por *no válidos* según el protocolo de corrección del MCMI-III por arrojar una puntuación directa en la escala de sinceridad inferior a 34 o superior a 178. Como puede verse en la tabla 64, se observa una reducción en las puntuaciones medias de

severidad para casi todas las dimensiones de personalidad (*patrones clínicos*), siendo estas diferencias estadísticamente significativas salvo para los patrones *narcisista* y *antisocial*, en las que no se observan cambios. También alcanza la significación estadística la reducción observada en los *síndromes clínicos*, salvo para la dimensión *dependencia de sustancias*.

n=120	Evaluación Basal media (DT)	Evaluación Seguimiento media (DT)	p	Diferencia medias	IC diferencia medias	D de Cohen
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD						
Esquizoide	49.43 (15.94)	43.54 (20.12)	.001*	5.99	2.41 - 9.37	.282
Evitativo	48.65 (21.99)	40.47 (25.27)	.000*	8.18	4.05 - 12.31	.332
Depresivo	50.87 (22.93)	40.41 (26.27)	.000*	10.45	5.84 - 15.07	.387
Dependiente	53.76 (17.83)	44.34 (22.23)	.000*	9.41	5.85 - 12.98	.439
Histriónico	40.26 (20.99)	44.63 (20.42)	.008*	-4.36	-7.54 - -1.18	.220
Narcisista	60.75 (16.59)	62.19 (15.05)	.256	-1.44	-3.94 - 1.06	.103
Antisocial	73.26 (11.67)	71.60 (13.07)	.079	1.65	-0.19 - 3.51	.114
Agresivo	61.59 (9.05)	59.58 (10.76)	.046*	2.01	0.03 - 4	.108
Compulsivo	38.57 (15.98)	46.13 (17.90)	.000*	-7.55	-10.50 - -4.61	.449
Negativista	55.75 (13.11)	46.79 (20.01)	.000*	8.95	5.10 - 12.81	.379
Autodestructiva	51.30 (15.58)	42.02 (19.73)	.000*	9.28	5.35 - 13.21	.387
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD						
Esquizotípico	49.87 (20.04)	33.61 (27.06)	.000*	16.25	11.61 - 20.90	.618
Límite	59.38 (13.41)	49.65 (19.96)	.000*	9.73	6.12 - 13.34	.477
Paranoide	58.55 (18.54)	47.82 (23.89)	.000*	10.73	6.93 - 14.53	.428
SÍNDROMES CLÍNICOS						
Ansiedad	65.52 (28.55)	51.73 (34.11)	.000*	11.79	6.86 - 16.71	.425
Somatomorfo	38.31 (24.94)	24.11 (24.45)	.000*	14.20	8.94 - 19.47	.479
Bipolar	65.25 (18.55)	58.51 (20.61)	.001*	6.75	2.71 - 10.78	.296
Distímico	51.10 (22.79)	34.48 (26.17)	.000*	16.62	12.08 - 21.16	.636
Dependencia de Alcohol	74.31 (13.78)	69.29 (15.19)	.000*	5.02	2.71 - 7.33	.350
Dependencia a Sustancias	90.58 (10.96)	90.68 (11.18)	.929	-0.10	-2.31 - 2.11	.039
Trastornos de Estrés Posttraumático	49.21 (21.01)	39.06 (27.42)	.000*	10.15	6 - 14.31	.442
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES						
Trastorno del Pensamiento	52.62 (26.65)	39.28 (30.76)	.000*	13.35	8.34 - 18.35	.393
Depresión Mayor	40.55 (26.96)	24.78 (26.14)	.000*	15.77	10.80 - 20.74	.669
Trastorno Delirante	61.85 (19.84)	50.99 (27.44)	.000*	10.86	6 - 15.73	.348

Tabla 64: Diferencias entre las puntuaciones del inventario de personalidad entre la entrevista basal y la de seguimiento.

Por otro lado, la tabla 65, muestra la incidencia de trastornos de personalidad en la *entrevista basal* y la de *seguimiento*. Se observa una tendencia mayor de prevalencias de trastornos de la personalidad en la entrevista basal cuando se utiliza el TB>74, si bien, cuando se aplica la TB>84 esta tendencia cambia ligeramente encontrando un prevalencia de trastornos de personalidad ligeramente más elevada en la entrevista de *seguimiento*.

n=120	TB >84		TB >74	
	Entrevista basal n (%)	Entrevista de seguimiento n (%)	Entrevista basal n (%)	Entrevista de seguimiento n (%)
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD				
Esquizoide	-	-	5 (4.2)	4 (3.3)
Evitativo	1 (.8)	2 (1.7)	10 (8.3)	7 (5.8)
Depresivo	3 (2.5)	2 (1.7)	14 (11.7)	6 (5)
Dependiente	2 (1.7)	1 (.8)	5 (4.2)	2 (1.7)
Histriónico	4 (3.3)	2 (1.7)	7 (5.8)	9 (7.5)
Narcisista	5 (4.2)	4 (3.3)	18 (15)	18 (15)
Antisocial	18 (15)	18 (15)	43 (35.8)	41 (34.2)
Agresivo	2 (1.7)	-	2 (1.7)	3 (2.5)
Compulsivo	1 (.8)	6 (5)	1 (.8)	11 (9.2)
Negativista	-	-	2 (1.7)	-
Autodestructiva	1 (.8)	-	1 (.8)	-
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD				
Esquizotípico	-	-	1 (.8)	1 (.8)
Límite	1 (.8)	-	3 (2.5)	-
Paranoide	-	3 (2.5)	7 (5.8)	7 (5.8)
NÚMERO DE TRASTORNO POR PERSONA				
Al menos un trastorno	33 (27.5)	35 (29.16)	90 (75)	82 (68.33)
Un trastorno del Eje II	29 (24.2)	32 (26.7)	66 (55)	60 (50)
Dos o más trastorno del Eje II	3 (2.5)	3 (2.5)	19 (15.8)	17 (14.2)
Tres o más trastornos del Eje II	1 (.8)	-	5 (4.2)	5 (4.2)

Tabla 65: Comparación de la prevalencia de trastornos de personalidad según el MCMI-III entre la entrevista basal y la de seguimiento.

La tabla 66 muestra las diferencias en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas entre la *entrevista basal* y la de *seguimiento*, distinguiendo entre las personas que sólo presentan TCS y las que, además, presentan otro TM comórbido según PRISM. Puede apreciarse que en el grupo de pacientes que sólo presenta un TCS, se observa una reducción de las puntuaciones medias de las escalas de craving (CCS) y de depresión (BDI), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Por el contrario, en el grupo que presenta otro TM comórbido, no se observan diferencias

estadísticamente significativas para estas mismas variables entre ambos momentos de la evaluación. Esto ocurre tanto si se trata de diagnósticos psiquiátricos presentes durante el último año (*actuales*), como si se trata de diagnósticos presentes en algún momento de la vida previa. Por otro lado, tanto entre los pacientes que sólo presentan TCS como entre los que, además, tienen un TM comórbido, se observan incrementos en las puntuaciones en la escala de calidad de vida (mejoría) y reducciones en la severidad de los síntomas físicos (TECVASP), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, en la escala de ansiedad (STAI-E) no se observa diferencias significativas entre las puntuaciones.

n=143		TM PRESENTES EN EL ÚLTIMO AÑO (PRISM) (media ± DT)			TM PRESENTES A LO LARGO DE LA VIDA (PRISM) (media ± DT)		
		Entrevista basal	Entrevista de seguimiento	p	Entrevista basal	Entrevista de seguimiento	p
Escala de craving (CCS)	SÓLO TCS*	12.34 ± 7.83	10.28 ± 7.10	.016*	12.35 ± 8.11	9.89 ± 6.10	.005*
	OTROS TM**	13.64 ± 8.19	11.85 ± 8.16	.081	13.47 ± 7.99	11.89 ± 8.48	.097
Escala de ansiedad (STAI-Estado)	SÓLO TCS	14.31 ± 9.01	14.59 ± 8.02	.812	14.16 ± 9.03	14.94 ± 10.11	.580
	OTROS TM	19.79 ± 10.26	20.22 ± 12.35	.741	19.20 ± 10.22	19.31 ± 11.15	.921
Escala de depresión (BDI)	SÓLO TCS	4.60 ± 3.84	3.38 ± 3.60	.049*	5.30 ± 4.06	3.70 ± 4.20	.011*
	OTROS TM	7.20 ± 5.33	6.42 ± 6.23	.219	6.47 ± 5.28	5.85 ± 5.90	.311
Test para la valoración de la calidad de vida (TECVASP)	SÓLO TCS	84.32 ± 13.74	95.30 ± 8.60	.000*	83.81 ± 14.69	94.68 ± 12.30	.000*
	OTROS TM	73.70 ± 13.16	88.91 ± 14.51	.000*	75.32 ± 13.30	90.07 ± 12.49	.000*
Síntoma de Salud Física (OTI-Estado)	SÓLO TCS	8.28 ± 6.41	2.83 ± 3.01	.000*	8.50 ± 6.61	2.70 ± 3.01	.000*
	OTROS TM	10.07 ± 5.62	3.69 ± 4.27	.000*	9.71 ± 5.65	3.66 ± 4.13	.000*

Tabla 66: Diferencias en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas entre la entrevista basal y la de seguimiento, distinguiendo entre las personas que sólo presentan un TCS* y las que, además, presentan otro TM comórbido** según PRISM

No obstante, con estos análisis no podemos responder a la pregunta de si las reducciones en las puntuaciones de las escalas de severidad son más marcadas en un grupo con respecto al otro y si estas diferencias alcanzan significación estadística. Con este objetivo hemos calculado para cada individuo las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la *entrevista inicial* y las obtenidas en las de *seguimiento*. Esta variable la interpretamos como un indicador *decremental*, es decir, una medida de

la reducción de la severidad evaluada por estas escalas durante los tres primeros meses del tratamiento (medida *intra-grupo*). Posteriormente, comparamos la diferencia de medias de esta variable decremental entre el grupo que sólo presenta TCS y el que presenta otro TM comórbido (análisis *inter-grupos*). Así, tal como puede verse en la tabla 67, no existen diferencias significativas en las reducciones en las puntuaciones entre ambos grupos.

n=143	Sólo TCS	Otros TM	p
Escala de <i>craving</i> (CCS)	2.06 (6.66)	1.89 (8.94)	.900
Escala de ansiedad (STAI-Estado)	-.28 (9.42)	-.40 (11.18)	.943
Escala de depresión (BDI)	1.23 (4.91)	.71 (5.57)	.550
Test para la evaluación de la calidad de vida (TECVASP)	-10.96 (12.61)	-15.13 (14.12)	.065
Síntomas de salud física (OTI-Estado)	5.45 (6.33)	6.39 (5.70)	.359

Tabla 67 Diferenciales de las puntuaciones de las variables psicopatológicas en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas entre la entrevista basal y la de seguimiento, distinguiendo entre las personas que sólo presentan un TCS y las que, además, presentan otro TM comórbido según PRISM

La tabla 68 muestra las diferencias de puntuaciones en el inventario de personalidad entre la *entrevista basal* y la de *seguimiento*, distinguiendo entre las personas que sólo presentan un TCS y las que, además, presentan otro TM comórbido según PRISM. En primer lugar, se aprecia en el grupo de pacientes que sólo presenta un TCS una reducción de las puntuaciones medias en todas las escalas, a excepción de los *patrones clínicos de la personalidad*, histriónica, narcisista, antisocial y compulsivo. Asimismo, existe una disminución de las diferencias en las puntuaciones medias en todas las escalas de *patrones clínicos graves* y *síndromes clínicos*, incluido los *graves*, a excepción de la dimensión *dependencia de sustancias*.

En segundo lugar, en el grupo de pacientes que además de TCS presentaban algún otro TM comórbido, sólo se observa una disminución de las puntuaciones medias, de los patrones de personalidad del MILLON, con diferencias significativas en los *patrones clínicos de personalidad* esquizoide, depresivo, negativista y autodestructiva. Si bien, como ocurre con el grupo anterior, se aprecia una disminución de las diferencias en las puntuaciones medias en todas las escalas de *patrones clínicos graves* y *síndromes clínicos*, incluido los *graves*, a excepción de la *dependencia de sustancias*.

n=120		TMs PRESENTES EN EL ÚLTIMO AÑO media (DT)			TMs PRESENTES A LO LARGO DE LA VIDA media (DT)		
		Evaluación Basal	Evaluación Seguimiento	p	Evaluación Basal	Evaluación Seguimiento	p
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD							
Esquizoide	SÓLO TCS*	44.76 (12.96)	38.49 (20.28)	.039*	45.25 (15.45)	40.68 (20.39)	.088
	OTROS TM**	52.24 (16.96)	46.57 (19.53)	.012*	53.22 (15.54)	46.13 (19.66)	.004*
Evitativo	SÓLO TCS*	43.67 (21.88)	29.64 (24.33)	.000*	44.16 (22.16)	32.88 (23.77)	.002*
	OTROS TM**	51.64 (21.66)	46.96 (23.69)	.058	52.71 (21.20)	47.33 (24.79)	.031*
Depresivo	SÓLO TCS*	44.24 (22.44)	34.24 (26.07)	.011*	45.19 (22.73)	36.79 (25.56)	.021*
	OTROS TM**	54.84 (22.44)	44.11 (25.86)	.001*	56 (22.06)	43.68 (26.68)	.000*
Dependiente	SÓLO TCS*	52.82 (18.16)	38.76 (21.18)	.000*	53.89 (18.18)	43.25 (21.74)	.000*
	OTROS TM**	54.32 (44.11)	47.69 (22.31)	.004*	53.63 (17.65)	45.33 (22.79)	.001*
Histriónico	SÓLO TCS*	46.31 (17.04)	51.20 (17.66)	.047*	47.67 (17.91)	49.63 (18.15)	.469
	OTROS TM**	36.63 (22.36)	40.68 (21.05)	.062	33.56 (21.44)	40.10 (21.42)	.001*
Narcisista	SÓLO TCS*	66.42 (12.95)	67.53 (8.93)	.553	65.49 (13.15)	65.58 (11.40)	.960
	OTROS TM**	57.35 (17.66)	58.99 (17.00)	.337	56.46 (18.25)	59.13 (17.24)	.147
Antisocial	SÓLO TCS*	74.71 (10.63)	72.42 (9.62)	.119	73.96 (9.97)	71.23 (8.98)	.028*
	OTROS TM**	72.39 (12.24)	71.11 (14.79)	.300	72.62 (13.07)	71.94 (15.96)	.628
Agresivo	SÓLO TCS*	62.36 (9.23)	59.40 (11.16)	.058	62.63 (9.32)	58.79 (10.56)	.008*
	OTROS TM**	61.13 (8.97)	59.68 (10.58)	.276	60.65 (8.76)	60.29 (10.96)	.792
Compulsivo	SÓLO TCS*	39.84 (16.87)	46.91 (18.96)	.003*	40.86 (15.53)	48.11 (16.36)	.001*
	OTROS TM**	37.80 (15.48)	45.65 (17.34)	.000*	36.49 (16.21)	44.33 (19.49)	.001*
Negativista	SÓLO TCS*	52.38 (16.53)	42.18 (20.10)	.004*	53.58 (15.60)	43.86 (19.63)	.002*
	OTROS TM**	57.77 (10.15)	49.56 (19.57)	.001*	57.71 (10.10)	49.44 (20.14)	.002*
Autodestructiva	SÓLO TCS*	49.78 (15.97)	38.36 (19.55)	.001*	49.49 (17.78)	40.67 (20.09)	.004*
	OTROS TM**	52.21 (15.37)	44.21 (19.65)	.002*	52.94 (13.21)	43.24 (19.4)	.001*
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD							
Esquizotípico	SÓLO TCS*	46.38 (20.05)	24.33 (24.86)	.000*	48.09 (18.92)	27.18 (25.93)	.000*
	OTROS TM**	51.96 (19.88)	39.17 (26.95)	.000*	51.48 (21.03)	39.43 (26.94)	.000*
Limite	SÓLO TCS*	57.31 (15.77)	46.62 (18.39)	.001*	56.12 (16.25)	46.26 (18.93)	.001*
	OTROS TM**	60.63 (11.70)	51.47 (20.75)	.000*	62.33 (9.37)	52.71 (20.51)	.000*
Paranoide	SÓLO TCS*	54.62 (22.04)	39.71 (23.94)	.000*	56.77 (18.42)	41.98 (22.37)	.000*
	OTROS TM**	60.91 (15.77)	52.68 (22.66)	.000*	60.16 (18.65)	53.10 (24.17)	.005*

Tabla 68: Análisis pre-post test de las variables del MILLON. * Personas que presentan sólo TCS. ** Personas que presentan, además de un TCS, otros TMs.

9. Estudio 3: Estudio de evaluación del valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento de pacientes dependientes de cocaína ingresados en comunidad terapéutica

n=120		TMs PRESENTES EN EL ÚLTIMO AÑO media (DT)			TMs PRESENTES A LO LARGO DE LA VIDA media (DT)		
		Evaluación Basal	Evaluación Seguimiento	P	Evaluación Basal	Evaluación Seguimiento	P
SÍNDROMES CLÍNICOS							
Ansiedad	SÓLO TCS*	55.68 (31.63)	43.27 (35.19)	.003*	56.68 (31.81)	45.39 (35.18)	.004*
	OTROS TM**	68.22 (25.61)	56.81 (32.64)	.001*	69.71 (23.84)	57.48 (32.33)	.000*
Somatomorfo	SÓLO TCS*	30.97 (25.43)	18.44 (24.39)	.005*	29.91 (23.77)	21.33 (23.79)	.028*
	OTROS TM**	42.72 (23.73)	27.51 (24.02)	.000*	45.92 (23.66)	26.62 (24.96)	.000*
Bipolar	SÓLO TCS*	63.75 (19.45)	59.60 (19.19)	.193	63.56 (19.33)	59.47 (16.18)	.142
	OTROS TM**	66.16 (18.05)	57.85 (21.51)	.003*	66.79 (17.82)	57.63 (24.02)	.003*
Distímico	SÓLO TCS*	46.71 (23.47)	28.73 (25.55)	.000*	47.94 (22.09)	29.70 (24.90)	.000*
	OTROS TM**	53.74 (22.10)	37.93 (26.10)	.000*	53.96 (23.20)	38.81 (26.74)	.000*
Dependencia de Alcohol	SÓLO TCS*	74.48 (13.50)	68.71 (14.49)	.002*	71.94 (14.18)	66.95 (15.24)	.003*
	OTROS TM**	74.21 (14.03)	69.64 (15.68)	.004*	76.46 (13.15)	71.41 (14.95)	.004*
Dependencia a Sustancias	SÓLO TCS*	91.80 (10.19)	92.22 (9.21)	.817	90.67 (9.54)	90.67 (9.54)	.912
	OTROS TM**	89.85 (11.40)	89.76 (12.18)	.948	90.66 (11.23)	90.70 (12.56)	.984
Trastornos de Estrés Postraumático	SÓLO TCS*	44.06 (22.07)	33.71 (26.03)	.001*	45.61 (22.07)	34.11 (27.27)	.000*
	OTROS TM**	52.30 (19.86)	42.27 (27.89)	.001*	52.47 (19.61)	43.54 (26.98)	.003*
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES							
Trastorno del Pensamiento	SÓLO TCS*	46.64 (26.09)	31.53 (28.54)	.001*	46.12 (25.09)	33 (28.93)	.002*
	OTROS TM**	56.21 (24.86)	43.92(31.28)	.000*	58.50 (24.89)	44.65 (31.47)	.000*
Depresión Mayor	SÓLO TCS*	32.57 (27.98)	18.58 (24.57)	.001*	31.49 (24.47)	20.19 (23.54)	.004*
	OTROS TM**	45.33 (25.33)	28.49 (26.51)	.000*	48.74 (26.66)	28.92 (27.83)	.000*
Trastorno Delirante	SÓLO TCS*	57.88 (23.77)	45 (29.36)	.004*	59.71 (21.50)	46.95 (28.62)	.003*
	OTROS TM**	64.24 (16.79)	54.59 (25.75)	.002*	63.79 (18.17)	54.65 (26.01)	.003*

Tabla 68 Continuación: Análisis pre-post test de las variables del MILLON. * Personas que presentan sólo TCS. ** Personas que presentan, además de un TCS, otros TMs.

Al igual que nos ocurrió con el análisis de las escalas psicopatológicas anteriores, no podemos responder a la pregunta de si las reducciones de la severidad en las puntuaciones de los patrones clínicos de personalidad son más marcadas en un grupo que en el otro y si estas diferencias alcanzan la significación estadística. Con este propósito hemos vuelto a calcular para cada individuo las puntuaciones obtenidas en la *entrevista inicial* y las obtenidas en las de *seguimiento* para, con posterioridad, comparar la diferencia de medias de esta variable decremental entre el grupo que sólo presenta TCS y el que presenta otro TM comórbido (*inter-grupos*). Así, tal como muestra la tabla 69, no encontramos diferencias entre los grupos a excepción del *patrón grave de personalidad paranoide* donde se ha encontrado una disminución de la puntuación más acentuada en el grupo de pacientes con sólo TCS.

	Sólo TCS	Otros TMs	p
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD			
Esquizoide	4.56 (19.81)	7.09 (18.86)	.476
Evitativo	11.28 (25.93)	5.38 (19.40)	.165
Depresivo	8.4 (26.61)	12.31 (24.59)	.406
Dependiente	10.64 (21.07)	8.30 (18.49)	.520
Histriónico	-1.96 (20.33)	-6.5 (14.52)	.163
Narcisista	-.08 (13.18)	-2.66 (14.41)	.308
Antisocial	2.73 (9.13)	.68 (11.14)	.270
Agresivo	3.84 (10.59)	.36 (11.13)	.082
Compulsivo	-7.24 (15.41)	-7.84 (17.15)	.842
Negativista	9.71 (22.38)	8.26 (20.47)	.713
Autodestructiva	8.82 (22.20)	9.69 (21.49)	.827
PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD			
Esquizotípico	20.91 (25.99)	12.04 (24.86)	.059
Límite	9.85 (20.77)	9.61 (19.35)	.948
Paranoide	14.78 (22.23)	7.06 (19.32)	.046*

Tabla 69: Diferenciales de las puntuaciones de las variables psicopatológicas en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas entre la entrevista basal y la de seguimiento, distinguiendo entre las personas que sólo presentan un TCS* y las que, además, presentan otro TM comórbido según PRISM

4.2. Evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico)

En primer lugar se exponen los resultados de un análisis de supervivencia con el propósito de evaluar el valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento (ver tabla 70). Como decíamos anteriormente, partimos de una $n=218$ sujetos que seguimos durante la estancia en la CT hasta el momento en que el estudio se da por cerrado para el análisis de datos que aquí presentamos. Cuando analizamos los valores de la variable dependiente *días de estancia* en la CT, entre los pacientes con presencia de otros trastornos del Eje I y los que sólo presentan TCS (figura 17), no observamos diferencias estadísticamente significativas (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=3.75$; $p=.053$). Sin embargo, cuando se analizó a los pacientes que padecían algún trastorno del Eje II valorado por la PRISM, (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=7.22$; $p=.007$) o conjuntamente un trastorno del Eje I y del Eje II (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2= 5.97$; $p=.015$), sí se encontraron diferencias estadísticas (ver figura 18 y 19). Es decir, estos pacientes tienen mayor probabilidad de abandonar antes la CT respecto a aquellos pacientes que sólo presentan TCS. Asimismo, el modelo de regresión de Cox mostró que los pacientes con algún trastorno del Eje II (Exp (B)= 1.67) según PRISM y los que presentaron éstos junto a algún otro TM del Eje I (Exp (B)= 1.66) presentaron un riesgo de abandono del programa una vez y media superior en comparación con las personas que sólo presentaron TCS.

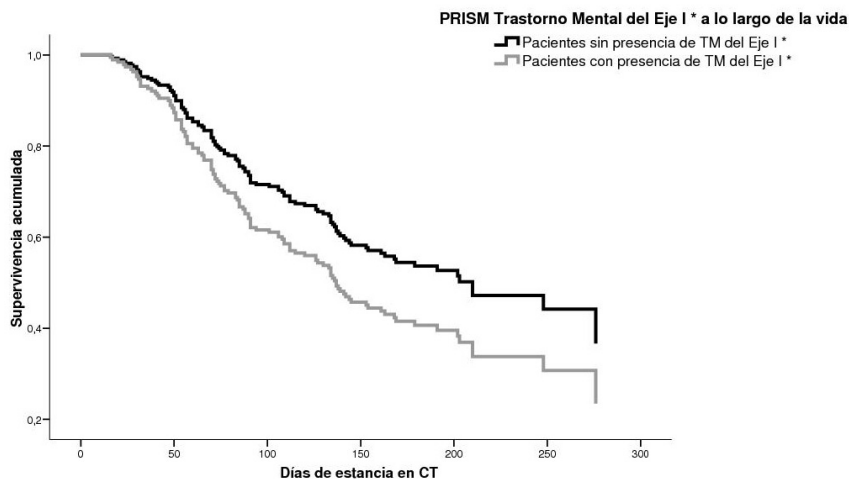


Figura 17: Riesgo de abandono de CT de las personas con presencia de algún TM del Eje I a lo largo de la vida. * TM: algún TM del Eje I además de los TCS.

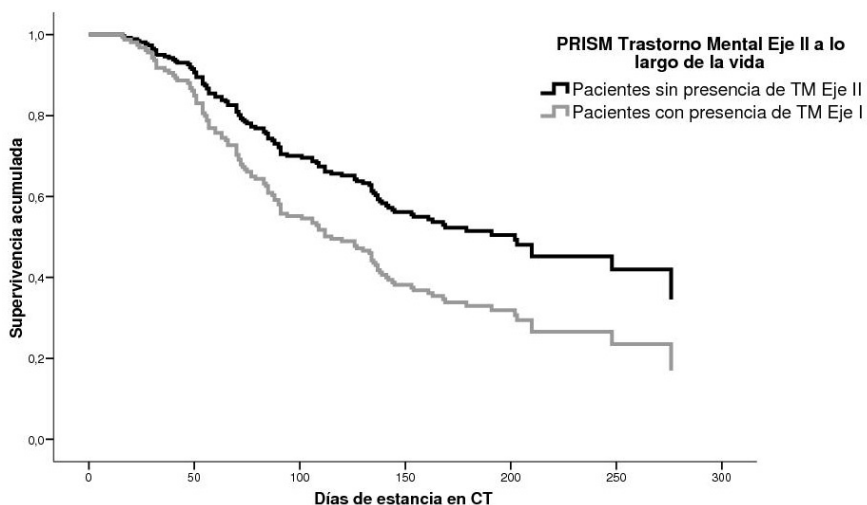


Figura 18: Riesgo de abandono de CT de las personas con presencia de algún TM del Eje II a lo largo de la vida.

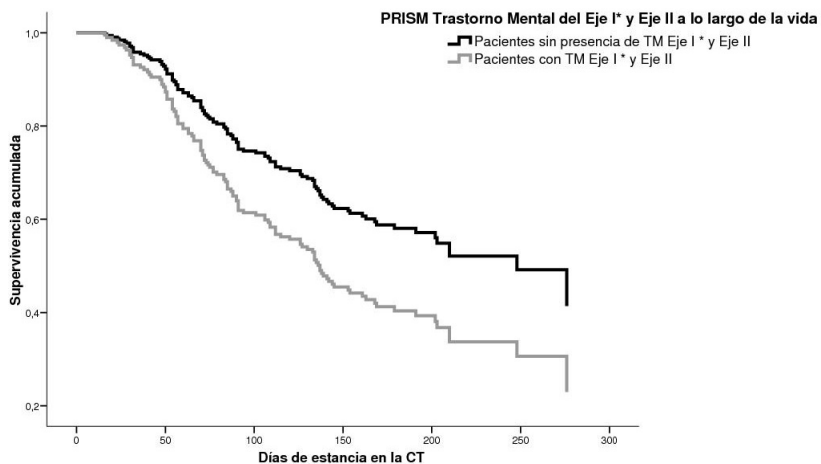


Figura 19: Riesgo de abandono de CT de las personas con presencia de algún TM del Eje I y Eje II a lo largo de la vida. * TM: algún TM del Eje I además de los TCS.

Junto a las exploraciones anteriores, se realizó un análisis de supervivencia con los trastornos que presentaban los pacientes en el último año. De esta manera, se halló diferencia significativa tanto en los pacientes que presentaron algún trastorno del Eje I (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=5.64$; $p=.017$), como del Eje II (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=9.32$; $p=.002$) así como en aquellos que presentaron al menos un trastorno tanto del Eje I y

del Eje II (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=6.18$; $p=.013$) (ver figura 20, 21, 22). De igual manera, la influencia de estos factores sobre la supervivencia de regresión de Cox mostró un riesgo relativo de abandonar la CT antes de finalizar el tratamiento de Exp (B)= 1.55 para las personas con otros TMs del Eje I; de Exp (B)= 1.77, para los pacientes con algún TM del Eje II; y de Exp (B)= 1.62, para las personas que presentaban ambos trastornos.

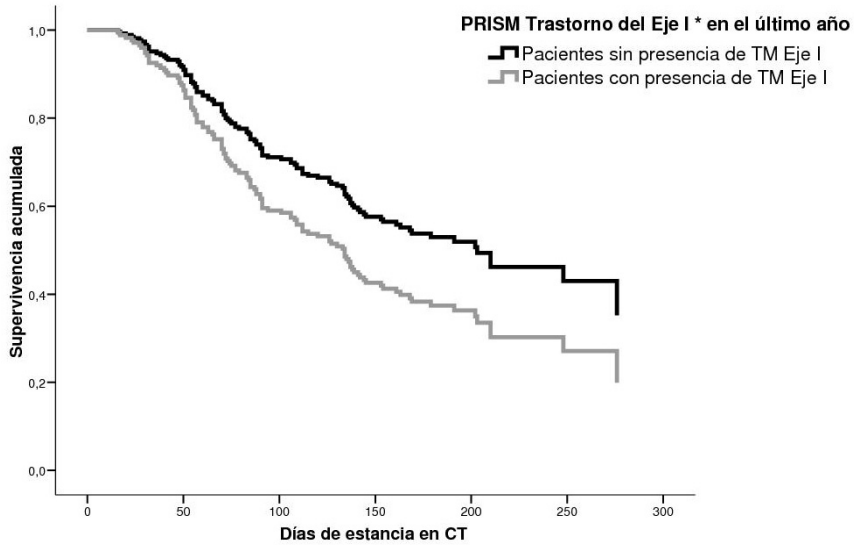


Figura 20: Riesgo de abandono de CT de las personas con presencia de algún TM del Eje I durante el último año. * TM: algún TM del Eje I además de los TCS.

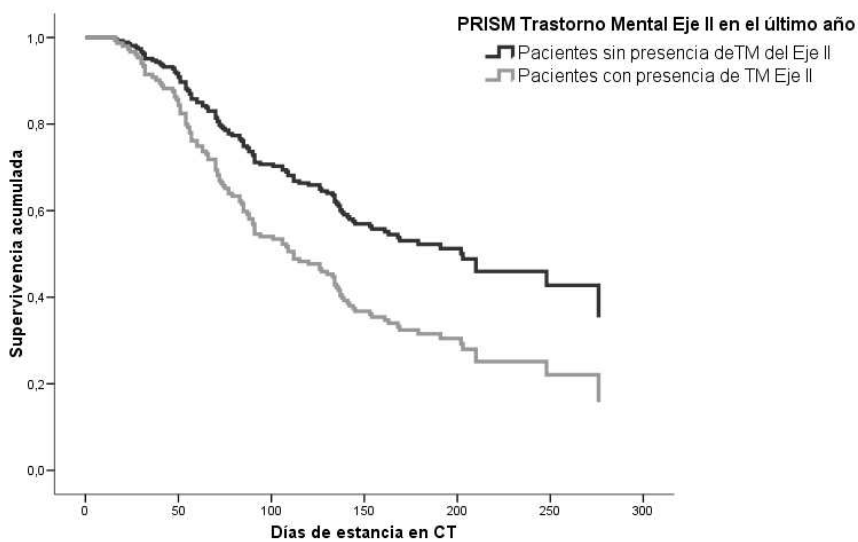


Figura 21: Riesgo de abandono de CT de las personas con presencia de algún TM Eje II durante el último año.

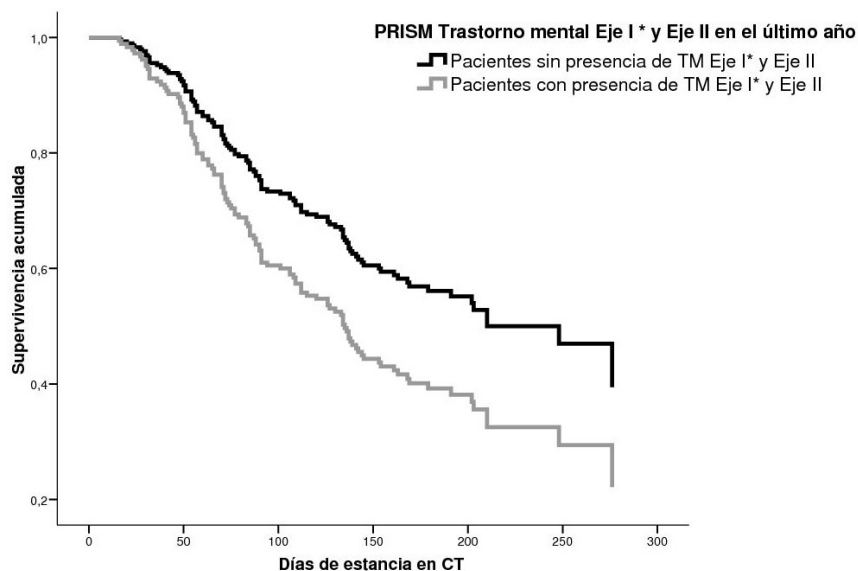


Figura 22: Riesgo de abandono de CT de las personas con presencia de algún TM del Eje I y Eje II durante el último año. * TM: algún TM del Eje I además de los TCS.

Finalmente, empleamos un análisis de supervivencia para analizar el valor predictivo de la presencia de los TMs diferenciando entre los *primarios* y los *inducidos*. De esta forma, no observamos diferencias significativas entre los pacientes que presentan algún TM *inducido* a lo largo de la vida y los que no lo presentaron (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2= 1.57$; $p=.210$) (ver figura 24). Sin embargo, cuando se comparó a los pacientes que cumplían criterios de TM primario a lo largo de la vida (ver figura 23), sí encontramos diferencias estadísticas (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=5.59$; $p=.018$). Asimismo, el modelo de regresión de Cox mostró que éstos pacientes presentaron un *riesgo de abandono* del programa una vez y media superior ($\text{Exp (B)}= 1.55$) en comparación con las personas que no presentaron TM *primario*.

9. Estudio 3: Estudio de evaluación del valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento de pacientes dependientes de cocaína ingresados en comunidad terapéutica

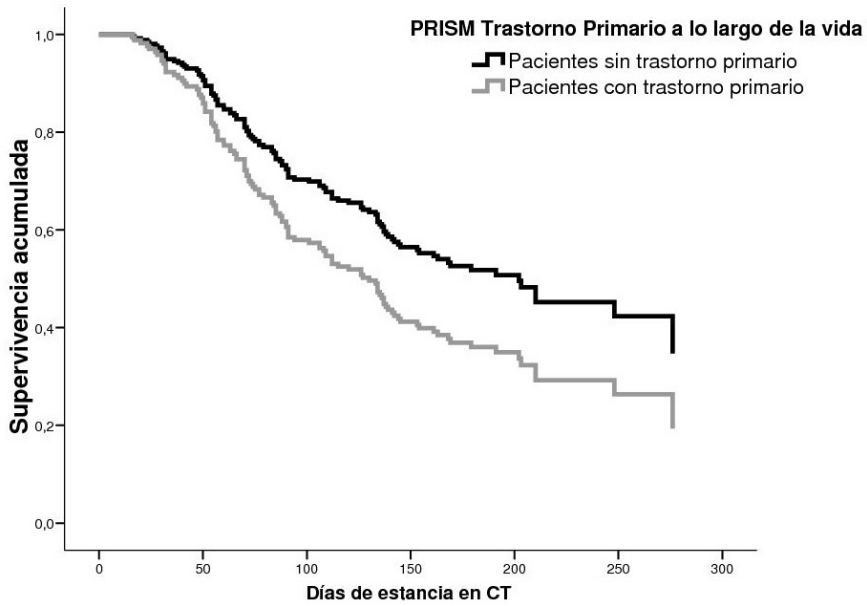


Figura 23: Riesgo de abandono de CT de las personas con algún TM primario a lo largo de la vida.

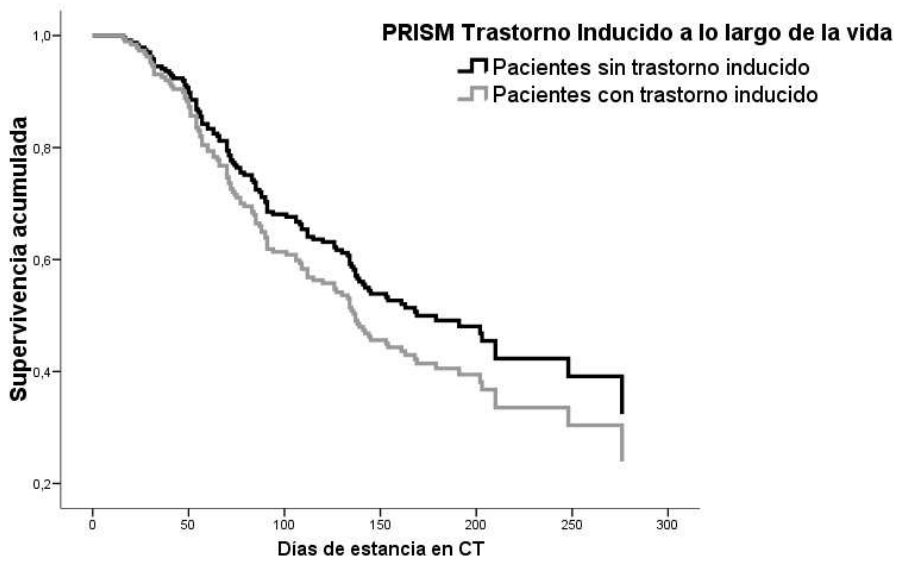


Figura 24: Riesgo de abandono de CT de las personas con algún TM inducido a lo largo de la vida.

Por otro lado, se exploró el valor predictivo de otras variables relacionadas con el paciente, diferentes a la psicopatología, sobre la retención en el tratamiento en CT, si bien no se observaron diferencias significativas en ninguna de ellas: presencia o no de TDAH (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=2.52$; $p=.112$), sexo (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=3.73$; $p=.053$), patrón de policonsumo (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=.024$; $p=.877$), seguir un programa de tratamiento con metadona (PTM) (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=.523$; $p=.470$) y tener antecedentes penales (*log rank*, Mantel-Cox $\chi^2=140$; $p=.708$).

n=218	B	p	Exp (B)	IC 95% para Exp (B)
Psicopatología a lo largo de la vida				
Otros trastornos Eje I	.369	.055	1.44	.992-2.11
Sólo trastornos Eje II	.513	.008*	1.67	1.14-2.44
Otros trastornos Eje I y/o Eje II	.511	.016*	1.66	1.10-2.53
Trastornos Primarios	.439	.019*	1.55	1.07-2.24
Trastornos Inducidos	.239	.213	1.27	.872-1.85
TDAH	.396	.116	1.48	.091-2.43
Psicopatología en el último año				
Sólo trastorno Eje I	.436	.019*	1.55	1.07-2.22
Sólo trastorno Eje II	.575	.003*	1.77	1.22-2.59
Trastorno Eje I y/o Eje II	.482	.014*	1.62	1.10-2.38
Sexo	.584	.057	1.79	.982-3.27
Edad	-.015	.247	.985	.961-1.01
Situación judicial	.071	.709	1.07	.740-1.59
PTM	.136	.472	1.14	.791-1.66
Policonsumo	.031	.878	1.03	.696-1.52

Tabla 70: Modelo de Regresión de Cox. Razones de riesgo de abandono de CT para variables relacionadas con el paciente.

En segundo lugar, y con el mismo objetivo de estudiar la relación entre la psicopatología y la retención en tratamiento, así como entre otras variables explicativas, a continuación se exponen los resultados de un análisis de contraste de hipótesis entre categorías. En él se incluyen las variables: *número de días de estancia en CT*, *tipo de alta* e *ICA-RT*. Dado que estas últimas variables se miden en el momento del *alta* en la CT, sólo disponemos de los registros correspondientes a los pacientes que se marchan del recurso (independientemente del *tipo de alta*). Pues bien, en el momento de dar por finalizado el estudio, de los 218 pacientes de la muestra inicial, 205 habían concluido su estancia en la CT y los 13 restantes continuaban en ella. Por tanto, para este análisis concreto contamos con una muestra de $n=205$ sujetos. La estancia media de estos pacientes fue de 129.68 días ($DT=66.89$). La tasa de retención acumulativa de este grupo al mes del ingreso fue del 95.6%, siendo del 80% a los dos meses y del 65.4% al tercer mes. Como puede verse en la tabla 71, el 57.1% deja el recurso con un *alta no terapéutica* o con un *alta por cumplimiento parcial de objetivos*. El 42.9% restante

lo hace con un *alta terapéutica*. Dado que la variable ICA-RT deriva del ítem 6.6. del informe de alta (*Observaciones sobre el alta recibida y sus motivos*), que suele ser una de las últimas informaciones aportadas por sus terapeutas, en el momento de cerrar el estudio contábamos con 194 registros de esta variable (los 11 restantes todavía no habían sido redactados por sus clínicos). Por tanto, los análisis en los que participa la variable *ICA-RT*, se realizaron sobre este tamaño muestral. Así, el 23.2% de esta muestra de 194 sujetos salió del recurso *sin cambios clínicos*, el 29.4% con *cambios mínimos* y el 47.4% con *cambios clínicamente relevantes*.

n=205	TOTAL N (%)		TOTAL N (%)
Nº Días permanencia CT media (DT)	129.68 - 66.89	Nº Salidas CT a los 3 meses media (DT) n=205	3.53 (2.61)
Tipo de Alta CT		ICA-RT n=194	
<i>Alta no terapéutica</i>	60 (29.3)	<i>Sin cambios</i>	45 (23.2)
<i>Alta por cumplimiento parcial de objetivos</i>	57 (27.8)	<i>Cambios mínimos</i>	57 (29.4)
<i>Alta terapéutica</i>	88 (42.9)	<i>Cambios clínicamente relevantes</i>	92 (47.4)

Tabla 71: Variables relacionadas con el tratamiento en CT

A continuación analizamos la relación existente entre la permanencia en la CT y el tipo de alta con la que el paciente sale del recurso. Como puede observarse en la tabla 72, el número de *días de estancia* es mayor en el grupo de pacientes que salieron de la CT con *alta terapéutica*, seguido de aquellos que tuvieron *alta por cumplimiento parcial de objetivos* y finalmente por los pacientes que salieron del centro con *alta no terapéutica*. Se ha realizado un análisis ANOVA de un factor para saber si hay diferencias significativas entre los *días de estancia* en CT y los tipos de alta. El valor de F fue de 40.77 con un nivel de significación de $p < 0.01$, así se rechazó la hipótesis de igualdad de medias y se concluyó que existían diferencias entre las dos variables. De este modo, para conocer entre qué niveles de la variable categórica se encontraban dichas diferencias se realizó una comparación *post hoc* con el método de Bonferroni, lo que mostró que existían diferencias estadísticas significativas entre el grupo con *alta terapéutica* y los grupos con *alta por cumplimiento parcial* y *no terapéutica*, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos (el estadístico de Levene [0.031] permitió contrastar la hipótesis de igualdad de varianzas con una $p > 0.05$). Fue este último hallazgo el que fundamentó la consideración conjunta de ambos tipos de alta como "evento" de cara al análisis de supervivencia.

Como se expone en la tabla 72, esta misma tendencia se observó con la variable *ICA-RT*, es decir, un 91.5% de los pacientes que se marchaban del recurso con *alta terapéutica* obtienen cambios clínicamente relevantes frente a tan sólo un 23.6% con

alta por cumplimiento parcial de objetivos. Al contrario, la mayoría de personas con *alta no terapéutica* (68.4%) no experimentarían ningún tipo de cambio (sin cambios) durante el tiempo de estancia en el recurso. El estadístico Chi Cuadrado (χ^2) ha permitido contrastar la hipótesis de que estas dos variables categóricas están relacionadas entre sí, observándose una diferencia estadística significativa ($\chi^2 = 172.68$; $p < .01$). De esta manera, los datos de la tabla 72 muestran que el *alta por cumplimiento parcial de objetivos* actúa de manera similar al *alta no terapéutica* con respecto a los cambios clínicos que realiza un paciente durante su tratamiento, ya que tan sólo un 23.6% de las personas con *alta por cumplimiento parcial* de objetivos logran cambios significativos al finalizar su estancia en CT:

TIPO DE ALTA					
	TOTAL	<i>Alta no terapéutica</i>	<i>Alta por cumplimiento parcial de objetivos</i>	<i>Alta terapéutica</i>	p
DÍAS DE ESTANCIA EN CT Media (DT) n=205	129.68 ± 66.89	81.30 ± 53.09	102 ± 47.59	180.02 ± 49.75	.000
IMPRESIÓN CLÍNICA AL ALTA SOBRE LA RESPUESTA TRATAMIENTO (ICA-RT) n=194					
<i>Sin cambios</i>	45 (23.2)	39 (68.4)	5 (9.1)	1 (1.2)	.000*
<i>Cambios mínimos</i>	57 (29.4)	14 (24.6)	37 (67.3)	6 (7.3)	
<i>Cambios clínicamente relevantes</i>	92 (47.4)	4 (7)	13 (23.6)	75 (91.5)	

Tabla 72: Comparación entre los tipos de alta, los días de estancia en CT y la impresión clínica sobre el alta.

En esta línea de resultados, para explorar las variables ICA-RT y los *días de estancia* en CT, se realizó un análisis Chi Cuadrado (X^2) que resultó significativo ($X^2 = 59.40$; $p < .01$). Es decir, entre aquellos pacientes con más de 90 días de estancia en CT, se observa un mayor porcentaje de cambios clínicamente relevantes que entre los que permanecen entre uno y tres meses (ver tabla 73).

9. Estudio 3: Estudio de evaluación del valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento de pacientes dependientes de cocaína ingresados en comunidad terapéutica

DIAS ESTANCIA EN CT					
ICA-RT n=194	TOTAL	1-60 días	61- 90 días	> 90 días	p
<i>Sin cambios</i>	45 (23.2)	21 (51.2)	13 (43.3)	11 (8.9)	.000*
<i>Cambios mínimos</i>	57 (29.4)	16 (39)	11 (36.7)	30 (24.4)	
<i>Cambios clínicamente relevantes</i>	92 (47.4)	4 (9.8)	6 (20)	82 (66.7)	

Tabla 73: Comparación entre los días de estancia en CT y la impresión clínica sobre el alta.

Con el objetivo de conocer el valor pronóstico de la comorbilidad psicopatológica comparamos, en primer lugar, a los pacientes que presentan concomitancia de algunos TMs, en relación a los que no los presentan para las variables *días de estancia*, *tipo de alta* e *ICA-RT*. Como se expone en la tabla 74, en el grupo de pacientes con presencia de comorbilidad, la media de *días de estancia* en CT, el porcentaje de pacientes con *alta terapéutica* y el porcentaje de aquellos que presentan *cambios clínicamente relevantes* son menores, respecto al grupo con sólo TCS. Estos datos se mantienen estables independientemente de los tipos de trastornos presentados por los pacientes (sólo trastornos del Eje I, sólo trastornos del Eje II o ambos) y su frecuencia temporal (último año y a lo largo de la vida)

	PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE I EN EL ÚLTIMO AÑO			PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE I A LO LARGO DE LA VIDA		
	Otros TM* n (%)	Sólo TCS n (%)	p	Otros TM* n (%)	Sólo TCS n (%)	p
Días estancia CT (media ± DT) n=205	122.37 ± 61.04	134.97 ± 70.60	.174	126.67 ± 66.14	133.46 ± 67.99	.473
Tipo de alta n=205						
Alta no terapéutica	29 (33.7)	31 (26.1)	.016*	36 (31.6)	24 (26.4)	.031*
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	30 (34.9)	27 (22.7)		38 (33.3)	19 (20.9)	
Alta terapéutica	27 (31.4)	61 (51.3)		40 (35.1)	48 (52.7)	
ICA-RT n=194						
Sin cambios	23 (27.7)	22 (19.8)	.001*	31 (28.4)	14 (16.5)	.001*
Cambios mínimos	33 (39.8)	24 (21.6)		39 (35.8)	18 (21.2)	
Cambios clínicamente relevantes	27 (32.5)	65 (58.6)		39 (35.8)	53 (62.4)	
	PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE II EN EL ÚLTIMO AÑO			PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE II A LO LARGO DE LA VIDA		
	TM Eje II*	Sólo TCS	p	TM Eje II*	Sólo TCS	p
Días estancia CT (media -DT)	114.81 ± 67.52	136.28 ± 65.77	.036*	113.34 ± 70.02	137.10 ± 64.31	.023*
Tipo de alta						
Alta no terapéutica	20 (31.7)	40 (28.2)	.029*	20 (31.3)	40 (28.4)	.207
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	24 (38.1)	33 (23.2)		22 (34.4)	35 (24.8)	
Alta terapéutica	19 (30.2)	69 (48.6)		22 (34.4)	66 (46.8)	
ICA-RT						
Sin cambios	17 (27.9)	28 (21.1)	.425	19 (31.1)	26 (19.5)	.161
Cambios mínimos	19 (31.1)	38 (28.6)		18 (29.5)	39 (29.3)	
Cambios clínicamente relevantes	25 (41)	67 (50.4)		24 (39.3)	68 (51.1)	
	PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE I Y/O EJE II EN EL ÚLTIMO AÑO			PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE I Y/O EJE II A LO LARGO DE LA VIDA		
	Otros TM*	Sólo TCS	p	Otros TM*	Sólo TCS	p
Días estancia CT (media ± DT)	124.39 ± 66.71	137.15 ± 66.84	.179	125.47 ± 67.68	138.18 ± 64.95	.196
Tipo de alta						
Alta no terapéutica	39 (32.5)	21 (24.7)	.023*	44 (32.1)	16 (23.5)	.030*
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	39 (32.5)	18 (21.2)		43 (31.4)	14 (20.6)	
Alta terapéutica	42 (35)	46 (54.1)		50 (36.5)	38 (55.9)	
ICA-RT						
Sin cambios	33 (28.7)	12 (15.2)	.014*	38 (29.2)	7 (10.9)	.001*
Cambios mínimos	37 (32.2)	20 (25.3)		42 (32.3)	15 (23.4)	
Cambios clínicamente relevantes	45 (39.1)	47 (59.5)		50 (38.5)	42 (65.6)	

Tabla 74: Análisis comparativo de las variables de resultados entre el grupo con o sin algún trastorno mental y grupo sin trastorno. * Personas que presentan además de un TCS otros TMs.

5. DISCUSIÓN

Las comunidades terapéuticas se configuran como un recurso clave en el entorno asistencial de las drogodependencias. Pero, ¿se conocen realmente los beneficios que reportan estos programas terapéuticos? El conocimiento de los factores predictores de la respuesta al tratamiento nos ayudará a establecer estrategias de intervención específicas. Una de estas variables identificadas es la presencia de psicopatología entre los pacientes drogodependientes que ingresan en una CT. Como ya hemos señalado con anterioridad, los diferentes trabajos que han estudiado el valor pronóstico de la psicopatología sobre la retención y otras variables de resultados del tratamiento en CT no son concluyentes (Agostini et al., 1991; Alterman et al., 1996; Broome et al., 1999; Dekel et al., 2004; Friedman & Glickman, 1987; Joe et al., 1995; Kaminer, 1994; Levin et al., 1998; Levin et al., 2004; Stowell, 1991; Wise et al., 2001). Por esta razón, este trabajo se llevó a cabo con el objetivo principal de conocer las características relacionadas con el tratamiento, centrándose en la evolución de la severidad de la psicopatología y su influencia en la retención en CT. Globalmente, los resultados de nuestro trabajo apoyan las hipótesis planteadas al comienzo.

Dentro del marco de este trabajo optamos por desglosar los objetivos en dos. El primero de ellos fue analizar la evolución de los síntomas psicopatológicos durante los tres primeros meses del proceso terapéutico y conocer si la existencia de otros TMs comórbidos podía estar relacionada o no con las variables de resultado del programa. Antes de comparar los datos entre ambos momentos de evaluación, realizamos un análisis de comparabilidad inicial para conocer el perfil de los sujetos que abandonaban el recurso sin alcanzar el período de los tres meses. Lo más destacable del mismo es el perfil de mayor severidad de estos pacientes, especialmente en el mayor número de encarcelamientos previos, más sintomatología ansioso-depresiva y un mayor porcentaje de diagnósticos de TLP y TDAH de subtipo combinado. Es evidente que los síntomas de impulsividad e inestabilidad emocional de estos trastornos están en la base de los motivos del abandono. Este dato es coherente con los aportados por otros autores (Broome et al., 1999; Kaminer, 1994; Levin et al., 2004; Stowell, 1991) y con la observación clínica. Por otra parte, cuando analizamos los datos relacionados con la evolución de la severidad de los síntomas psicopatológicos de los pacientes que permanecieron en CTs más de 85 días, observamos una mejoría clínica en el sentido de una reducción de la severidad de los síntomas depresivos y de los síntomas físicos, así como un incremento en sus niveles de calidad de vida. Por un lado, se encuentra una disminución de los niveles de *craving*. Esto es importante, ya que a partir de la semana de abstinencia o en la primera fase de la misma, según el modelo de Gawin et al. (1986), existe un incremento del deseo de consumo de cocaína, por lo que una intervención específica para disminuir este ansia puede ayudar al paciente a mantenerse abstinentes (Becoña & Vázquez, 2001; Gawin & Kleber, 1986; López & Becoña, 2006; Pérez de los Cobos, Santis & Tejero, 1999). Pese a ello, se

deberían seguir realizando mediciones a lo largo del tiempo para constatar si estas mejoras se siguen manteniendo en el tiempo y si son suficientemente efectivas para el coste de la estancia del paciente. Es decir, ¿cuál es la mejoría incremental del paciente si prolongamos su estancia más allá de tres meses, por ejemplo? ¿Sería esta estrategia coste-efectiva? En cualquier caso, nuestros datos señalan que para poder alcanzar unos resultados clínicos relevantes, el paciente debe permanecer en la CT al menos tres meses. En esta misma línea, algunos autores encuentran resultados positivos de la intervención terapéutica a partir de los tres meses de estancia en el recurso (Hubbard et al., 1997; Messina et al., 2000; Mulder et al., 2009; Sell et al., 1979; Simpson, 1984; Sirtotnik & Roffe, 1978).

Teniendo en cuenta nuestros datos expuestos hasta el momento, los pacientes que se mantienen en tratamiento a los tres meses del ingreso logran una mejoría psicopatológica significativa, además el perfil de mal pronóstico de los pacientes que abandonan la CT antes de este tiempo no invalida las observaciones realizadas.

Paralelo a estos datos, es interesante resaltar los cambios encontrados en las dimensiones de la personalidad. Los sistemas nosológicos actuales consideran que un trastorno de personalidad es un patrón permanente, persistente e inflexible a lo largo del tiempo. Ahora bien, los datos de este trabajo muestran una disminución de la severidad en las dimensiones evaluadas por el MCMI-III. Así, ¿podrían ser estos datos interpretados como un indicio de falta de estabilidad en el tiempo de los patrones de personalidad? No podemos afirmar o negar con contundencia esta pregunta, lo que sí podemos señalar es que, de nuestros resultados queda claro que a lo largo del tratamiento los pacientes mejoran ciertas conductas de personalidad. No somos los primeros en mostrar estos hallazgos ya que otros autores han propugnado que el tratamiento de sujetos con TCS mejora las puntuaciones dimensionales de algunos trastornos de la personalidad (De Groot, Franken, Van der Meer & Hendriks, 2003; McMahon, Flynn & Davinson, 1985; McMahon & Richards, 1996; Pedrero, Puerta, Segura & Osorio, 2004; Ravndal & Vaglum, 1991; Schinka et al., 1999). Esta incongruencia aparente entre la variabilidad que hemos observado en la severidad de las dimensiones del MCMI-III y la aparente estabilidad de los trastornos de personalidad evaluados desde el modelo categorial, pensamos que puede deberse, por un lado, a la controversia en torno a la consideración de estas alteraciones como un constructo dimensional en lugar de como hasta ahora, categorial (Pedrero-Pérez, 2009; Widiger et al., 2005). Así, existen estudios que dan a conocer que un constructo dimensional de la personalidad aportaría una información más precisa acerca de las características funcionales del comportamiento, favorece la evaluación, la clasificación y, por tanto, la programación de una intervención individualizada y específica para cada paciente (Ball, 2001; Kreuger et al., 2005; Pedrero-Pérez, 2009; Verheul, 2005). Por otro lado, no hay que olvidar que el inventario de personalidad que se ha utilizado para evaluar estos trastornos es completado por el propio paciente y las puntuaciones son registradas por sus respuestas. De tal manera que la información recogida es una

manifestación de experiencias subjetivas del malestar del paciente en el momento de la entrevista y, por ello, está sujeta a sesgos y distorsiones. Además, de acuerdo con otros autores (Pedrero-Pérez et al., 2004), pensamos que los datos indican que el malestar de los pacientes que ingresan en CT está relacionado con el momento del proceso terapéutico. Es decir, el momento de recogida de datos puede estar influyendo en los resultados de los mismos, por ejemplo, no sería lo mismo evaluar a un paciente cuando vuelve de una salida donde haya recaído en su consumo que cuando regresa de la misma habiendo logrado los objetivos marcados con el terapeuta.

Además de esto, hemos constatado una reducción significativa de la severidad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de pacientes que sólo presentan un TCS. Por el contrario, esto no ocurre en el grupo de sujetos con un TM comórbido. Este dato nos hace pensar que, entre los pacientes con dependencia de cocaína, parte de las elevadas puntuaciones iniciales en estas escalas podrían atribuirse a un solapamiento con los síntomas por intoxicación o abstinencia, y que la reducción de dichas puntuaciones a los tres meses puede deberse, entre otras razones, a una disminución de dichos síntomas por la abstinencia de la droga. No obstante, la escasa reducción de los síntomas psicopatológicos en el grupo de sujetos con un TM según PRISM, nos hablaría de una mayor estabilidad psicopatológica pero también de una baja efectividad de un tratamiento específico para esta patología dual, si es que éste ha tenido lugar. Así, los datos de este estudio indicarían que los pacientes que presentan TMs concomitantes no mejoran de la misma manera que aquellos que no lo presentan. Nosotros, de acuerdo con otros autores, defendemos la necesidad de adaptar los tratamientos a personas que presentan comorbilidad psicopatológica y, de esta manera, mejorar su pronóstico (Sacks et al., 2008b; Van Stelle & Moberg, 2004).

Por otra parte, dentro de nuestro segundo objetivo, nos propusimos evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento. Con los datos expuestos con anterioridad, hemos querido explorar la relación existente entre la permanencia en CT y las variables que inicialmente consideramos indicadoras de esa "respuesta" ya que, como se ha expuesto a lo largo de esta tesis, aún no existe un consenso sobre qué variables de resultados emplear en las CTs para personas con problemas derivados del consumo de sustancias (De Leon, 1986; Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999). Así, acorde con otros autores (Fernández-Hermida et al., 2002; Messina et al., 2000; Tucker et al., 1985; Secades Villa & Benavente, 2000; Stark, 1992) y con nuestro primer estudio, los resultados de este trabajo nos permiten concluir que aquellos pacientes que permanecen más tiempo en la CT alcanzan unos objetivos asistenciales más significativos, traducidos en un mayor porcentaje de altas terapéuticas y, como consecuencia, en más cambios clínicamente relevantes.

En esta misma línea, encontramos que la tasa de retención del programa a los tres meses fue moderadamente más elevada que la encontrada en otros trabajos (65.4%), que oscila en torno al 50% (Condelli & Dunteman, 1993; De Leon & Schwartz, 1984; Gossop, Marsen, Stewart & Rolfe, 1999; Maglione, Chao & Anglin, 2000; Mulder et al., 2009; Nielsen & Scarpitti, 2002). Así, de acuerdo con otros autores (Condelli & De Leon, 1993; Condelli et al., 1994; De Leon et al., 1991) y con nuestros datos anteriores, observamos que para que un paciente llegue a presentar mejoría, se requiere al menos tres meses de estancia en CT, pues tan sólo un 20% de los pacientes alcanzan cambios clínicamente relevantes antes de los 90 días. Estos datos corroboran que los equipos terapéuticos de las CTs deben diseñar estrategias específicas para aumentar la adherencia al tratamiento y, de esta manera, evitar el abandono precoz y aumentar las mejoras clínicas del paciente durante su estancia en el recurso. Profundizando en ello, en este estudio también se constata que el porcentaje de personas que salen del programa con un alta terapéutica (91.65%) obtienen cambios clínicos relevantes en mucha mayor medida que los que se marchan con un alta por cumplimiento parcial de objetivos (23.6%). Por esta razón, insistimos en cuestionar el concepto de este alta como indicador de *procesos* dentro del sistema de evaluación de calidad de nuestra red asistencia, ya que la gran mayoría de estos pacientes o no logran ningún cambio o éste es clínicamente irrelevante (76.4%).

Finalmente, se planteó evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento en la CT. Nuestra hipótesis inicial fue pensar que aquellos pacientes que presentaran comorbilidad psicopatológica iban a permanecer menos tiempo en el recurso y, en definitiva, iban a beneficiarse menos del tratamiento. Los resultados de este estudio han apoyado esta presunción, constatándose que la existencia de comorbilidad psicopatológica, tanto la actual como la presente a lo largo de la vida, estuvo asociada a un abandono precoz de CT. Es decir, los pacientes con otros TMs permanecen en el recurso menos días, obtienen un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios clínicos menos relevantes. Insistiendo en ello, los análisis de regresión de Cox que hemos realizado señalan que los pacientes con comorbilidad psicopatológica tendrían un riesgo mayor de abandonar el tratamiento que los pacientes que sólo presentan un TCS. Este hallazgo ha sido también informado por otros autores (Agostini et al., 1991; Broome et al., 1999; Condelli, 1994; Dekel et al., 2004; Levin et al., 2004; Mulder et al., 2009; Nielsen & Scarpitti, 2002; Ravndal & Vaglum, 1994,1995; Van Stelle, Blumer & Moberg, 2004).

Por tanto, con los resultados encontrados en este trabajo, la pregunta que nos planteamos es ¿por qué aquellas personas que presentan comorbilidad psicopatológica permanecen menos tiempo en las comunidades? ¿Se interviene adecuadamente con estos pacientes? ¿Es posible mejorar su asistencia?

Las CTs en Andalucía están tradicionalmente enfocadas a una intervención de carácter psicoeducativo, multidisciplinar, dirigida fundamentalmente a la conducta

adictiva. Ello conlleva una dificultad a la hora de atender a los pacientes con comorbilidad psicopatológica. Por ello, y como se ha comentado con anterioridad, creemos que es necesario adaptar estos recursos a personas que presenten, además de un TCS, otro tipo de TM (Van Stelle et al., 2004). De este modo, los fundamentos de las tradicionales CTs, como por ejemplo el régimen diario altamente estructurado, fomento de la responsabilidad personal, cambios continuos a través de un proceso gradual o la promoción de valores prosociales, deben mantenerse. Pero es necesario realizar modificaciones que se adapten a las necesidades de los pacientes con síntomas psicopatológicos, tales como una adaptación del perfil de los profesionales donde se deben incluir expertos de la salud mental con experiencia en el campo de las drogodependencias, una reducción de la duración y una mayor flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones terapéuticas, un mayor énfasis en la orientación e instrucción, un menor número de sanciones y confrontaciones, una afirmación más explícita de los logros, mayor atención a las diferencias individuales y una mejor respuesta a las necesidades especiales de desarrollo de los pacientes. Por ejemplo, dado el elevado porcentaje de casos de TLP y TDAH, deberán diseñarse estrategias de intervención flexibles, lo que cuestionaría el modelo tradicional de sanciones. En resumen, las CTs-AD deben ser un modelo integral que se distinga de las CTs tradicionales en dos aspectos fundamentales: mayor flexibilidad y mayor intervención individualizada (De Leon, 1996; Sacks et al., 1999; Sacks et al., 2008b). Además, la creación de CTs-AD a pacientes con comorbilidad psicopatológica no es una iniciativa novedosa y, por tanto, experiencias previas la avalan en cuanto a la eficacia en el tratamiento de estas personas y en cuanto a los beneficios coste-efectivos (De Leon et al., 2000; French et al., 1999; McGeary, French, Sacks, McKendrick & De Leon, 2000; Sacks et al., 2008a; Van Stelle & Moberg, 2004; Van Stelle et al., 2004).

Es importante que los datos de este estudio se interpreten y se extrapolen con la suficiente cautela. En primer lugar, debe tenerse en cuenta las peculiaridades del programa asistencial de nuestras CTs, dado que estos recursos forman parte de una red asistencial coordinada cuyo tiempo de estancia media es de unos seis meses (más reducido que las CTs tradicionales estadounidenses o europeas). En segundo lugar, optamos por considerar una muestra naturalística obtenida en condiciones muy próximas a la práctica clínica diaria con criterios de selección poco restrictivos. Por ello, hay que tener cautela al universalizar las conclusiones a grupos más específicos de pacientes. En este sentido, podría considerarse una limitación el hecho de que hablemos de comorbilidad psicopatológica relacionada con el consumo de cocaína, cuando la muestra que estamos estudiando no está compuesta por *cocainómanos puros*. Siendo esto cierto, no es menos verdad que en caso de haber adoptado esta actitud tan restrictiva en el muestreo, además de problemas de reclutamiento de casos, hubiésemos tenido un grave problema de extrapolación de los resultados, al separarnos excesivamente de la realidad asistencial. En tercer lugar, los instrumentos utilizados para evaluar la evolución de la severidad de la psicopatología son de

carácter autoadministrado, lo que puede suponer una gran limitación en esta población.

Por último, no todas las variables analizadas en este trabajo replican las utilizadas en otros estudios. En particular, la escogida para valorar los resultados del tratamiento (ICA-RT) completada por los terapeutas y trasformada por los investigadores, que para nosotros es un punto fuerte en la metodología de este trabajo. Estas diferencias en la medición podrían estar relacionadas con la diversidad de los datos encontrados en otros estudios (Agostini et al., 1991; Alterman et al., 1996; Friedman & Glickman, 1987, Joe et al., 1995). En futuros estudios, pensamos que se debe utilizar una herramienta exclusiva para valorar, por una parte, las variables de resultados y por otras, variables relacionadas con el tratamiento que hagan conocer qué peso tienen en la eficacia del programa con respecto a las variables del sujeto.

A pesar de estas limitaciones, este es uno de los primeros estudios que se realiza simultáneamente en todas las CTs públicas de Andalucía, por lo que tiene valor epidemiológico y relevancia desde la perspectiva de la planificación de servicios. Nuestros datos ponen de manifiesto que la comorbilidad psicopatológica entre los pacientes con dependencia de cocaína que ingresan en CT es elevada, a pesar de estar poco diagnosticada en la práctica cotidiana, que se asocia a una peor respuesta al tratamiento y, lo que es peor, que la probabilidad de abandonar el programa antes de que se den las condiciones para observar mejorías clínicas relevantes es alta. Al mismo tiempo, la menor respuesta entre los pacientes con TM comórbido, nos señala las limitaciones del modelo tradicional de las CTs para abordar la complejidad de esta patología. Asimismo, constatamos el valor predictivo de la psicopatología sobre la retención en tratamiento, de donde se deriva, entre otras cuestiones, la necesidad de realizar una evaluación de la psicopatología de forma rutinaria en estos servicios, en el contexto de programas residenciales adaptados a pacientes con patología dual, o bien integrados en la red de salud mental.

6. CONCLUSIONES

A la vista de los datos arrojados por este estudio podemos concluir que:

- A los tres meses de tratamiento existe una mejoría general de los síntomas psicopatológicos presentados por todos los pacientes al inicio del tratamiento, incluido las puntuaciones de los patrones clínicos de personalidad. Si bien, entre los pacientes con comorbilidad psicopatológica, la mejora no es estadísticamente significativa.
- La tasa de retención a los tres meses en el recurso de los pacientes dependientes de cocaína fue moderadamente elevada. Aquellos pacientes que permanecen más tiempo dentro de la comunidad terapéutica logran alcanzar cambios clínicamente más relevantes y, consecuentemente, más altas terapéuticas.
- Los pacientes dependientes de cocaína con comorbilidad psicopatológica, en relación al grupo sin comorbilidad, permanecen en el recurso menos días, obtienen un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios clínicos menos relevantes. Por tanto, estos pacientes tienen una peor respuesta al tratamiento y, en definitiva, un peor pronóstico que los pacientes que no presentan comorbilidad psicopatológica.
- Los pacientes dependientes de cocaína que presentan comorbilidad psicopatológica tienen un riesgo mayor de abandonar la comunidad terapéutica respecto a los pacientes sin comorbilidad. Es decir, aquellos pacientes dependientes de cocaína que ingresan en comunidad terapéutica sin presentar comorbilidad psicopatológica tienen mejor pronóstico que aquellos que sí la presentan.

**DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y
PERSPECTIVAS FUTURAS**



DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Este capítulo tiene como propósito fundamental resumir las principales implicaciones tanto teóricas como clínicas de este trabajo, así como resaltar sus conclusiones más importantes y las perspectivas de investigación futuras que de él se pueden derivar.

1. DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo general de esta tesis ha consistido en estudiar la comorbilidad psicopatológica en personas con problemas derivados del consumo de sustancias e ingresadas en CT. La revisión de la literatura realizada al inicio de nuestro trabajo nos ha permitido constatar la magnitud epidemiológica de este fenómeno, revisar las últimas aportaciones sobre los factores relacionados con la efectividad de la CT y comprobar la importancia que tiene la exploración y el diagnóstico de los trastornos psicopatológicos comórbidos.

A la luz de este acercamiento teórico, dirigimos nuestra atención a tres propósitos principales: a) conocer la prevalencia de psicopatología de los pacientes que ingresan en CT, b) estudiar el cambio en la severidad de la psicopatología después de un tiempo en el recurso y c) evaluar la relación entre la presencia de psicopatología y la retención en tratamiento.

Con nuestro **primer estudio** empírico, de los tres llevados a cabo, hemos querido realizar una aproximación al estudio de las alteraciones psicopatológicas en pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias que inician tratamiento en una CT. Así, los datos analizados exponen que estas personas presentan un deterioro psicosocial generalizado y una alta prevalencia de TCS concomitantes, es decir, son pacientes que tienden a exhibir un patrón de policonsumo. Además, verificamos que los trastornos derivados del consumo de cocaína son los que provocan una mayor demanda de tratamiento. Por otra parte, observamos que la incidencia de “probables casos psiquiátricos”, acorde con nuestra hipótesis, es muy elevada. Además de utilizar el punto de corte del GHQ-28 estandarizado para población general, empleamos un punto de corte específico para población drogodependiente que volvió a mostrar una prevalencia importante de “probables casos psiquiátricos”. A la vista de estos datos nos llamó la atención, en primer lugar, que el porcentaje de “probables casos psiquiátricos” observado era muy superior al de casos diagnosticados previamente al ingreso. En segundo lugar, y al contrario de lo que esperábamos, no observamos un mayor deterioro psicosocial en los pacientes que presentan comorbilidad psicopatológica.

A continuación, exploramos la relación existente entre las variables que consideramos indicadoras de *respuesta* al tratamiento (*días de estancia en CT*, *tipo de alta* e *ICA-RT*), observando que los pacientes que permanecen más tiempo en la CT, logran alcanzar cambios clínicos más relevantes y, por tanto, más *altas terapéuticas*. Además, observamos que es necesario un mínimo de tres meses de estancia en el recurso para empezar a apreciar estos cambios. Al mismo tiempo, es importante resaltar que la mayoría de los pacientes que se marchan con un *alta por cumplimiento parcial de objetivos* no presentan cambios o éstos son mínimos. Por último, los datos de nuestro estudio muestran que los pacientes con un “probable caso psiquiátrico”

tienen un riesgo de abandonar el tratamiento dos veces mayor que los pacientes sin psicopatología.

Estos resultados corroboran la importancia del valor predictivo de la psicopatología dentro de un proceso terapéutico, por lo que nos planteamos continuar estudiando la prevalencia de la comorbilidad psicopatológica, esta vez con pacientes con dependencia de cocaína ya que, como muestran los datos de este primer estudio, eran los más numerosos dentro de las CTs públicas de Andalucía. Sin embargo, en este **segundo trabajo** nos propusimos mejorar las limitaciones del primero utilizando una herramienta diagnóstica clínica, y no de *screening*, para aumentar la especificidad de los diagnósticos además de ampliar la exploración a otros trastornos diferentes, tales como los psicóticos o el TDAH, que la herramienta que habíamos utilizado previamente no valoraba.

De esta manera, aplicamos la PRISM, una de las principales entrevistas clínicas diagnósticas para explorar la presencia de psicopatología en personas con consumo de sustancias psicoactivas, que nos permite diferenciar los efectos esperables por la intoxicación o abstinencia del consumo, de los trastornos mentales primarios y de los inducidos. Con los resultados de la aplicación de este instrumento pudimos volver a confirmar nuestra hipótesis inicial, hallando una prevalencia de comorbilidad psicopatológica elevada en los pacientes dependientes de cocaína. Así, los TEAs son los más frecuentes en esta población seguidos de los TAs. Sin embargo, los datos que más difieren respecto a otros estudios (Falck et al., 2004; Ford et al., 2009; Halikas et al., 1994; Weiss et al., 1988) fueron los relacionados con los trastornos psicóticos, en particular los inducidos, cuya incidencia fue superior a la esperada. Por otro lado, la prevalencia de TDAH en la edad adulta de nuestros pacientes fue muy superior a la que habitualmente se observa en población general (Schubiner, 2005; Rousaville et al., 1991; Levin et al., 1991; King et al., 1999; Clure et al., 1999), pero similar a la que se encuentra en otras muestras de pacientes consumidores de cocaína (Hakikas et al., 1994; Levin et al., 2004; Ziedonis et al., 1994). Por último, los pacientes con concomitancia de TMs muestran una mayor severidad en el consumo de sustancias. Asimismo, a pesar de la elevada comorbilidad volvemos a advertir que la mayoría de los pacientes no habían sido diagnosticados de ningún TM, a excepción de los TCS, antes de su ingreso en CT.

En este segundo estudio, también realizamos una aproximación al perfil diferencial entre la droga principal de consumo y la vía de administración de la misma. En primer lugar, los consumidores cuya droga principal de consumo fue *revuelto* (cocaína y heroína) presentaron un deterioro psicosocial mayor, una situación socio-sanitaria más precaria, un mayor número de ingresos en calabozo y prisión y un mayor número de TCS, que aquellos cuya droga de consumo principal fue la cocaína. En segundo lugar, dentro del grupo de pacientes consumidores de cocaína *puros*, los análisis mostraron que los que la consumen por *vía intrapulmonar* presentan una

mayor marginación social, peor nivel de salud, mayor índice de criminalidad y un consumo más severo de sustancias, en comparación con aquellos que lo hacen por *vía intranasal*. No obstante, independientemente de la droga de consumo principal o de la vía de consumo de la misma, no encontramos entre los grupos diferencias respecto a la psicopatología.

Por último, en este trabajo nos propusimos valorar la presencia de otras variables psicopatológicas al inicio del tratamiento y explorar las diferencias entre el grupo que presenta comorbilidad psicopatológica y el grupo que sólo presenta TCS. De esta forma, observamos que los pacientes que presentaban otros TMs, además del los TCS, puntuaban más en las escalas que valoraban la gravedad de la ansiedad, depresión, *craving* de cocaína, problemas de salud y patrones clínicos de personalidad, además de mostrar peor calidad de vida.

Las conclusiones de este trabajo nos permitieron diseñar un **tercer** y último **estudio** de seguimiento con los mismos pacientes cuyos resultados indicaron, por un lado, que existe una mejora en las puntuaciones de todas las escalas psicopatológicas aplicadas al inicio y al final del tratamiento (BDI, CCS, OTI-Estado, TECVASP y MILLON) a excepción de la que valora la ansiedad (STAI-Estado). Por otro, al comparar las puntuaciones del grupo de pacientes con comorbilidad psicopatológica con las del grupo que sólo presentaba TCS, observamos que los primeros mejoraron sus puntuaciones pero no de manera significativa.

Paralelamente, nos propusimos evaluar la relación de la comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento. Así, igual que ocurrió en el primer estudio, detectamos que aquellos pacientes que permanecieron más tiempo en la CT alcanzaron mayores éxitos terapéuticos, es decir, un mayor porcentaje de altas terapéuticas y, por tanto, cambios clínicamente más relevantes. Además, en comparación con otros trabajos, evidenciamos una retención en tratamiento a los tres meses relativamente elevada. Finalmente, los resultados de este estudio apoyaron nuestra hipótesis mostrando que aquellos pacientes con presencia de comorbilidad psicopatológica que permanecen menos días en el recurso obtienen un porcentaje menor de altas terapéuticas y logran cambios clínicos menos relevantes.

Todos estos datos tienen importantes implicaciones tanto clínicas como teóricas. Para empezar, pensamos que la evaluación diagnóstica de la psicopatología dentro de un recurso asistencial de drogodependencias es fundamental. Hemos observado que existe un gran porcentaje de pacientes con comorbilidad psicopatológica y que ello conlleva consecuencias perjudiciales para los pacientes, que influyen tanto en su pronóstico, como en su respuesta al tratamiento. El primer paso para diseñar un programa individualizado de tratamiento de carácter interdisciplinar, que nos permita mejorar el funcionamiento general del paciente, es identificar las necesidades del mismo. Para ello, realizar un diagnóstico psicopatológico sistematizado es prioritario, si bien, tal como hemos hecho alusión a lo largo de nuestro trabajo, los propios

sistemas nosológicos presentan ciertas carencias, ya que no siempre abarcan la complejidad clínica de esta comorbilidad. Nosotros hemos señalado dos trastornos con estas particularidades. En un primer lugar, creemos que existe un vacío diagnóstico en el DSM-IV-R con respecto a los trastornos psicóticos inducidos por el consumo de cocaína. Ello es debido a que, en el contexto de consumo, estos criterios aceptan que los pacientes puedan presentar alteraciones perceptivas sin el juicio de realidad alterado, pero no consideran que un efecto esperable del consumo de cocaína sea presentar alteraciones del pensamiento sin alteración del juicio de realidad. En nuestra experiencia hemos podido encontrar pacientes que presentan esta sintomatología por lo que, para solventar esta dificultad, hemos propuesto un algoritmo diagnóstico centrado en la evaluación de estos síntomas y basado en la literatura que hemos revisado sobre este tema. En segundo lugar, con respecto a los trastornos de personalidad, hemos observado una mejoría en las características de la personalidad de los pacientes a lo largo del tratamiento, una incongruencia diagnóstica si partimos de la base de que estos trastornos son patrones permanentes, persistentes e inflexibles a lo largo del tiempo. Por ello, siguiendo a otros autores (Widiger et al., 2005; Nestadt et al., 2006; Pedrero-Pérez, 2009), pensamos que la evolución natural de este diagnóstico es considerar a los trastornos de personalidad como un constructo dimensional y no, como hasta ahora, categorial. Creemos que si esto se contemplase de este modo, la evaluación de los mismos aportaría información más precisa acerca de las características funcionales del comportamiento. En cualquier caso, es un tema en el que se debe seguir trabajando a través de otros estudios de diseño longitudinal que utilicen entrevistas clínicas diagnósticas, en lugar de instrumentos autoadministrados que pueden estar influyendo en los resultados.

En otra línea, corroborar que la mayoría de los pacientes con comorbilidad psicopatológica hasta el momento del ingreso y de su participación en el estudio nunca habían sido diagnosticados, y apenas la mitad tratados en algún servicio de salud mental, tiene implicaciones relevantes. A pesar de que presumimos que esto puede deberse a varios factores (como por ejemplo la falta de operatividad de la FIBAT o la falta de fiabilidad de alguna fuente de información como los autoinformes), resulta imprescindible que en la historia clínica del paciente conste una evaluación diagnóstica completa y sistemática. Por tanto, pensamos que es importante organizar y protocolizar la evaluación diagnóstica para que, en cualquier recurso de la red asistencial, el terapeuta que trabaje con el paciente conozca el diagnóstico del mismo.

Por otro lado, nuestros resultados han mostrado que el mayor porcentaje de abandonos del programa tiene lugar durante los tres primeros meses de tratamiento y que la retención en el mismo está relacionada con un mayor éxito terapéutico (entendido como un mayor número de altas terapéuticas y cambios clínicos más relevantes). Esto refleja la importancia de realizar un adecuado seguimiento de los pacientes y de valorar la eficacia de los tratamientos que se están llevando a cabo en CT. Más específicamente, nos hace reflexionar sobre la importancia de diseñar

estrategias de intervención para aumentar la adherencia al tratamiento durante los primeros meses.

Volviendo de nuevo a la relevancia de la comorbilidad psicopatológica, observamos que los pacientes que sólo presentan TCS logran un mayor éxito terapéutico y constatamos que esta comorbilidad es un factor de riesgo de abandono. Por ello, nos planteamos si se podría mejorar la asistencia de estos pacientes. Como ya se ha ratificado a lo largo de este trabajo, pensamos que las CTs tradicionales tienen un modelo de intervención de carácter psicoeducativo dirigido fundamentalmente a tratar los TCS y esto complica la asistencia a pacientes con comorbilidad psicopatológica. Teniendo en cuenta que la incidencia de pacientes con concomitancia de TMs es muy elevada, consideramos que adaptar algunos recursos a sus necesidades resulta acertado e indispensable. Así, siguiendo la estela de otros países, estamos de acuerdo en que es necesaria la creación de CTs-AD desde un modelo de atención individualizada por criterios de severidad (Sacks et al., 2004; Sacks et al., 2008; De Leon 2000b; Sullivan et al., 2007). En general, son dos las características que diferencian una CTs-AD de una tradicional: mayor flexibilidad y mayor atención a las diferencias individuales.

Para finalizar, al interpretar todos nuestros datos, debemos tener en cuenta que nuestro estudio se realiza en un contexto muy concreto: CTs públicas de Andalucía y, por tanto, hay que tener precaución al extrapolar los datos a otras poblaciones. Aun así, los resultados evidencian la elevada prevalencia de comorbilidad psicopatológica entre los pacientes de nuevo ingreso en estas CTs, la importancia de esta concomitancia diagnóstica en relación al éxito terapéutico y la necesidad de diseñar nuevas estrategias para conseguir mejorar la intervención con estos pacientes.

Líneas de investigación futuras centradas en la prevalencia de comorbilidad psicopatológica en pacientes con trastornos derivados del consumo de sustancias podrán contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de intervención y, así, mejorar el abordaje de estos pacientes.

2. CONCLUSIONES

En función de los datos expuestos y de su discusión, consideramos pertinente establecer las siguientes conclusiones con respecto a los objetivos propuestos en este trabajo:

- Los trastornos por consumo de cocaína son los que están relacionados con un mayor número de demandas de tratamiento en una comunidad terapéutica, si bien, la mayoría de los pacientes que lo inician son policonsumidores.
- El perfil psicosocial de los pacientes consumidores de sustancias que ingresan en comunidad terapéutica se caracteriza por un deterioro generalizado y una historia de consumo severa.
- La incidencia de probables casos psiquiátricos entre las personas que comienzan un programa terapéutico en una comunidad para personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias es muy elevada.
- Entre los pacientes con dependencia de cocaína que ingresan en una comunidad terapéutica, se observa una prevalencia muy alta de trastornos mentales comórbidos. Los trastornos más prevalentes son los de personalidad, seguidos de los del estado de ánimo, los de ansiedad, los psicóticos y el TDAH, por este orden.
- El deterioro psicosocial y la severidad de los problemas derivados del consumo de sustancias es mayor en el grupo que consume como sustancia principal el *revuelto* (cocaína y heroína) en comparación con el que consume principalmente cocaína, si bien no hay diferencias en la psicopatología presentada por ambos grupos.
- Existen diferencias entre las características de los pacientes consumidores de cocaína en función de la vía de consumo. Así, los consumidores *vía intrapulmonar*, respecto de los que consumen por *vía intranasal*, presentan mayor marginación social y problemas de salud más severos. No obstante, no existen diferencias en la psicopatología presentada.
- La prevalencia de trastornos psicopatológicos diagnosticados en este estudio es muy superior a la detectada por los terapeutas que derivan a estos pacientes. Por lo tanto, se presupone que, hasta su ingreso en la comunidad terapéutica, nunca habían recibido un tratamiento específico para los mismos.
- La severidad de los síntomas de ansiedad y depresión, la baja calidad de vida, el *craving* de cocaína, así como los problemas de salud al inicio del tratamiento, son superiores en el grupo de pacientes con comorbilidad psicopatológica que en el grupo que sólo presenta dependencia de cocaína.

- A los tres meses de tratamiento, se observa una mejoría general de los síntomas psicopatológicos, incluidas las puntuaciones de los patrones clínicos de personalidad. Sin embargo, entre los pacientes con comorbilidad psicopatológica esta mejoría no es estadísticamente significativa.
- Serían necesarios al menos tres meses de estancia en el recurso residencial para encontrar cambios clínicamente relevantes en los pacientes, por lo que aquellos que abandonan la comunidad terapéutica con anterioridad deberían considerarse como *abandono precoz*.
- La mayoría de personas con un *alta por cumplimiento parcial de objetivos* no logran cambios clínicos relevantes. De este modo, se cuestiona el mantenimiento de este concepto como un indicador de procesos dentro del sistema de evaluación de calidad de nuestra red asistencial.
- Aquellos pacientes que permanecen más tiempo dentro de la comunidad terapéutica logran alcanzar cambios clínicamente más relevantes y, consecuentemente, obtienen más altas terapéuticas. Asimismo, el grupo de personas que presenta comorbilidad psicopatológica, en relación con el grupo que no la presenta, permanece en el recurso menos días, obtiene un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios menos relevantes. Por tanto, estos pacientes tienen una peor respuesta al tratamiento y, en definitiva, un peor pronóstico que los pacientes sin trastornos concomitantes.
- Los pacientes que ingresan en comunidad terapéutica y presentan comorbilidad psicopatológica tienen un riesgo mayor de abandonar el tratamiento precozmente en comparación con los pacientes que sólo presentan un TCS. Del mismo modo, encontramos que esto ocurre en las personas que manifiestan un trastorno psicopatológico primario a lo largo de la vida, y no así, en los que presentan uno inducido.

3. PERSPECTIVAS FUTURAS

Este trabajo, y las conclusiones que de él se derivan, suponen una puerta abierta a la investigación futura que podría enmarcarse en las siguientes líneas:

- Estudiar la prevalencia de la comorbilidad psicopatológica en personas con consumo principal de sustancias distintas a la cocaína y que no siguen ningún tipo de tratamiento, o lo realizan en recursos diferentes a las comunidades terapéuticas. Ello sería posible con una entrevista clínica similar a la que hemos utilizado en nuestro segundo estudio.
- Desarrollar un estudio longitudinal que nos permita comprobar la evolución de los síntomas psicopatológicos, tanto primarios como inducidos, y su relación con la retención en tratamiento.
- Desarrollar un estudio de diseño longitudinal que nos permita analizar la estabilidad diagnóstica de los trastornos de personalidad.
- Profundizar en el estudio de la presencia de síntomas psicóticos inducidos en pacientes dependientes de cocaína con una escala que nos permita medir la severidad de los mismos. Podría realizarse un estudio de corte longitudinal que nos permitiese corroborar la *Teoría de la Sensibilización* (Curran et al., 2004).
- Analizar la comorbilidad psicopatológica en pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias desde una perspectiva de género que permita detectar diferencias específicamente relacionadas con el sexo y el género (si las hay) y, en función de ello, diseñar las respuestas, a nivel terapéutico y preventivo, más oportunas.
- Diseñar y validar indicadores de resultado específicos para las comunidades terapéuticas, que tengan un valor predictivo suficiente al alta del recurso.
- Diseñar tratamientos específicos para pacientes con comorbilidad psicopatológica sustentados en las conclusiones derivadas de los estudios propuestos en el contexto de comunidades terapéuticas adaptadas.
- Evaluar la eficacia del tratamiento en personas con comorbilidad psicopatológica en una comunidad terapéutica tradicional en comparación con una adaptada para estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, P.J., Wellwe, S.B., & Walker, S.R. (1994). Psychiatry disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. En: Magura S, Rosenblum A, Ed: *Experimental Therapeutics in Addiction Medicine*. Binghamton; NY: Hawprth Press.
- Abraham, H.D., & Fava, M. (1999). Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Compr Psychiatry*. Jan-Feb;40(1):44-50
- Abram, K. M., Teplin, L. A., & McClelland, G. M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1007–1010.
- Adamse, M. A. (1987). Neuropsychological examination of a chronic cocaine abuse population. *Dissertat. Abstr. Int.* 48:3143.
- Addiction 1998; 93:1051–1064.
- Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.*;27:187-201
- Adler, L.A., & Chua H.C. (2002). Management of ADHD in adults, *J Clin Psychiatry*, 63 (Suppl.12):29-35
- Agosti, V., Nunes, E., Stewart, J. W., & Quitkin, F. M. (1991). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic: A preliminary report. *International Journal of the Addictions*, 26(3), 327–334.
- Aguilar de Arcos. (2009) *Alteraciones emocionales en Drogodependientes*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Aguilar de Arcos, F., Verdejo García, A., López Jimenez, A., Montañez Pareja, M., Gómez Juarez, E., Arraez Sanchez, F & Pérez García, M. (2008). Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el PEPSA. *Adicciones*, 20(1):27-36
- Aguilar de Arcos, F., Verdejo García, A., Sánchez Barrera, M., López Jiménez, A., & Pérez García M. (2005). Perfil emocional de los consumidores de “revuelto” en comparación con consumidores de heroína y cocaína. *Adicciones*, 17 (2): 131-138
- Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E., & Hasin D.S. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 159:1600-1602
- Aharonovich, E., Hasin, D.S., Brooks, A.C., Liu, X., Bisaga, A. & Nunes E.V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81:313-322
- Ainslie, G. (1992). *Psicoeconomics: The strategic interaction of successive motivational states within the person*. Cambridge University Press.
- Ainslie, G. (2001) *Breakdown of will*. Cambridge University Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Albanese, M.J., Clodfelter, R.C. Jr, Pardo, T.B. & Ghaemi, S.N. (2006). Underdiagnosis of bipolar disorder in men with substance use disorder. *J Psychiatric Pract*, 12:124-127
- Alterman, A. I., M.J. Rutherford, J. S. Cacciola, J. R. McKay, and G. E. Woody. (1996). Response to Methadone Maintenance and Counseling in Antisocial Patients with and without Major Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11): 695-702.
- Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M Fármacos antipsicóticos para la dependencia de cocaína (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Ambrosio Flores E. (2008). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos Adictivos*, 10(3):151-65
- American Academy of Pediatrics. Pediatrics. (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics*, May, 105(5):1158-70.
- American Psychiatric Association. (1980) *Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Washington. D.C.: American Psychiatry Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Rev. (DSM-III-R). Washington. D.C.: American Psychiatry Association.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Rev. (DSM-IV). Washington. D.C.: American Psychiatry Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorders*, 4rd edn. Rev. (DSM-IV-R). Washington. D.C.: American Psychiatry Association.
- Anderson, SM., & Pierce, RC. (2005). Cocaine-induced alterations in dopamine receptorsignaling: implications for reinforcement and reinstatement. *Pharmacol Ther*, 106:389.
- Andreasen, N. (1984) *Scale for Assesment of positive symptoms (of schizophrenia)*, University of Iowa.
- Annis, HM. & Davis, CS. *Assesment of expectations* (1988). En: Marlatt G y Donovan D (eds). *Assessment of addictive behaviours*. New York:Guilford
- Annis, H.M. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation
- Anthony, JC., & Helzer JE (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In LN Robins, DA Regier (Eds), *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press
- Applegate, B., Lahey, B. B., Hart, E. L., Waldman, I., Biederman, J., Hynd G. W., (1997). Validity of the age of onset criterion for ADHD: a report from the DSM IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:1211-1221.
- Araluce, KJ. (2002). Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica en toxicomanía. *Patología dual o trastornos duales*. En *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Edit Iraurgi I y González-Saiz F. Ediciones Aula Médica.
- Ardila, A., Roselli, M., and Strumwasser, S. (1991). Neuropsychological effects of cocaine abuse. *Int. J. Neurosci*. 57: 73–79
- Argimon Pallás, JM^a. & Jiménez Villa, J. (2007). Sujetos a incluir en un análisis. En: *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Tercera Edición. Edit: Elsevier,
- Arias, AJ., Gelernter, J., Chan, G., Weiss, RD., Brady, KT., Farrer, L., & Kranzler HR. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addict Behav*. Sep; 33(9):1199-207.
- Arias, F., López-Ibor, JJ., & Ochoa, E. (1997). Comorbilidad psiquiátrica en dependientes a opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*, 9:235-55
- Arias Horcajadas, F. & Fernández Rojo, S. (2003). Trastornos Psicóticos. En *Tratado SET de Trastornos Adictivos*, Editorial Medica Panaamericana,.
- Aron, W.S., & Daily, D.W. (1976). Graduates and splitees from therapeutic community drug treatment programs: A comparison. *The International Journal of the Addictions*, 11, 1-18.
- Aronson, TA., Craig, TJ. (1986). Cocaine precipitation of panic disorder. *Am J Psychiatry*. May;143(5):643-5
- Astals, M., Díaz, L., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., Bulbena, A., Torrens, M. (2009). Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: an 18-month follow-up study. *Int J Environ Res Public Health*. , 6(11):2822-32.
- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, CC., Tato, J., Vazquez, JM., Martín-Santos, R. & Torrens M. (2008) Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse*.;43(5):612-32.
- Babor, T.; Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health and Research World*, 13: 371-374.
- Back, SE., Dansky, BS., Carroll, KM., Foa, EB., & Brady KT. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures. *J Subst Abuse Treat*, 21:35–45.
- Back, S. E., Brady, K. T., Jaanimägi, U. y Jackson, J. L. (2006). Cocaine dependence and PTSD: a pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive Behaviors*, 31, 351-354.
- Back, S. E., Sonne, S. C., Killen, T., Dansky, B. S. y Brady, K. T. (2003). Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine dependence or alcohol dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 169-189.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull*. Sep;82(5):738-83

- Back, S., Dansky, B. S., Coffey, S. F., Saladin, M. E., Sonne, S. y Brady, K. T. (2000). Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*, 9, 51-62.
- Ball, S. A. (2001). Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: introduction to special section. *Journal of Personality*, 69, 147-153
- Ballesteros, J., & Ariño, J. (1995). Utilidad del Michigan Alcoholism Sreening Test (MAST) en la evaluación del alcoholismo. En Rodríguez-Pulido F, Sierra-López A (Eds). *La investigación epidemiológica de las drogodependencias*, 113-125. Las Palmas: ICEPSS Editores.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona: Martinez- Roca, 1987).
- Barber, J. P., Frank, A., Weiss, R. D., Blaine, J., Siqueland, L., Moras, K., Calvo, N., Chittams, J., Mercer, D., & Salloum, I. M. (1996). Prevalence and correlates of personality disorder diagnosis among cocaine dependent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297– 311
- Barkley, RA., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol.*, 111:279-289.
- Barkley, RA., Murphy, K., & Bauermeister, J. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Barkley, RA., Murphy, KR. & Fischer, M. (2008). *El TDAH en adulto. Lo que nos dice la ciencia*. J&C Ediciones Médicas.
- Barlow, DH., & Lehman, CL. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. Implications for national health care. *Arch Gen Psychiatry*, Aug;53(8):727-35.
- Barnes, L. L. B., Harp, D., & Jung, W. S. (2002). *Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*. Educational and Psychological Measurement, 62, 603–618.
- Barrio G. F. L., Royuela L., Diaz A., & Rodriguez-Artalejo F. (1998). Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. *J Epidemiol Commun Health*, 52: 172–80.
- Bartlett, E., Hallin, A., Chapman, B., & Angrist, B. (1997). Selective sensitization to the psychosis-inducing effects of cocaine: a possible marker for addiction relapse vulnerability? *Neuropsychopharmacology*, 16:77–82.
- Bartzokis, G., Beckson, M., Lu, P., Edwards, N., Rapoport, R., Wiseman, E. & Bridge, P. (2000). Age-related brain volume reductions in amphetamine and cocaine addicts and normal controls: implicatios for addiction resear. *Psychiatry Research : Neuroimaging* , 98,93-102
- Beary, MD., Lacey, JH. & Merry, J. (1986). Alcoholism and eating disorder in women fertile age. *Br J Addiction*, 81:685-689
- Bechara, A. (2003). Risky business: emotion, decision-making and addiction. *J. Gambl. Stud.*, 19, 23-51.
- Bechara, A., (2004). The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain Cogn.* 55, 30–40.
- Bechara, A., (2005). Decision-making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat. Neurosci.* 8, 1458–1463.
- Bechara, A., & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction. Part I: Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40, 1675–1689
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision-making and the orbitofrontal cortex. *Cereb. Cortex*, 10, 295–307
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hinds, A., Anderson, S.W., Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-389.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition*. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation

- Becker, M.H. & Mainan, L.A. (1975). *Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Becoña, E. & Vázquez, FL. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis
- Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 2007. Vol. 28(1): 11-20
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación de trastorno? *Adicciones*, 26(3):173-184
- Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbins, T. W. & Everitt, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320(5881), 1352-1355.
- Bell, M., Greig, T., Gill, P., Whelahan, H & Bryson, G. (2002). Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 53, 63-68
- Beresford, TP., Clapp, L., Martin, B., Wiberg, JL., Alfors, J., & Beresford, HF. (2005). Aripiprazole in schizophrenia with cocaine dependence: a pilot study. *J Clin Psychopharmacol*. Aug; 25(4):363-6.
- Biederman, J., Faraone, SV., Knee, D., & Munir, K. (1990). Retrospective assessment of DSM-III attention deficit disorder in non-referred individuals. *J Clin Psychiatry*, 51:102-106
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J., & Faraone, S.V., (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am. J. Psychiatry* 152, 1652-1658.
- Bleiberg, J.L., Devlin, P., Croan, J., & Briscoe, R. (1994). Relationship between treatment length and outcome in a therapeutic community. *International Journal of the Addictions*, 29, 729-740.
- Bolla KI, Rothman R & Cadet JL. (1999). Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11:361-369
- Botvin, G. (1999). «Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions». En M.D. Glantz & C.R. Hartel (Es.), *Drug abuse. Origins & interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Boutros, NN., Gelernte, J., Gooding, DC., Cubells, J., Young, A., Krystal, JH., & Kosten, T. (2002). Sensory gating and psychosis vulnerability in cocaine-dependent individuals: preliminary data. *Biol Psychiatry*. Apr 15;51(8):683-6
- Boutros, NN., Gooding, D., Sundaresan, K., Burroughs, S., & Johanson, CE. (2006). Cocaine-dependence and cocaine-induced paranoia and mid-latency auditory evoked responses and sensory gating. *Psychiatry Res.*, 145(2-3):147-54. Epub 2006 Oct 31.
- Brady K, Anton R, Ballenger JC, Lydiard RB, Adinoff B, & Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1990 Sep;147(9):1164-7.
- Brady, K., Casto, S., Lydiard, RB., Malcolm, R., & Arana, G. (1991a). Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 17(4):389-97.
- Brady, K. Myrick MD y Sonne S. Co-occurring Addictive and Affective Disorders. En Graham, Schultz. Mayo-Smith, Ries y Wilford. *Principles of Addiction Medicine*. 3th Edición. 2003 American Society of Addiction Medicine.
- Brady, KT., Dansky, BS., Back, SE., Foa, EB., & Carroll, KM. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat*, 21:47-54.
- Brady, KT., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry.*, 162(8):1483-93.
- Brady, KT., Sonne, SC., Anton, R., & Ballenger JC (1995): Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: A pilot study. *J Clin Psychiatry*, 56:118 -121.
- Brady, KT. (2004). Substance Dependence and Anxiety Disorder. In Kranzel HR y Tinsley JA. *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment*.
- Brady, K. T., Lydiard, R. B., Malcolm, R. & Ballenger, J. C. (1991b). Cocaine-induced psychosis. *J Clin Psychiatry*, 52, 509-512.
- Breakey, WR., Goodell, H., Lorenz, PC., & McHugh, PR. (1974). Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychol Med*. Aug;4(3):255-61
- Brewnrtton, TD., Lydiard, RB., Herzog, DB., Brotam, AW., O'Neil, PM. & Ballenger, JC. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J Clin Psychaitric*, 56:77-80
- Broome, K.M., Flynn, P. M., & Simpson, D. D. (1999). Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. *Health Services Research*, 34(3), 791-806.

- Brooner, RK., King, VL., Kidroff, M., Schmidt, CW.Jr., & Bigelow, GE. (1997). Psychiatric and substance use Comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 54:71-80
- Brower, KJ., Hierholzer, R., & Maddahian, E. (1986). Recent trends in cocaine abuse in a VA psychiatric population. *Hosp Community Psychiatry*, 37(12):1229-34
- Brown, ES., Nejtek, VA., Perantie, DC., & Bobadilla, L. (2002). Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar Disord.*, 4:406–411.
- Brown, ES., Nejtek, VA., Perantie, DC., Orsulak, PJ., & Bobadilla, L. (2003). Lamotrigine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence. *J Clin Psychiatry*, 64:197–201.
- Brown, RA., Monti, PM., Myers, MG., Martin, RA., Rivinus, T., Dubreuil, ME., Rohsenow, DJ. (1998). Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatry*, 155(2):220-5.
- Brown, R. A., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Ramsey, S. E. (2001). Anxiety sensitivity: Relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. *Addictive Behaviors*, 26, 887–899.
- Buchholz KK, Cadoret R, Cloninger CR et al., A new semi-structured psychiatry interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. *J Stud Alcohol* 1994;55:149-158
- Bukoski, W.J. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. En C.G. Leukefeld & W.J. Bukoski (Eds)- Estudios sobre intervenciones en prevención del uso de drogas: aspectos metodológicos. Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Bulik, CM., Sullivan, P. & Slof MC. (2004) Comorbidity of eating disorders and substance-related disorders. En: *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment*. Kranzerl HR y Tinsley JA. Edit: Marcel Dekker.
- Bunt, G., Muehlbach, B. & Moed, C. (2008). The therapeutic Community: an international perspective. *Substance Abuse* 29(3).
- Burge V, Felts M, Chenier T & Parrillo. Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in US high school students. *J Sch Health* 1995;65:222–227
- Burns, L., & Teeson, M. (2002). Alcohol use disorders comórbido with anxiety, depression and drug use disorders. Finding from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*, 68:299-307
- Caballero, L. (1998). *Psicosis cocaínica. Congreso Anual de Socidrogalcohol*:Tarragona,
- Caballero, L. (2005b). Una perspectiva evolucionista sobre las drogas y las drogodependencias. En Sanjuán J. *La profecía de Darwin*, Barcelona: Ars Médica,
- Caballero, L. (2005a). *Adicción a la cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calabrese, JR., Shelton, MD., Bowden, CL., Rappport, DJ., Suppes, T., Shirley, ER., et al (2001): Bipolar rapid cycling: Focus on depression as its hallmark. *J Clin Psychiatry* 62(suppl 14):34–41.
- Calero, A., Krug, I., Davis, K., Lopez C., Fernandez- Aranda F. & Treasure J.. (2008). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Psychiatry*, Volume 23, Supplement 2, April Page S184
- Calsyn, DA., & Saxon, AJ. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Int J Addict*, 25: 1037-1049.
- Camí, J. & Farré, M. (2003). Drug addiction. *N Engl J Med*. Sep 4;349(10):975-86.
- Camí, J, Farre, M, Gonzalez, ML, Segura, J, & De la Torre, R. (1998). Cocaine metabolism in humans alter use of alcohol. Clinical and research implications. *Recent Dev Alcohol*, 14:437-455.
- Campbell, BK., & Stark, MJ. (1990) Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *Int J Addict.*, 25:1467-74.
- Campos Ródenas, R. & Zapata Usabel, M. (1999). En: Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales. Ed: Salvanés R y Álamo C.. *Servicios de Publicaciones*. Universidad de Alcalá,
- Caplehorn, JR. (1993). A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance treatment, *The International Journal of Addictions*, 29(11): 1361-1375.
- Caplehorn, JR., McNeill, DR., & Kleinbaum, DG. (1993) Clinic policy and retention in methadone maintenance, *The International Journal of the Addictions*, 28(1): 73-89.
- Caplehorn, JR., Irwig, L., Saunders, JB. (1996a) Attitudes and beliefs of staff working in methadone clinics, *Substance Use & Misuse*, 31(4): 437-452. Caplehorn, JR., Irwig, L., & Saunders, JB. (1996b). Physicians' attitudes and retention of patients in their methadone maintenance program, *Substance Use & Misuse*, 31(6): 663-

677. Capone, CT., Lopez, Haggerty, EL, Acer, K., Melchionda, R., Holley, E., Adams, H., & Logan, F. (1994). Client variables associated with selection and outcome in a methadone tapering program, *The International Journal of the Addictions*, 29(3): 387-394. Carlat, D J., Camargo, C A., Jr., & Herzog, DB. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-32.

- Carroll, JF., & McGinley, JJ. (2000). An agency follow-up outcome study of graduates from four inner-city therapeutic community programs. *J Subst Abuse Treat*, 18(2):103-18.
- Carroll, KM., Nich, C., & Rounsaville, BJ. (1995): Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis*, 183:251-259.
- Carroll, KM., & Rounsaville, BJ. (1992) Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 49:464-471.
- Carroll, KM., Rounsaville, BJ. & Gordon, LT. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51:177-187
- Carroll, K. M. & Rounsaville, B. J. (1993) History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 75-82
- Carroll, JF., & McGinley, JJ. (2000). An agency follow-up outcome study of graduates from four inner-city therapeutic community programs. *J Subst Abuse Treat*, 18(2):103-18.
- Carlson, MJ., & Gabriel, RM. (2001) Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment, *Psychiatric Services*, 52(9): 1230-1236
- Casares-López, MJ., González Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, JR. & Álvarez, MM.. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: En prisión y en comunidad terapéutica. *Int J Clin Health Psychol*. May; 10(2):225-243
- Castaneda, R., Levy, R., Hardy, M., & Trujillo, M., (2000). Long-acting stimulants for the treatment of attention-deficit disorder in cocaine-dependent adults. *Psychiatr. Serv.*, 51, 169-171.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. & Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescents substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Caton, C., Hasin, D., Shrout, P., Drake, R., Dominguez, B., Samet, S., & Schanzer B. (2006). Predictors of Psychosis Remission in Psychotic Disorders that Co-Occur with Substance Use. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4):618-25.
- Caton C. L., Hasin D. S., Shrout P. E., Drake R. E., Dominguez B., First M. B. et al. (2007). Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *Br J Psychiatry*, 190: 105-11.
- Caton, CL., Drake, RE., Hasin, DS., Dominguez, B., Shrout, PE., Samet, S., & Schanzer, B. (2005). Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Arch Gen Psychiatry*. Feb;62(2):137-45
- Chambless, D., Chorney, J., Caputo, C., & Rhoenstein, B. (1987) Anxiety disorders and alcoholism. a study with inpatient alcoholics. *J Anxiety Disord*. 1:29-40
- Chandler, DW., & Spicer, G. (2006). Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Community Ment Health J.*, 42(4):405-25.
- Charney, D.A., Palacios-Boix, J., Negrete, J.C., Dobkin, P.L., & Gill, K.J. (2005). Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment. *Psychiatric Services*, 56(8): 927-33.
- Chen C. Y., & Anthony J. C. (2004). Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology*, 172: 78-86.
- Christie, KA., Burke, J. Jr., Regier, DA., Rae, DS., Boyd, JH., Locke BZ. (1988). Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry*, 145:971-975.
- Claude, H. (1933). *Psiquiatría Médico Legal*. Madrid: Espasa Calpe.
- Cloninger, C. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Clure, C., Brady, K. T., Saladin, M. E., Johnson, D., Waid, R., & Rittenbury, M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: Symptom pattern and drug choice. *American Journal of Drug and Alcohol*, 25, 441-448.

- Cochrane, C., Malcolm, R., & Brewerton, T. (1998). The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addict Behav.*, (2):201-7.
- Coffey, S. F., Saladin, M. E., Drobos, D. J., Brady, K. T., Dansky, B. S. & Kilpatrick, D. G. (2002). Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 115-127.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. 2nd Ed. London: Erlbaum.
- Collins, J.J., & Allison, M. (1983). Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 1145-1149.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., & Conway, K. P., Colliver J. D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry*; 162: 1494–502.
- Compton, WD. 3rd, Cottler LB, Ben Abdallah A, Phelps DL, Spitznagel EL, Horton JC. (2000). Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates. *Am J Addict*, 9:113-125.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66:677–685.
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 890–895
- Condelli, WS., & Hubbard, RL. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *J Subst Abuse Treat.*, 11(1):25-33
- Condelli, WS. & De Leon. (1993). Fixed and Dynamic Predictors of Client Retention in therapeutic communities. *J Subst Abuse Treat.*, 10(1):11-6.
- Condelli, W.S. (1986). Client evaluations of therapeutic communities and retention. In G. De Leon & J.T. Ziegenfuss, Jr. (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Condelli, W.S. (1989). External pressure and retention in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, 10, 21-33.
- Condelli, W.S. (1994). Domains of variables for understanding and improving retention in therapeutic communities. *International Journal of the Addictions*, 29, 593-607.
- Condelli, W.S., & Dunteman, G.H. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 239-244.
- Condelli, W.S., & Hubbard, R.L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 25-33.
- Conner, KR., Pinquart, M., & Holbrook, AP. (2008) Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug Alcohol Depend.*, 98(1-2):13-23
- Conners, CK., Erhardt, D., & Sparrow, E. *Conners adult ADHD rating scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 1999.
- Consejería de Igualdad y Bienestar Social. *XI Informe "La población andaluza ante las drogas*, en prensa
- Consejería de Igualdad y Bienestar Social. *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*. (2010) Disponible en :
 - http://www.cibs.junta-andalucia.es/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Planes/II_PASDA/II_PLAN_ANDALUZ_SOBRE_DROGAS_Y_ADICCIONES.pdf
- Cooper, JR. Bloom, FE. & Roth, RR. (1982). *The biochemical basis of neuropharmacology*. New York, Oxford, Oxford University Press.
- Corcos, M., Nezelof S., Speranza, M., Topa, S., Girardon, N., Guilbaud, O. et al.,. (2001). Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behav.*, 2(1):27-38.
- Cottler, LB., Compton, WM., Mager, D., Spitznagel EL, & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry*, 149:664–670.

- Cottler, LB., Robins, LN., & Helzar, JE. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *Br J Addiction*, 84:80-4
- Craig, RJ., & Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the MCMI: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9:249-55.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 21:87-94.
- Crawford V. (1996). Comorbidity of substance misuse and psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 9:231-234.
- Crisp, AH. (1968). Primary anorexia nervosa, *Gut*; 9 :370-372
- Croughan, J., Miller, J., Wagelin, D., Whitman, B. (1982). Psychiatric illness in male and female narcotic addicts. *J Clin Psychiatric*, 43:225-228
- Crum, RM., & Anthony, JC. (1993) Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug Alcohol Depend.* , 31(3):281-95.
- Cubells, JF., Feinn, R., Pearson, D., Burda, J., Tang, Y., Farrer, LA., Gelernter, J. & Kranzler, HR. (2005). Rating the severity and character of transiente cocaine-induced delusions and hallucinations with a new instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). *Drug and Alcohol Dependence* , 80 23-33
- Cuffel, BJ. (1992). Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J Nerv Ment Dis.* , 180(9):589-92
- Cumyn, L., French, L., Hechtman, L.. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry.* , 54(10):673-83.
- Cunningham-Williams, RM., Cottler, LB., Compton, WM., Spitznagel, EL., Ben-Abdallah, A. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *J Gambl Stud.*,16(4):347-76
- Curran, C., Byrappa, N., McBride, A. (2004). Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry.*, 185:196-204.
- Cushman, P., Forbes, R., Lerner, W., & Stewart M. (1985.) Alcohol Withdrawal syndromes: clinical management with lofedidine, *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 9: 103-108.
- Custer, R. L. (1984) Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12, Suppl. 2):35-38.
- Cyr, JJ., McKenna Folley, JM., & Peacock, E. (1985). Factor Structure of SCL-90-R: is there one. *Journal of Personality Assessment*;49:571-578
- Dackis, CA., & O'Brien, CP. (2002). Cocaine dependence: the challenge for pharmacotherapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 15:261-8.
- Dalley, J. W., Fryer, T. D., Brichard, L., Robinson, E. S., Theobald, D. E., Lääne, K. et al. (2007). Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*, 315(1267), 1267-1270.
- Damasio, AR. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* , 29;351(1346):1413-20
- Damasio, A.R., (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Grosset/Putnam, New York.
- Danksy, B., Brewerton, T., Kilpatrick, DG., & O'Neil, PM. (1997) . The National Women's Study: relationship of crime victimization and PTSD to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*;21:213-228
- Darke, S., Wodak, A., Hall, W., Heather, N & Ward, J. (1992b). Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users. *British Journal of Addiction*, 87:771-776
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., y Ward J. (1992a). Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87, 733-42.
- Darke, S., Heather, N., Hall, W., Ward, J., y Wodak, A. (1991). Estimating drug consumption in opioid users: Reliability and validity of a recent use episodes method. *British Journal of Addiction*, 86, 1311-1316.
- Darke S (1998). The effectiveness of methadone treatment 3: moderators of treatment outcome. In: Ward J., Mattick R.P. & Hall W. (Ed.) *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (Amsterdam, Harwood Academic Publishers).

- Davis, J. R. & Tunks, E. (1991) Environments and addiction: A proposed taxonomy. *The International Journal of the Addictions*, 25(7A & 8A):805-26.
- De Groot, MH., Franken, IH., Van der Meer, CW., & Hendriks, VM. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *J Subst Abuse Treat.* ,24(2):115-20
- De Jong, CAJ., Van den Brink, W., & Jansen, JAM. (1993). Sex role stereotypes and clinical judgement: how therapist view their alcoholic patients. *J Subst Abuse Treatment*, 10:383-389.
- De Leon, G. (2000a). *The therapeutic community: theory, model and method*. New York, NY: Springer Publishers.
- De Leon, G (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones*. Edi: Desclée de Brouwer, Bilbao.
- De Leon, G. (1988a). *The Therapeutic Communities: Psychopathology and Substance Abuse* (NIDA grant no.R01-DA-03860). Rockville, MD:National Institute on Drug Abuse,
- De Leon, G., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K.. (2000b). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*,26(3): 461-80.
- De Leon, G. & Jainchill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness and suitability (CMRS) as correlates of treatment tenure, *Journal of Psychoactive Drugs*, 8:203-208
- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Melnick, G. (2000c). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *J Subst Abuse Treat.* Dec;19(4):375-82.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D. & Jainchill. (1994). Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scale):predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20 (4):495-515.
- De Leon, G., & Schwartz, S. (1984)Therapeutic communities: what are the retention rates? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 10(2):267-84.
- De Leon G. (1986). Therapeutic Community Research: Overview and Implication. En : *Therapeutic Communities for Addictions*. De Leon G y Ziegenfuss. Charles C Thomas, Publisher
- De Leon, G. (1996).Comunidades terapéuticas adaptadas a los pacientes con diagnóstico dual, En; Diagnóstico Dual; J.Solomon, S.Zimberg, E. Shollar, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- De Leon, G. (1974). Psychopathological signs among male and female drug free residents. *J Addict Dis* 1 (2):135-151.
- De Leon, G. (1984). *The Therapeutic Community: study of effectiveness*. DHHHS Pub.No.(ADM)84-1286. Washington, DC:Supt. Of Docs,U.S.Govt. Print.Off.,
- De Leon, G., Skodol, A. & Rosenthal, MS. (1973). Changes in psychopathological signs of resident drug addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 28:131-135,
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse: What we are learning from research in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities.En R.W. Pickens, C.G. Leukefeld y C.R.Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment*. NIDA Research Monograph Series, nº 106. Rockville, MD: US.Department of Health and Human Services.
- De Leon, G., Melnick, G. & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 169-189
-
- De Leon, J., & Diaz, F.J., (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr. Res.* 76, 135–157.
- Dekel, R., Benbenishty, R., & Amram, Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: prediction of long-term outcomes. *Addict Behav.*, 29(9):1833-7
- Dermatis H, Galanter M, Egelko S, Westreich L. Schizophrenic Patients and Cocaine Use: Antecedents to Hospitalization and Course of Treatment. *Subst Abus.* 1998 Dec;19(4):169-177
- Dhossche, D., & Rubinstein, J. (1996). Drug detection in a suburban psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry*, 8:59–69
- Di Chiara, G. (1999)Drug addiction as dopamine- dependent associative learning disorder. *Eur J Pharmacol*, 375:13-30.
- Di Sclafani, V., Tolou-Shams, M., Price, LJ. & Fein, G. (2002). Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine or crack-cocaine and alcohol at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 66:161-171.
- Dickerson, M. & O'Connor, J. (2006) *Gambling as an addictive behavior*.Cambridge University Press.
- Dimeff, L., Comtois, KA. & Linehan, MM. (2003). Co-occurrieng addictive and borderline personality disorders. En: Graham, Schultz, Moayo-Smith, Ries y Wilford. *Principles of Addiction Medicine* .3th Edition.American Society of Addiction Medicine.Maryland,

- Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Curi, M., Hounie, A. G., Brotto, S. A. et al. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 22–27.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J., & Frances, A. (1990). Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports. *Schizophr Bull.*, 16(1):69-79.
- *Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones de las Neurociencias*. (2009) Ed: Sociedad Española de Toxicomanía.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. En: Donabedian, A., *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. 1. (Michigan, Ann Arbor: Health Administration Press).
- Donat, DC., Walters, J., & Hume, A. (1992). MCMI differences between alcoholics and cocaine abusers: effect of age, sex and race. *J Per Assess.*, 58:96-104.
- Douglas, KR., Chan, G., Gelernter, J., Arias, AJ., Anton, RF., Weiss, RD., Brady, K., Poling, J., Farrer, L., & Kranzler, HR. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addict Behav.*, 35(1):7-13
- Dowdeswell, G.F. (1876). *Observations on the properties and action of the leaf of the Coca plant, Erythroxylon Coca*. The Lancet, London.
- Drummond DC (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96:33-46
- Drummond DC. (1992). Problems and dependence: chalk and cheese or bread and butter?. In: Malcolm Lader, Griffith Edwards, D. Colin Drummond Eds. *The nature of alcohol and drug related problems*. Oxford University Press.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572.
- DuPaul, G., Power, T., & Anastopoulos, A. (1998). *ADHD rating scales, IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry, *British Journal of Addiction*, 81: 171-183.
- Edwards, G., & Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J., & Room, R. (Ed.) (1977). *Alcohol-related disabilities*, WHO Offset Publ. No. 32 (Geneva, WHO).
- Egelko, S., & Galanter, M. (1998). Impact of social anxiety in a "therapeutic community"--oriented cocaine treatment clinic. *Am J Addict.*;7(2):136-41.
- Eisenberg, M., & Fabelo, T. (1996). Evaluation of the Texas correctional substance abuse treatment initiative: The impact of policy research. *Crime & Delinquency*, 42, 296-308
- Eland-Goossens, A.M., Van de Goor, I.A.M., Benschop, A.J., & Garretsen, H.F.L., (1998). Profiles of heroine addicts in different treatment conditions and in the community. *J. Psychoactive Drugs*, 3, 11–20.
- Elman I, Breiter HC, Gollub RL, Krause S, Kantor HL et al. Depressive symptomatology and cocaine-induced pituitary-adrenal axis activation in individuals with cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:39-45
- Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADADES). Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>
- Erickson, J.R., Stevens, S., McKnight, P. y Figueredo, A.J. (1995). Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 135-150
- Erlenmeyer, A. (1885). Über die Wirkung des Cocain bei der Morphiumentziehung. *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 8.
- Esbensen, F.A. & Elliott, D.S. (1994). Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents. *The Journal of Drug Issues*, 24, 75-97.
- Escobar J & Vega W. (2006). Cultural issues and psychiatric diagnosis: providing a general background for considering substance use diagnoses. *Addiction*, 101 (Suppl.1):40-47
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). Annual Report 2009: El problema de la drogodependencia en Europa. Descargado de : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adicction (2010). Cocaine: a European Union perspective in the global context. Descargado de : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/cocaine>

- Everitt, B. J. & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 1481-1489.
- Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W. & Robbins, T. W. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drugseeking habits and addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B. Biological Sciences*, 363, 3125-3135.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London. Routledge.
- Falck R. S., Wang J., Carlson R. G., & Siegal H. A. (2000). Crack cocaine use and health status as defined by the SF-36. *Addict Behav*; 25: 579-84.
- Falck, RS., Wang, J., Carlson, RG. (2008). Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend.*, 98(1-2):24-9.
- Falck, RS., Wang, J., Siegal, HA., Carlson, RG. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis.*, 192(7):503-7.
- Faraone, SV., Biederman, J., Spencer, TJ., Mick, E., Murray, K., Petty, C., Adamson, JJ., & Monuteaux, MC.. (2006). Diagnosis adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnosis valid? *Am j psychiatry*, 163:1720-1729
- Faraone, SV., Biederman, J., Feighner, JA., Monuteaux, MC. (2000). Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? *J Consult Clin Psychol.*, 68:830-842
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R. et al., (1998). Substance misuse and psychiatric Comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addict Behav*; 23:909-918
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins R et al. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric Comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*, 179:432-437
- Fasano, A., Barra, A., Nicosia P., Rinaldi, F., Bria, P., Bentivoglio, AR., & Tonioni, F. (2008). Cocaine addiction: from habits to stereotypical-repetitive behaviors and puning. *Drug Alcohol Depend.*, 96(1-2):178-82.
- Fawcett, J., Clark, D., Gibbons, R., Aagesen, CA., Psiani, VD. et al., (1984). Evaluation of lithium therapy for alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 45:494-499
- Feighner, JP., Robins, E., Guze, SB., Woodruff, RAJ., Winokur, G., & Muñoz, R. (1972). Diagnosis criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 26:57-63
- Fernandez-Aranda, F., Poyastro Pinheiro, A., Thornton, L.M., Berrettini, W.H., Crow, S., Fichter, M.M., et al. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res.*, 157, 147-157.
- Fernández-Hermida JR, Secades-Villa R, Fernández-Ludeña JJ, Marina-González PA. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study. *Eur Addict Res.*, 8(1):22-9.
- Fernández-Montalvo, J. & Lorea, I. (2007). Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 30 (2): 225-231.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, JJ., & Landa, N. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a cocaína: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*; 29: 79-98.
- Fernández-Montalvo, J. *Tratamiento del juego patológico*. Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Investigación y evaluación. Diputación de Cádiz 2005.
- Fernández-Montalvo, J., López, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4: 271-283.
- Fernández-Serrano, MJ., Pérez-García, M., Perales, JC., Verdejo-García, A. (2010b) Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *Eur J Pharmacol.*, 10, 626(1):104-12
- Fernández-Serrano, MJ., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2010a). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neurosci Biobehav Rev.*, en prensa
- Fillmore, MT. & Rush, CR. (2002). Impaired inhibitory control of behavior in chronic cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence.*, 67: 157-167
- First MB & Gladis M M. (1996). Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E (Eds). *Diagnóstico Dual*. Primera Ed. Ediciones en Neurociencias. España.

- Fischer B., Rehm J., Patra J., Kalousek K., Haydon E., Tyndall M. et al. (2006). Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction*, 101: 1760–70.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Fitzgerald LW, Nestler EJ. (1995). Cocaine regulation of signal transduction of pathways. En: Hammer RP, editor. *Neurobiology of cocaine*. USA: CRC Press, Inc.
- Floyd, AG., Boutros, NN., Struve, FA., Wolf, E., & Olivia, GM. (2006). Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 40(2):178-82
- Flynn, P. M., Craddock, S. G., Luckey, J. W., Hubbard RL, & Dunteman. (1996). Comorbidity of antisocial personality and mood disorders among psychoactive substance-dependent treatment clients, *J. Personality Disorders* 10:56–67
- Fonseca, F., Gratacòs, M., Escaramís, G., De Cid, R., Martín-Santos, R., Fernández-Espejo, E., Estivill, X., Torrens, M. (2010). Response to methadone maintenance treatment is associated with the MYOCD and GRM6 genes. *Mol Diagn Ther.*, Jun 1;14(3):171-8.
- Ford, JD., Gelernter, J., DeVoe, JS., Zhang, W., Weiss, RD., Brady, K., Farrer, L, & Kranzler, HR. (2009). Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend.* , 99(1-3):193-203
- Forrest, G. G. (1991). *Chemical dependency and antisocial personality disorder: Psychotherapy and assessment strategies*. New York: Hawthorne Press.
- Fowler, JS., Volkow, ND., Kassed, CA., & Chang, L. (2007). Imaging the addicted human brain. *Sci Pract Perspect*, 3(2):4-16.
- Fowler, R., Liskow, B., & Tanna, V. (1980). Alcoholism, depression and life events. *J Affect Disord*;2:127-135
- Franko, DL., Dorer, DJ., Keel, PK., Jackson, S., Manzo, MP., Herzog, DB. (2008). Interactions between eating disorders and drug abuse. *J Nerv Ment Dis.* ,196(7):556-61
- French, M., Sacks, S., De Leon, G., Staines, G., & McKendrick, K. (1999). Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and cost, *Eval Health Prof*, 22(1): 60-85.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2006). Psychiatric severity and mortality in substance abusers: a 15-year follow-up of drug users. *Addictive Behaviors*, 31(4):559-65.
- Friedman, A. S., & N. W Glickman. 1987. Effects of Psychiatric Symptomatology on Treatment Outcome for Adolescent Male Drug Abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease* ,175 (7): 425-30.
- García Usieto, E. & Pernía Higuera, MC. (2006). Comunidades terapéuticas. En Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Gawin, FH., Herbert, MD. & Klebe, MD. (1986) Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*.43:107-113.
- Gawin, FH., Kleber, HD. (1984). Cocaine abuse treatment: Open pilot trial with desipramine and lithium carbonate. *Arch Gen Psychiatry*, 41:903–909.
- Gawin, FH. (1991). Cocaine addiction, psychology and neurophysiology. *Science*,251:1580-86
- Gelernter, J., Kranzler, HR., Satel, SL., Rao, PA. (1994). Genetic association between dopamine transporter protein alleles and cocaine-induced paranoia. *Neuropsychopharmacology*, 11(3):195-200
- George, TP., Krystal, JH. (2000). Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 13:327-331.
- Gerstein D. The effectiveness of drug treatment. En CP O'Brien y JH Jaffe (Eds). 1992, *Addictive States* (New York, Raven Press).
- Gerstley, L., McLellan, AT., Alterman, AI., Woody, GE., Luborsky, L. & Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146:508-512
- Giannini, AJ., Malone, DA., Giannini, MC., Price, WA., Loiselle, RH. (1987): Treatment of depression in chronic cocaine and phencyclidine abuse with desipramine. *J Clin Pharmacol*, 26:211–214.

- Gillen, RW., Kranzler, HR., Bauer, LO., Bursleson, JA., Samarel, D., Morrison, DJ. (1998). Neuropsychologic findings in cocaine-dependent outpatients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 22: 1061–1076.
- Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gold, MS. (1997). *Cocaína*. Ediciones en Neurociencias. Barcelona
- Gold, MS., & Jacobs, WS. Cocaine and crack: clinical aspects. En Lowinson y cols(eds). *Substance abuse. A Comprehensive Textbook*. Philadelphia (PA):Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 218-251.
- Goldberg D, & Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ*. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson.
- Goldberg DP, & Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9:139-145.
- Goldberg, JF., Garno, JL., Leon, AC., Kocsis, JH., Portera, L. (1999). A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.*, 60(11):733-40.
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, & Slanetz PJ. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on scientific affairs, American Medical Association. *JAMA*, 279-1100-1107.
- Goldman, D., Oroszi, G. & Ducci, F. (2005) The genetics of addictions: Uncovering the genes. *Nature Reviews Genetics* 6(7):521–32
- Goldman, M. S., Boca, F. K. D. & Darkes, J. (1999) Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. In: *Psychological theories of drinking and alcoholism*, ed. K. E. Leonard & H. T. Blane. Guilford Press.
- Goldman, M. S., Brown, S. A. & Christiansen, B. A. (1987) Expectancy theory: Thinking about drinking. In: *Psychological theories of drinking and alcoholism*, ed. H. T. Blaine & K. E. Leonard. Guilford Press.
- Goldstein, RZ., Leskovan, AC., Hoff, AL., Hitzemann, R., Bashan, F., Khalsa, SS. et al (2004). Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia* 42: 1447–1458.
- Goldstein, R.Z., & Volkow, N.D., (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry*, 159, 1642–1652.
- González de Rivera JL, Derogatis LR, De las Cuevas C, Gracia Marco R, Rodríguez Pulido F, Henry Benítez M, & Monterrey AL. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R*. Normative data in the general population. Towson. Clinical Psychometric Research
- González Sáiz, F., De Leon, G., Macías, C.G., Lillo, P., Varela, L., Castro, E., Gómez, E., Ruiz, N., Montañés, M. & Salvador- Carulla, L. (1998). *La motivación y las actitudes ante el tratamiento como predictores de abandono precoz en Comunidad terapéutica: datos preliminares de la adaptación de la escala CMRS*. V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz.
- González-Saiz, F., Ballesta-Gómez, R., Bilbao Acedos, I., Lozano Rojas, O. & Gutiérrez Ortega J. (2009). Methadone-treated Patients After Switching to Buprenorphine in Residential Therapeutic Communities: An Addiction-specific Assessment of Quality of Life. *Heroin Addict Relat Clin Probl*; 11(2): 9-20
- González-Saiz, F., Gutiérrez Ortega, J., Bilbao Acedos, I., Ballesta Gómez, R., & Lozano Rojas, O. (2008). Inducción a buprenorfina sublingual desde metadona: estudio clínico descriptivo en una muestra tratada en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*;10(1):49-64
- González-Saiz, F., Ruz Franz, I. & Salvador Carulla, L. (1998). Estudio de detección de probables casos psiquiátricos en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento ambulatorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 23 (2):161-168
- González Saiz, F. (2007). Some remarks concerning proposals for dimensional criteria for substance use disorders in DSM-IV. *Addiction*, 102: 827-829
- González-Saiz, F. (1997) *Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- González-Sáiz, F., Salvador-Carulla, L., Martínez, J.M., López, A., & Ruz, I. (2002). Estudio de validez y fiabilidad de la versión española de la entrevista clínica Opiate Treatment Index (OTI). En I. Castillo y F. González-Sáiz (eds.): *Instrumentos para la evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica, 133-153.
- González-Saiz, F.; Iraurgi, I.; Martínez-Delgado JM. Instrumentos para la evaluación de abuso y dependencia de sustancias. En *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Médica Paramericana.2006

- González-Saiz, F.; Iraurgi, I.; & Salvador-Carulla, L. (2002) Teoría de la medida e instrumentos de evaluación en drogodependencias. Cuestiones básicas. En, Iraurgi, I. y González-Saiz, F., *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias* (Madrid. Aula Médica).
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug Alcohol Depend*, 57:89–98.
- Gossop, M.; Darke, S.; Griffiths, P.; Hando, J.; Powis, B.; Hall, W.; & Strang, J. (1995) The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamines users, *Addiction*, 90, 607-614.
- Grant, B. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *J Stud Alcohol*, 5:464-473
- Grant, BF, Dawson DA, Hasin DS. (2001). *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version*. Bethesda, Md: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Grant, BF., & Harford, TC. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend*, 39:197-206
- Grant, BF. (1995) Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *J Subst Abuse.*, 7: 481-97.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, J., & Pickering, R. P. (2004). Cooccurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61:361–368.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry* 46:1–5.
- Grant, I., and Judd, L. L. (1976). Neuropsychological and EEG disturbances in polydrug user. *Am. J. Psychiatry*, 133: 1039–1042.
- Graña, J. L. & García, A. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J.L. (1994). Factores de aprendizaje en las drogodependencias. En: E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (coord.), *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Green, A.I., (2005). *Treatment of schizophrenia and substance abuse*. In: Proc Sympos Am Psychiatr Assoc (APA) Ann Meeting, Atlanta, May 21–26.
- Greenberg, B., Hall, DH., & Sorensen, JL. (2007). Methadone maintenance therapy in residential therapeutic community settings: challenges and promise. *J Psychoactive Drugs*. Sep;39(3):203-10
- Greenfield, L., Burgdorf, K., Chen, X., Porowski, A., Roberts, T., & Herrell, J. (2004). Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 30:537–50.
- Grella, CE., Joshi, V., & Hser, YI. (2003) Followup of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat*, 25(3):155-64
- Grilo, CM., White, MA., & Masheb, RM. (2009), DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 42(3):228-34
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M., Fischer, G., & Casas, M. (2005). Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry.*, 4(3):173-6.
- Haasen C., Prinzeve M., Zurhold H., Rehm J., Guttinger F., Fischer G. et al. (2004). Cocaine use in Europe—a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res*, 10: 139–46.
- Halikas, JA., Crosby, R., Pearson, V., Nugent, S., & Carlson, G. (1994). Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Cocaine Abusers. *American Journal on Addictions*, 3(1): 1521-0391.
- Hall, GW., Carriero, NJ., Takushi, RY., Montoya, ID., Preston, KL. & Gorelick, DA. (2000). Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry*, 157:1127-1133
- Hamilton, M. (1958). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*; 32:50.

- Harris, D., & Batk,i SL. (2000). Stimulant psychosis: symptom profile and acute clinical course. *Am J Addict.*, 9(1):28-37
- Harrison, SR., Toriello, P., Pavluck, A., Ellis, R., Pedersen, E., Gaiennie, R., & Kissinger, P. (2007). The impact of a brief induction on short-term continuation in a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 33(1):147-53.
- Hartgers, C., Van den Hoek, JA., Coutinho, RA., & Van der Pligt, J. (1992). Psychopathology, stress and HIV-risk injecting behaviour among drug users. *Br J Addict.*, 87(6):857-65.
- Hartgers, C., Van den Hoek, JA., Coutinho, RA., & Van der Pligt, J. (1992). Psychopathology, stress and HIV-risk injecting behaviour among drug users. *Br J Addict.* , 87(6):857-65.
- Hasin, D., Liu, X., Nunes, E., McCloud, S., Samet, S., & Endicott, J. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry.* , 59(4):375-80
- Hasin, D., Nunes, E. & Meydan, J. (2004). Comorbidity of Alcohol, drug and psychoatric disorders: epidemiology. En: *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment*. Marcel Dekker. New York.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., Waxman, R. (2006). Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Users Assessed With the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry.*, 163(4):689-96
- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153:1195-1201,
- Hasin, DS., Grant, BF., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patient with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1023-1031
- Hasin, DS., Trautman, KD., & Endicott, J. (1998). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders. Phenomenological based diagnosis in patients who abuse alcohol or drugs. *Psychopharmacology Bulletin*,34(1):3-8
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 696-704
- Hatsukami D. K., (1996). Fischman M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA*, 276: 1580–8.
- Healey, C., Peters, S., Kinderman, P., McCracken, C., & Morriss, R. (2009). Reasons for substance use in dual diagnosis bipolar disorder and substance use disorders: a qualitative study. *J Affect Disord.* , 113(1-2):118-26
- Hearn, WL., Rose, S., & Wagner, J. (1991).Cocaethylene is more potent than cocaine in mediating lethality. *Pharmacol Biochem Behav*, 39:531-533.
- Heather, N.; Booth, P.; & Luce, A. (1998) Impaired Control Scale: cross-validation and relationships with treatment outcome, *Addiction* 93 (5): 761-771.
- Heimberg, RG., Dodge, CS., Hope, DA., Kennedy, CR., Zollo, L., & Becker, RE. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognit Ther Res*, 14:1-23
- Heimberg, RG., Salzman, DG., Holt, DC., & Blendell, KA. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Cognit Ther Res*, 4:325-339
- Heimer, L., Zahm, DS., Churchill, L., Kalivas, PW., & Wohlmann, C. (1993). Specificity in the projection patterns of accumbal core and shell in the rat. *Neuroscience*, 3:41-89.
- Helzer, J., Van den Brink, W. & Guth S (2006). Should there be both categorical and dimensiona criteria for the substance use disorders in DSM-V? *Addiction*,101(Suppl.1):17-22
- Hendriks, V. M. (1990). *Addiction and psychopathology: A multidimensional approach to clinical practice*. Rotterdam: European Addiction Research Institute. Thesis.
- Hser, Y-I., Evans, E., Huang, D., & Anglin, DM. (2004) Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services*, 55(7); 767-774.
- Herbeck, D.M., Hser, Y.I., Lu, A.T., Stark, M.E., Paredes, A. (2006). A 12-year follow-up study of psychiatric symptomatology among cocaine-dependent men. *Addictive Behaviors*, 31(11):1974-87.
- Herrero, MJ., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, MT., & ITINERE Investigators. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction.*, 103(2):284-93
- Herrero, MJ., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, MT., Gutierrez F & ITINERE Investigator. (2008b).Personality profile in Young current regular users of cocaine. *Subst Use Misuse*, 43 (10): 1378-1394

- Herzog, DB., Franko, DL., Dorer, DJ., Keel, PK., Jackson, S., & Manzo, MP. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* , 39(5):364-8
- Hessewlbrock, M., Meyer, R., & Keener, J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1050-1055
- Hester, R., Dixon, V. & Garavan, H. (2006). A consistent attentional bias for drug-related material in active cocaine users across word and picture versions of the emotional Stroop task, *Drug and Alcohol Dependence*, 28:251-257.
- Hien, D. (1996). Consideraciones especiales sobre los pacientes esquizofrénicos con diagnóstico dual y sus familiares. En: *Diagnóstico Dual*. Edi: Solomon J, Zimberg S y Shollar E. Ediciones en Neurociencia.
- Hiroi, N. & Agatsuma, S. (2005) Genetic susceptibility to substance dependence. *Molecular Psychiatry*, 10:336-44.
- Hiss, H., Foa, EB., & Kozak, MJ. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* , 62(4):801-8.
- Holderness, C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of the literature. *Int J Eat Disor*, 16:1-35
- Honer, WC., Gewirtz, G. & Turey, M. (1988). Psychosis and violence in cocaine smokers. *The Lancet*: 22;2(8556):451.
- Horger, BA., & Roth, RH. (1996) .The role of mesofrontal dopamine neurons in stress. *Crit Rev Neurobiol*; 10:395-418.
- Huang, B., Dawson, DA., Stinson, FS., Hasin, DS., Ruan, WJ., Saha, TD., et al.. Prevalence, correlates and Comorbidity of nonmedical prescription drug use disorders in the United States: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67:1062-1073,2006
- Hubbard, RL., Craddock, SG., Flynn, PM., Anderson, J., Etheridge, RM. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav*, 11:261-78.
- Hudson, JL., Weiss, RD., Pope, HG., McElroy, SK., & Mirin, SM. (1992). Eating disorders in hospitalized substance abusers. *American Journal of drug and alcohol abuse*,18(1):75-85
- Hursh, S. R., Galuska, C. M., Winger, G. & Woods, J. H. (2005). The economics of drug abuse: A quantitative assessment of drug demand. *Molecular Interventions*, 5:20-28.
- *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*, Plan Nacional sobre Drogas, 2008. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>
- Iturbe, KJ. (2002). Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica en toxicomanías. Patología o trastornos duales. En Iraurgi-Castillo I & Gonzalez-Saiz F. *Instrumentos de Evaluación en drogodependencias*. Aula Médica Ediciones.
- Jekel, JF., Allen, DF., Podlewski, H., Clarke, N., Dean-Patterson, S., & Cartwright, P. (1986). Epidemic free-base cocaine abuse. Case study from the Bahamas. *Lancet*, 1 (8479):459-62
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism* (Hillhouse, New Brunswick).
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Broome, K.M: (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Adicction*, 93, 1177-90.
- Johann, M., Bobbe, G., Putzhammer, A., & Wodarz, N. (2003). Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: Differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1527-1534.
- Jonas, JM. & Gold, MS. (1986). Cocaine abuse and eating disorders. *Lancet*,1,8477,390
- Jovanovski, D., Erb, S. & Zakzanis, KK. (2005). Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27:189-204.
- Kadden, RM., Kranzler, HR., Rounsaville, BJ. (1995): Validity of the distinction between "substance-induced" and "independent" depression and anxiety disorders. *Am J Addict* , 4:107-117
- Kadden RM. Project MATCH: treatment main effects and matching results. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 Nov;20(8 Suppl):196A-197A

- Kalayasiri, R., Kranzler, HR., Weiss, R., Brady, K., Gueorguieva, R., Panhuysen, C, et al. (2006). Risk factors for cocaine-induced paranoia in cocaine-dependent sibling pairs. *Drug and Alcohol Dependence*, 84:77-84
- Kalbag, A.S., & Levin, F.R. (2005) Adult ADHD and substance abuse: Diagnostic and treatment issues. *Substance Use & Misuse*, 40(13–14), 1955–1981
- Kalivas PW & McFarlad K. (2003). Brain circuitry and the reinstatement of cocaine-seeking behaviour. *Psychopharmacology (Berl)*,168:44-56
- Kalivas, PW., & Duffy, P. (1993).Time course of extracellular dopamine and behavioral sensitization to cocaine. *J Neurosci*, 13: 266-75.
- Kalivas, PW. (2002). Neurocircuitry of addiction. In: Davis, KL., Charney, D., Coyle, JT., Nemeroff, C., Eds. *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.;1357-66.
- Kalivas, PW. (1993) Neurotransmitter regulation of dopamine neurons in the ventral tegmental area. *Brain Res Rev.*,18:75-8.
- Kalman, D., Morissette, S.B., George, T.P., (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am. J. Addict.* 14, 106–123.
- Kaminer, Y., Tarter, R. E., Bukstein, O. G., & Kabene, M. (1992). Comparison between treatment completers and noncompleters among dsually diagnosed substance-abusing adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1046– 1049
- Kandel, D. B. (Ed.) (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 292, 345-377.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. & Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent Structure. *Social Psychology Quarterly*, 49(2):110-128
- Kaye, S., & Darke, S. Injecting and non-injecting cocaine use in Sydney, Australia: physical and psychological morbidity. *Drug Alcohol Rev.* 2004 Dec;23(4):391-8.
- Kayman, DJ., Goldstein, MF., Deren, S., & Rosenblum, A. (2006) Predicting treatment with a brief "Opinions About Methadone" scale. *Journal of Psychoactive Drugs* ,38(1): 93-100..
- Kendler, K. S., Bulik, C.M., Silberg, J.,Hettema, J.M.,Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953–959.
- Kennemer, K., & Goldstein, S. Incidence of ADHD in adults with severe mental health problems. *App/ Neuropsychol.* 2005;12(2):77-82
- Kessler R. C., Nelson C. B., McGonagle K. A., Edlund M. J., Frank R. G., & Leaf P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*, 66: 17–31.
- Kessler, RC. & Merikangas, KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R):background and aims.*Int J Methods Psychiatr Res*, 13:60-68,2004
- Kessler, RC., Adler, L., Barkley, R. ,Biederman, J., Conners, CK., Demler, O.,et al. (2006) .The prevalence and correlatos of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:716-723.
- Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, KR., et al. (2003) . National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, Jun 18, 289(23):3095-105.
- Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, KR., & Walters, EE. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, Jun;62(6):593-602
- Kessler, RC., Chiu, WT., Demler, O., Merikangas ,KR., & Walters, EE. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.*, Jun;62(6):617-27.

- Kessler, RC., Crum, RM., Warner, LA., Nelson, CB., Schulenberg, J., et al., (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54:313-321
- Kessler, RC., McGonagle, KA., Zhao, S., Nelson, CB., Hughe, SM., Eshle, ManS., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 8-19.
- Kessler, RC. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 15; 56(10):730-7.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., et al. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442–1451.
- Khantzian, E., & Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry*;42:1067-1071
- Khantzian, E.J., 1985. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142, 1259–1264
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- King, V. L., Brooner, R. K., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., & Mirsky, A. F. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 487–495
- Kleber, HD., & Gawin, FG. (1984). Cocaine Abuse: a review of current and experimental treatments. In: Grobowski J. *Monograph Series NIDA 50: Cocaine: Pharmacology, effects and treatment of abuse*.
- Kleinman, PH., Miller, AB., Millman, RB., Woody, GE., et al. (1990) Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis*. 178:442–447
- Knight, K., Simpson, D.D., Chatham, L.R., & Camacho, L.M. (1997). An assessment of prison-based drug treatment: Texas' in-prison therapeutic community. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 75-100
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostagianni, C. (1998). Personality disorders in alcoholics and drug abuse patients. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87– 94
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995) EuropASI: european adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence, *European Addiction of Research*, 1, 208-210.
- Koob, GF. . (2000). Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies. *Ann N Y Acad Sci*, 909:170-85.
- Koob, GF. (2004). Allostatic view of motivation: implications for psychopathology, in *Motivational Factors in the Etiology of Drug Abuse* (Nebraska Symposium on Motivation, Vol 50). Lincoln, University of Nebraska Press..
- Koob, GF. (2008). Neurobiology of Addiction. En *Substance Abuse Treatment*, Ed. Galanter M y Kleber HD. Fourth Edition. American Psychiatric Publishing.
- Koob, G. F. & LeMoal, M. (2006). *Neurobiology of addiction*. Elsevier Academic.
- Koob, G. F. & LeMoal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(5335):52–58.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts*. Berwyn, PA: Swets & Zeitlinger.
- Kraemer, H., Noda, A. & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *J Psychiatr Res*, 38:17-25.
- Kranh, DD. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. *J Substance Abuse*, 3:239-253
- Kranzler, HR., Kadden, RM., Babor, TF., & Rounsaville, BJ. (1994a). Longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*. , 182(5):277-83
- Kranzler, HR., Mueller, T., Cornelius, J., Pettinati, HM., Moak, D., Martin, PR., Anthenelli, R., Brower, KJ., O'Malley, S., Mason, BJ., Hasin, D., & Keller M. Sertraline treatment of co-occurring alcohol dependence and major depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb;26(1):13-20.

- Kranzler HR, Satel S, & Apter A. (1994b) Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Compr Psychiatry*, 35: 335-340.
- Krueger, R. F., Watson, D. & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491-493.
- Krug, I., Pinheiro, AP., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Masuet, C., Agüera, Z., & Fernández-Aranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups *Psychiatry Clin Neurosci.* , 63(1):82-7
- Krug, I., Treasure, J., Anderlueh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D., & Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug Alcohol Depend.*, 97(1-2):169-79
- Kruzich, PJ., & See, RE. (2001). Differential contributions of the basolateral and central amygdala in the acquisition and expression of conditioned relapse to cocaine-seeking behavior. *Journal of Neuroscience*, 21: RC155(1-5).
- Kubose, S. (2000). ADHD in adults: are the current diagnostic criteria adequate? *NeuroPsychiatry Rev*, 1
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Langenbucher, J., Bavly, L., Labouvie, E., Sanjuan, P. M., & Martin, C. S. (2001). Clinical features of pathological gambling in an addictions treatment cohort. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 77-79.
- Lasky-Su, J., Biederman, J., Doyle, A. E., Wilens, T., Monuteaux, M., Smoller, J.W., & Faraone, S. (2006). Family based association analysis of statistically derived quantitative traits for drug use in ADHD and the dopamine transporter gene. *Addictive Behaviors*, 31(6), 1088-1099.
- Latimer, WW., Ernst, J., Hennessey, J., Stinchfield, RD., & Winters, KC. (2004). Relapse among adolescent drug abusers following treatment: the role of probable ADHD status. *J Child Adolesc Subst Abuse.*, 13:1-16.
- Lejuez, CW., Zvolensky, MJ., Daughters, SB., Bornovalova, MA., Paulson, A., Tull, MT., Ettinger, K., & Otto, MW. (2008). Anxiety sensitivity: a unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behav Res Ther.* , 46(7):811-8
- Leshner, AI. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278: 457.
- Lesieur, HR., Blume, SB., & Zoppa, RM. (1986). Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcohol, Clin Exp Res*, 10:33-38
- Lesieur, HR. & Blume, SB. (1987). The South Oask Gambling Screen (the SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*, 144:1184-1188
- Levin, FR., Evans, SM., & Kleber, HD. (1998) Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend.* , 52(1):15-25
- Levin, FR., Evans, SM., Vosburg, SK., Horton, T., Brooks, & D., Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addict Behav.*, 29:1875-1882.
- Levin., FR., & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biol Psychiatry.*, 15;56(10):738-48
- Levin, FR., Sullivan, MA., & Donovan, SJ. (2003). Co-occurring addictive and attention deficit/hyperactivity disorders and eating disorders. In : Graham AW; Schultz TK; Mayo-Smith MF; Ries RK y Wilford BB. *Principles of Addiction Medicine*. 3th Edition, American Society of Addiction Medicine.
- Levin, FR. (2007). Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in patients with Substance Use Disorders, *J Clin Psychiatry*, 68 (suppl 11):9-14
- Levin, F. R., Evans, S. M., McDowell, D. M., Brooks, D. J., Nunes, E. (2002). Bupropion treatment for cocaine and adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Addictive Disorders* , 21(2):1-16.
- Silva de Lima, MS., Reisser, AA., & Soares, BG. (2003). Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.*, (2):CD002950.
- Limpam, RS., Cov, L. & Shapiro, AK. (1979). The Hopkins Symptom Checklist. Factors derived from the SCL-90. *Psychopharmacology Bulletin*, 13:43-45
- Lizasoain, I., Moro, M. A. & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14, 57-64.

- Lizasoain I; Moro MA y Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. (2001). En: Pascual P, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. *Adicciones*, 13 (2):37-46
- Llopis, J.J. Dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia por Cocaína. (2001). En: Pascual P, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. *Adicciones*, 13, Supl. 2: 147-166.
- Llorente del Pozo, JM., Fernández Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de future. *Adicciones*, 11(4): 329-336.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, MJ., & Artal, J. (1986) Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16:135-140.
- López, A., & Becoña, E. (2007). Depression and cocaine dependence. *Psychol Rep.*, 100(2):520-4
- López Durán A ;Becoña Iglesias E; Casete Fernández L, LAge López MT, Díaz Castro E y otros. Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 2007; 9(3):215-27
- López Durán, A., & Becoña Iglesias, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22(2):205-211
- Lopez Durán, A., & Becoña Iglesias, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 19(3): 578-583
- Lorea Conde, I. (2006). *Características clínicas, comorbilidad psicopatológica y rendimiento neuropsicológico en adictos a la cocaína en tratamiento ambulatorio*. Trabajo presentado para la obtención de la tesis doctoral. Universidad Pública de Pamplona.
- Lorea, I., Fernandez-Moltalvo, J., López-Goñi, J., & Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCM-II. *Adicciones*, 21(1):57-64
- Louie, AK., Lannon, RA., & Ketter, TA. (1989). Treatment of cocaine-induced panic disorder. *Am J Psychiatry*, 146(1):40-4.
- Lozano, O.M., Rojas, A., Pérez, C., Apraiz, B., Sánchez, F., & Marín, A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 99-109.
- Lozano, O.M., Rojas, A.J., & Pérez, C. (2006). *Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud específico para drogodependientes*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Lucas, AR. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Lewis M. *Child and adolescent Psychiatry: a comprehensive Textbook*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G., & Basso, C. (2010). Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Eur Heart J.*, 31(3):318-29.
- Lydiard, RB., Brawman-Mintzer, O., & Ballenger, JC. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol.*, 64(4):660-8.
- Lyskey, MT., & Fergusson, DM. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *J Abnorm Child Psychol.*, 23(3):281-302
- Lysaker, P., Bell, M., Beam-Goulet, J., & Milstein, R. (1994). Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.*, 182(2):109-12.
- Maglione, M., Chao, B., & Anglin, D. (2000). Residential treatment of methamphetamine users: correlates of drop-out from the California Alcohol and Drug Data Systems (CADDSS), 1994–1997. *Addict Res*, 8:65–79.
- Mahoney, JJ. 3rd., Kalechstein, AD., De La Garza, R. 2nd., & Newton, TF. (2008). Presence and persistence of psychotic symptoms in cocaine- versus methamphetamine-dependent participants. *Am J Addict.*, 17(2):83-98
- Majewska, MD. (1996). *Cocaine addiction as a neurological disorder: implications for treatment*. NIDA Res Monogr.; 163:1-26.
- Mancebo, MC., Grant, JE., Pinto, A., Eisen, JL., & Rasmussen, SA. (2009) .Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *J Anxiety Disord*, 23(4):429-35
- Mannuzza, S., Klein, RG., Klein, DF., Bessler, A., Shrout, P. (2002). Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 159:1882-1888
- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2003). Persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies? *Journal of Attention Disorders*, 7(2):93–100.

- Manschreck, TC., Laughery, JA., Weisstein, CC., Allen, D., Humblestone, B., Neville, M., Podlewski, H., & Mitra, N. (1988). Characteristics of freebase cocaine psychosis. *Yale J Biol Med.* , 61(2):115-22
- Marcus, RN., & Katz, JL. (1990). Inpatient care of the substance-abusing patient with a concomitant eating disorder. *Hosp Commun Psychiatry*,41:59-63
- Maremmani, I., Pacini ,M., Perugi, G., Deltito, J., & Akiskal, H. (2008). Cocaine abuse and the bipolar spectrum in 1090 heroin addicts: clinical observations and a proposed pathophysiologic model. *J Affect Disord.* , 106(1-2):55-61
- Margolin, A., Kosten, TR., Avants, SK., Wilkins, J., Ling, W., Beckson, M, et al (1995): A multicenter trial of bupropion for cocaine dependence in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend*, 40:125–131.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M., Hammond, P., Knight, J., Randhawa, K., & Wright, C. (2009). National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Lancet*,374(9697):1262-70
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehman, P., Edwards, C., & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction*, 93 (12): 1857-1867.
- Marshall, JR. (1994). The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bull Menninger Clin.* ,58(2 Suppl A):A58-66. Review.
- Martín Nieto, F. (2008). *Programas asistenciales en drogodependencias*. Manuales prácticos para periodistas. Unión de asociaciones y entidades de atención al drogodependiente (UNAD).
- Martin, P. & Petry, N. (2005). Are non-substance-related addictions really addictions? *American Journal on Addiction*,14:1-7
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, JM., Imaz, ML., Navinés, R., Pascual, JC., & Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European JPsychiatry*, 20:147-156.
- Martín-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyás, E., Pacifici, R., Farré, M., Pichini, S., de la Torre, R. (2010). 5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study. *Addict Biol.* , 15(1):15-22.
- Marzuk, PM., Tardiff, K., Leon, AC., Stajic, M., Morgan, EB., & Mann, JJ. (1992). Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *Am J Psychiatry*, 149:371–375
- Mathias, AC., Vargens, RW., Kessler, FH., & Cruz, MS. (2009). Differences in Addiction Severity Between Social and Probable Pathological Gamblers among substance abusers in treatment in Rio de Janeiro. *Int J Ment Health Addiction*, 7(1):239-249
- Matellanes, M. (2000). Analisis de la Evolución de las respuestas asistenciales en drogodependencias durante la última década. *Papeles de psicólogos*, noviembre ,nº77.
- Mattsson, MB., Williams, HV., Rickels, K., Lipman, RS., & Uhlenhuth, EH.(1969). Dimensions of the symptom distress in anxious neurotic outpatients. *Psychopharmacology Bulletin*, 5:19-32
- Mazor, SS., Mycyk, MB.,Wills, BK., Brace, LD., Gussow, L., & Erickson, T. (2006). Coca tea consumption causes positive urine cocaine analysis., *Eur J Emerg Med.* 13(6):340-341.
- McCaul, ME., Sviki, DS., & Moore, RD. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend.* Mar 1;62(1):9-17.
- McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczyński, A. & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Stoddard, A., Hindin, R., Bigelow, C., Zorn, M., Garfield, F., Frost, R., Love, C., & Lewis, B. (1995). The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *Am J Public Health.* Oct; 85(10):1426-9.
- McDermott, MJ., Tull, MT., Gratz, KL., Daughters, SB., & Lejuez, CW. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *J Anxiety Disord.*, 23(5):591-9
- McDowell, DM., Levin, FR., Seracini, AM., & Nunes, EV. (2000). Venlafaxine treatment of cocaine abusers with depressive disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse.* , 26(1):25-31
- McGeary, KA., French, MT., Sacks, S., McKendrick, K., & De Leon, G. (2000). Service use and cost by

mentally ill chemical abusers: differences by retention in a therapeutic community. *J Subst Abuse.*, 11(3):265-79.

- McGue, M., Slutske, W., & Iacono, W.G., (1999). Personality and substance use disorders. II. Alcoholism versus drug use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 394–404.
- McKay, J. R., Pettinati, H. M., Morrison, R., Feeley, M., Mulvaney, D. & Gallop R. (2002). Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 225-235.
- McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D.I., Hides, L. (2006) The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction.*, 101(10):1473-8
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; & Argeriou, M. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A.T., & Durell, J. (1996) Outcome evaluation in psychiatric and substance abuse treatments. Concepts, rationale and methods. En: Sereder LI & Dickey B (Eds) *Outcomes assessment in clinical practice* (Baltimore, Williams & Wilkins)
-
- McMahon, R. C., & Richards, S. K. (1996). Profile patterns, consistency, and change in the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II in cocaine abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 75– 79.
- McMahon, R. C., Flynn, P. M., & Davidson, R. S. (1985). The personality and symptom scales of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 862–866.
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. y Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescent and adult substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 485-506.
- Merikangas, K., Risch, N., & Weissman, M. (1994). Comorbidity and co-transmission of alcoholism, anxiety, and depression. *Psychological Medicine*, 24, 69–80.
- Messina, N., Wish, E., & Nemes, S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 26:207–27.
- Mestre, J., Torrens, M., Domingo, A., Astals, M., Díaz, L., Fonseca, F., Herrero, M.J., Mateu, G., & Martín-Santos, R. (2010). Evaluation of an instrument to detect psychiatric comorbidity among substance users: the Dual Diagnosis Screening Interview (DDSI). (In press)
- Meyer, E. (1925). Vebeb iorphisms,cocainismo and deu missbrauch ordenador narkotiko. *Med Klinik*,20:401
- Miech, R. A., Chilcoat H., & Harder V. S. (2005). The increase in the association of education and cocaine use over the 1980s and 1990s: evidence for a 'historical period' effect. *Drug Alcohol Depend*, 79: 311–20.
- Miele, G.M., Carpenter, K.M., Smith, Cockerham, M., Trautman, K.D.,Blaine, J.M., & Hasin, D.S. (2000).Substance Dependence Severity Scale (SDS): reliability and validity of a clinical-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.*, 59:63-75.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Wilens, T., & Chu, M.P. (1997a). Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders. Findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children. *Am J Addict*, 6(4):318-29.
- Milby, J.B., Sima, M.K., Khuder S., Schumache, J.E., Huggins, N., McLellan, A.T., Woody, G., & Haas, N. (1996).Psychiatric Comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*,22:95-107
- Miller, N.S., & Fine, J. (1993). Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders. *Psychiatr Clin North Am.*, 16(1):1-10.
- Miller, W.R.; Westerberg, V.S.; Waldron, H.B. (1995) Evaluating alcohol problems in adults and adolescent, In: Hester, R.K.; Miller, W.R. (Eds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approach: Effective Alternatives* (Massachusetts, Allyn & Bacon)
- Millon, T. (1969). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona. Salvat.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III. Manual* (adaptación española de Cárdenas V y Sánchez P) Madrid: TEA.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

- Mitchell, J., & Vierkant, AD. (1991). Delusions and hallucinations of cocaine abusers and paranoid schizophrenics: a comparative study. *J Psychol.* , 125(3):301-10
- Modestin, J., Kayser-Rapold, S., Wehrl, MV., Neuenschwander, M., Malti, T. (2007). A comparative study on dual patients with affective disorder. *J Affect Disord.* , 102(1-3):109-14
- Modesto-Lowe, V., Pierucci-Lagha, A., & Kranzel, HR. (2004). Substance Abuse and Mood Disorders. In Krazler HR and Tinsley JA. *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment*. Marcel Dekker, 2nd Edit.
- Molina, BS., & Pelham, WE. Jr. (2003) Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol.* , 112(3):497-507
- Monterosso, JR., Aron, AR., Cordova, X., Xu, J. & London, ED. (2005). Deficits in response inhibition associated with chronic methamphetamine abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 79:273-277
- Moratalla, R. (2008). Neurobiología de la cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(3):143-150
- Moreno Pérez, P., Lozano Rojas, O. & Rojas Tejada, A. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en paciente con dependencia a opiáceos. *Adicciones*, 22(1):65-72
- Morgello, S., Holze, CE. 3rd, Ryan, E., Young, C., Naseer, M., Castellon, SA., Frol, AB., Atkinson, JH., Gelman, BB., Grant, I., & Singer EJ. (2006). Interrater reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected cohort: experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium. *Int J Methods Psychiatr Res.*; 15(3):131-8.
- Moss, RH. & Moss, BS. (1995). Stay in residential facilities and mental health care as predictors of readmission for patients with substance use disorders, *Psychiatric Services*, 46 (1):66-72
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Miles, K. M. (2000). *The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness*. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph172/download172.html>.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A., (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict. Behav.*, 23, 717–734.
- Mulas, F., Mattos, L., Hernández-Muela, S., & Gandía, R. (2005). Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Rev Neurol*, 40 (Suppl 1):S49-55.
- Mulder, R., Frampton, CM., Peka, H., Hampton, G., & Marsters, T. (2009). Predictors of 3-month retention in a drug treatment therapeutic community. *Drug Alcohol Rev.* , 28(4):366-71.
- Muñoz, PE., Vázquez-Barquero, JL., Rodríguez, F., Pastrana, E., & Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42:139-158.
- Muñoz Rodríguez, PE. (2000). Test de cribado en la práctica clínica. En: Antonio Bulbena Vila rrasa, Germán E. Berrios, Pedro Fernández de Larrinoa Palacios. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Masson.
- Murhpy, K., & Gordon, M. (1998). Assessment of adults with ADHD. In Barkley RA, ed. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *J Clin Psychol*, 61: 607-19
- Murphy, P., Schachar, R. (2000). Use of self-rating in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry.*, 157:1156-1159
- Muthén, B. (2006). Should substance use disorders be considered as categorical or dimensional? *Addiction*, 101(Suppl.1):6-16
- Myrick, H. & Brady, K. T. (1997). Social phobia in cocaine-dependent individuals. *American Journal on Addictions*, 6, 99-104.
- Nace, E. P., Davis, C. W., & Gaspari, J. P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *Archives of General Psychiatry*, 148, 118– 120.
- Najavits, LM., & Lester, KM. (2008). Gender differences in cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend.* Sep 1;97(1-2):190-4
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., Frank, A., Crits-Cristoph, P., Thase, M & Weiss, R. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 214-219.

- Najavits, L. M., Runkel, R., Neuner, C., Frank, A., Thase, M., Crits- Christoph, P. & Blaine, J. (2003). Rates and symptoms of PTSD among cocaine dependent patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 601-606.
- Nwakeze, PC., Magura, S., & Demsky, S. (1997). Patient and program effects on retention in methadone treatment: A preliminary report, *Journal of Maintenance in the Addiction*, 1(1): 63-74
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8, 1445-1449
- Newcomb, M. D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- NIDA. Research Report Series. (2009). *Cocaine: Abuse and addiction*. NHI Publication Number 99-4342. Disponible en : <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRCocaine.pdf>.
- Nielsen, AL., & Scarpitti, FR. (2002). Predicting Retention in a Therapeutic Community for Incarcerated Substance Abusers *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(3): 47-65.
- Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R., & Torrens, M. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res.*, 13(4):192-200.
- Nunes, EV. & Rosecan, JS. (1990). Neurobiología Humana. En Cocaína.Ed:Spitz HI y Rosecan JS ,Ediciones en Neurociencias. Barcelona.
- Nunes, EV., & Deliyannides, DA. (1996).Investigación en el Diagnóstico Dual. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E (Eds). *Diagnóstico Dual*. Primera Ed. Ediciones en Neurociencias.España.
- Nunes, EV., McGrath, PJ., Quitkin, FM., Ocepek-Welikson, K., Stewart, JW., & Koenig, T. (1995). Imipramine treatment of cocaine abuse; possible boundaries of efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 39:185-195.
- Nunes, EV. McGrath, PJ., Wager, S., & Quitkin, FM. (1990b). Lithium treatment for cocaine abusers with bipolar spectrum disorder. *Am J Psychiatry*, 147:655-657.
- Nunes, E.V., Liu, X., Samet, S., Matseoane, K., & Hasin, D. (2006a). Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10):1561-7.
- O'Brien, M. S., Wu, I. & Anthony, J. C. (2005). Cocaine use and the occurrence of panicks attacks in the community: a case-crossover approach. *Subst Use Misuse*, 40 (3):285-97.
- O'Sullivan, K., Whillans, P., Daly, M., Carroll, B., Clarew, A., Cooney, J. (1983). A comparasion of alcoholics with and without coexisting affective disorder. *Br J Psychiatry*, 143:133-138.
- Ochoa, E., López-Ibor, JJ., Pérez de los Cobos, JC., & Cebollada, A. (1992). Tratamiento de deshabituación con naltrexona en la dependencia de opiáceos. *Actas Luso-Esp Neuro Psiquiatr*, 20:215-29
- Ochoa , E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr*, 28(1):40-52
- Oetting, E. R. & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- O'Leary, TA., Rohsenow, DJ., Martin, R., Colby, SM., Eaton, CA., Monti, PM. (2000). The relationship between anxiety levels and outcome of cocaine abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse.* , 26(2):179-94.
- Organización mundial de la salud (OMS). (2003). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Osher, FC., & Kofoed, LL. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry*, 40:1025-1030.
- Pascual Pastor, F. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones*, Vol. 13. Suplemento 2,7-22
- Pathiraja, A., Marazziti, D., Cassano, GB., Diamond, Bl., & Borison, RL. (1995). Phenomology and neurobiology of cocaine withdrawal:are they related? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 19:1021-1034
- Pavarin, R M. (2006). Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Ann Ist Super Sanita*, 42: 477-84.
- Pedrero Pérez, EJ., Puerta García, C., Segura López, I. & Osorio del Río SM. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6 (3):176-91
- Pedrero Pérez EJ. (2009). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Adicciones.*, 21(1):29-37

- Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255
- Penick, EC., Powell, BJ., Campbell, J., Liskow, Bl., Nickel, EJ., Dale, TM., Thomas, HM., Laster, LJ., & Noble E. (1996). Pharmacological treatment for antisocial personality disorder alcoholics: a preliminary study. *Alcohol Clin Exp Res*, 20,477-484
- Penick, EC., Powell, BJ., Nickel, EJ., Bingham, SF., Riesenmy, KR., Read, MR., & Campbell, J. (1994). Comorbidity of lifetime psychiatric disorders among male alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 18:1289-1293.
- Pérez de los Cobos, J., Santis, R., & Tejero, A. (1999). La medición del craving de sustancias psicoactivas ilegales. *Trastornos Adictivos*, 1: 22-6.
- Pérez de los Cobos J, Siñol N, Puerta C, Cantillano V, López-Zurita C, Trujols J. (2010). Features and prevalence of patients with probable adult attention deficit hyperactivity disorder who request treatment for cocaine use disorders. *Psychiatry Res*, en prensa.
- Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., de Vicente Manzanaro, MP., Oliveras Valenzuela, MA. (2010). Validación del Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) en una muestra de pacientes alcohólicos españoles. *Adicciones*, 1 99-206.
- Petry, NM., & Pietrzak, RH. (2004). Comorbidity of Substance Use and Gambling Disorder. En: Kranzel HR & Tinsley JA. *Dual Diagnosis and Psychiatric Treatment*, Marcel Dekker
- Phillips, J., & Wynne, RD. (1980). Cocaine: The Mystique and the Reality. New York, Avon Books.
- Piazza, PV., Deminière, JM., LeMoal, M., & Simon, H. (1989). Factors that predict vulnerability to amphetamine self-administration. *Science*, 245:1511-1513.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). *Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence*. American Journal of Public Health, vol. 99(2). Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Pisetky, EM., Chao, YM., Dierker, LC., May, AM., & Striegel-Moore, RH. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Int J Eat Disord.*, 41(5):464-70
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2008). Informes de la Comisión Clínica Cocaína,
- Platt JJ. (1997). Cocaine Adicción. Theory, Research and Treatment, Cambridge (Mass):Harvard University Press,
- Polanczyk, G., de Lima, MS., Horta, BL., Biederman, J., & Rohde, LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry.*, 164(6):942-8
- Pomerleau, O.F. & Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Pompei, K., & Resnick, J. (1987). Retention of court-referred adolescents and young adults in the therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 309-325.
- Poole R, Brabbins C. (1996). Drug induced psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 168:135-138
- Post RM. (1975). Cocaine psychoses a continuum model. *Am J Psychiatry*, 132: 225-31
- Post, RM., Weiss, SRB., Pert, A., & Uhde, RW. (1987). Chronic Cocaine administration: Sensitization and kindling effects. In Fisher S, Raskin A, Uhlenhuth EH (eds), *Cocaine: Clinical and Biobehavioral Aspects*. New York, Oxford-University Press.
- Posternak, MA., & Mueller, TI.. (2001). Assessing the risks and benefits of benzodiazepines for anxiety disorders in patients with a history of substance abuse or dependence. *Am J Addict.* , 10(1):48-68.
- Powell, BJ., Penick, EC., Othmer, E., Bingham, SF., & Rice, AS. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *J Clin Psychiatry*, 43:404-407.
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Project MACHT Research Group. (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MACHT post-treatment drinking outcomes, *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Quiroga Romero, E. & Errasti Pérez, JM. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3):393-406

- Raistrick, D.; Bradshaw, J.; Tober, G.; Weiner, J.; Allison, J.; Healey, C. (1994) Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package, *Addiction*, 89, 563-572.
- Raistrick, D.; Dunbar, G.; Davidson, R. (1983) Development of a questionnaire to measure alcohol dependence, *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- Ramos-Quiroga J.A., Bosch-Munsó R., Castells-Cervelló X., Nogueira-Morais M, García-Giménez E., Casas M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica *Rev Neurol*, 42:600-606
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Escuder, G., Castells, X., & Casas, M. (2005). TDAH en el adulto: perspectiva clínica. In Pichot P, Ezcurra J, González-Pinto, A, & Gutiérrez M, eds. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid: Aula Médica.
- Rao, S., Ziedonis, D. & Kosten, T. (1995). The pharmacotherapy of cocaine dependence. *Psychiatric Annals*, 25: 363-368
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1998). Epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. In: M. A. Jenike & L. Baer (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: practical management* (3rd ed). Boston: Mosby
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1995). The Influence of Personality Disorders on Treatment Completion in a Hierarchical Therapeutic Community for Drug Abusers: A Prospective Study. *Eur addict Res*, 1:178-186
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1991b). Changes in antisocial aggressiveness during treatment in a hierarchical therapeutic community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 524-530.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1994). Self-reported depression as a predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 471-479.
- Redish, AD., Jensen, S. & Johnson, A. (2008). A unified framework from addiction: Vulnerabilities on the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*, 31(4): 415-487
- Regier, DA., Farmer, ME., Rae, DS., Locke, BZ., Keith, SJ., Judd, LL., & Goodwin, FK. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, Nov 21;264(19):2511-8.
- Regier, DA., Myers, JK., Kramer, M., Robins, LN., Blzar, DG., Hough, RL., Eaton, WW., & Locke, BZ. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*;41:934-941
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L.L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518
- Reid, MS., Ciple, D., O'Leary, S., Branchey, M., Buydens-Branchey, L., & Angrist, B. (2004). Sensitization to the psychosis-inducing effects of cocaine compared with measures of cocaine craving and cue reactivity. *Am J Addict.*, 13(3):305-15
- Reis, AD., Figlie, NB., & Laranjeira, R. (2006). Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev Bras Psiquiatr.*, 28(3):191-5.
- Retolaza Balsategui A, Mostajo A, De la Rica JR, Díaz de Garramiola, Pérez de Loza J, Aramberrí I & Márquez. (1993). Validación del Cuestionario de salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 13(46):187-194.
- Riggs, PD., Hall, SK., Mikulich-Gilbertson, SK., Lohman, M., & Kayser, A. (2004). A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 43:420-429.
- Robins, LN., Helzer, JE., Croughan, JL., & Ratcliff, K. (1981). The NIMH Diagnostic Interview Schedule. *Archives of general Psychiatry*, 38:381-389
- Robins, LN.; Wing, J.; Wittchen, H-U; Helzer, J.E.; Babor, T.; Burke, J.; Farmer, A.; Jablenski, A.; Pickens, R.; Regier, D.; Sartorius, N.; & Towle, L. (1988) The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Robinson, TE., & Berridge, KC. (1993) The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev*, 18: 247-291.
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2003) Addiction. *Annual Reviews of Psychology*, 54(1):25-53.

- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). *The incentive sensitization theory of addiction: some current issues*. Philosophical Transactions of the Royal Society B (Biological Sciences),.
- Rodríguez- Jiménez, R., Aragües, M., Jiménez- Arriero, G., Muñoz, A., Bagny, A., Hoenicka, J., & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características. *Ivest Clin*; 49 (2):195-205
- Rodríguez-Jiménez, R., Ponce, G., Monasor, R., Jiménez-Jiménez, M., Pérez-Rojo, JA., Rubio, G., et al. (2001). Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol*, 33: 138-44
- Rodríguez-Llera, MC., Domingo-Salvany, A., Brugal, MT., Silva, TC., Sánchez-Niubó, A., Torrens, M. & ITINERE Investigators. (2006). Psychiatric Comorbidity in Young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence.* , 84(1):48-55
- Rogers, R. D. & Robins, T. W. (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 250-257.
- Roncero, C., Ramos, JA., Collazos, F., & Casas, M. (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 13(Supl 2): 179-189
- Room, R. (2006). Taking account of cultural and societal influences in substance use diagnoses and criteria. *Addiction*,101(Suppl.1):31-39
- Ros Soler, A., Valoria Martínez, A. & Nieto Mumuera J. (2004). Consumo de cocaína y otros psicoestimulantes: su relación con el síndrome de hiperactividad infantil. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(6):346-352
- Roselli, M. & Ardila, A. (1996). Cognitive effects of cocaine and polydrug abuse. *Jornal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 18:122-135.
- Rosenblum A, Fallon B, Magura S, Handelsman L, Foote J, Bernstein D. (1999).The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 25(1):67-80
- Rosenthal, RN., & Miner, CR. (1997). Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders. *Schizophr Bull.*,23(2):187-93.
- Ross, HE., Glaser, FB., & Germanson, T . (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1023-1031
- Ross, HE. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric Comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug Alcohol Depend*, 39:111-128
- Ross-Durow, PL., & Boyd, CJ. (2000). Sexual abuse, depression, and eating disorders in African American women who smoke cocaine. *J Subst Abuse Treat.*, 18(1):79-81.
- Rosse, RB., Collins, JP., Fay-McCarthy, M., Alim, TN., Wyatt, RJ., Deutsch, SI. (1994a) Phenomenologic comparison of the idiopathic Psychosis of Schizophrenia and Drug induced cocaine and phencyclidine psychoses: A retrospective Study. *Clinical Neuropharmacology* ,17,4: 359-369.
- Rosse, RB., Fay-McCarthy, M., Collins, JP. Jr., Alim, TN., & Deutsch, SI. (1994b). The relationship between cocaine-induced paranoia and compulsive foraging: a preliminary report *Addiction.*,89(9):1097-104
- Rosse, RB., Johri, SK., Hess, AL., Kendrick, K., Alim, TN., & Deutsch, SI. (1996). A measure of pupillary oscillation as a marker of cocaine-induced paranoia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* , 8(3):347-50
- Rounsaville, BJ., Weissman, M., Crits-Christoph, K., & Wilber, H. (1982b). Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 151-156.
- Rounsaville, BJ., Weissman, M., Kleber, H., & Wilber, C. (1982a). Heterogeneity of psychiatric diagnosis on treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 39:161-168
- Rounsaville, BJ., Anton, SF., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, BA., & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry.* , 48(1):43-51
- Rounsaville BJ. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biol Psychiatry*, 56(10):803-9. Review.
- Rounsaville, B.J., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F., & Meyer, R. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 44:505-513.
- Rounsaville, B.J., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1986). Proposed changes in DSM-III Substance. Use Disorders: Description and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 143(4): 463-468.

- Roy, A. Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. (2001). *Arch Suicide Res.*,13(1):46-51
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279– 297.
- Rubin, E., Aharonovich, E., Bisaga, A., Levin, FR., Raby, WN., & Nunes, EV. (2007). Early abstinence in cocaine dependence: influence of comorbid major depression. , *Am J Addict.*, 16(4):283-90
- Rubio, G., Urosa, B., & Santo Domingo, J. (1998a). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica.*, 5(1):44-7.
- Rush, BR., Bassani, DG., Urbanoski, KA. & Castel, S. (2008). Influence of co-occurring mental and substance use disorders in the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*,103.1847-1856
- Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & Alterman, A. I. (1994). Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 69–76.
- Sacks, S., Banks, S., McKendrick, K., & Sacks, JY. (2008b). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies. *J Subst Abuse Treat.*, 34(1):112-22
- Sacks S, McKendrick K, Sacks JY, Banks S, & Harle M. (2008a). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: main outcomes. *J Subst Abuse Treat.*, 34(1):48-60
- Sacks, S., Sacks, JY. & De Leon, G. (1999). Treatment for MICAs: design and implementation of the modified TC. *J Psychoactive Drugs*, 31(1): 19-30.
- Sacks, S., Sacks, JY., McKendrick, K., Banks, S., & Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: crime outcomes. *Behav Sci Law.*, 22(4):477-501.
- Sáez-Francàs, N., Bosch, R., Ramos-Quiroga, JA., Valero, S., Nogueira, M., Gómez, N., Palomar, G. & Casas, M. (2008). *Validación de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. November Valencia: National Congress of Psychiatry
- Safren, SA., Otto, MW., Sprich, S., Winett, CL., Wilens, TE., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*, 43: 831-42.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 39(3):261-72
- Salokangas, RK., Vilkmán, H., Ilonen, T., Taiminen, T., Bergman, J., Haaparanta, M., Solin, O., Alanen, A., Syvälahti, E., & Hietala, J. (2000). High levels of dopamine activity in the basal ganglia of cigarette smokers. *Am J Psychiatry*, 157:632-634.
- Salvanés, R. & Álamo, C. (1999). Avances en patología dual. Nuevo Siglo, S.L.
- San, L., Arranz, B., & Dueñas, RM. (2002). Dificultades metodológicas en el abordaje del paciente con patología dual. En: Rubio G, López-Muñoz, Álamo C, Santo-Domingo J, eds. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, Madrid, Panamericana.
- San, L., & Arranz, B. (2001). Aproximación terapéutica de la dependencia de cocaína. *Adicciones*, 13, 191-208.
- Sansone, J. (1980). Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse. *International Journal of the Addictions*, 15, 711-736.
- Santis R. & Casas M. (1999). *Diagnóstico Dual. Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional y su encuentro comunitario*. Diputación de Cádiz. Disponible en: http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias6/Diagnxstico_Dual.pdf
- Santo-Domingo, J. (coord.) (2000). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias*. Madrid: Ediciones Aula Médica.
- Sanz, J., & Larrazabal, A. (2002). *Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas*. Comunicación, Tercer Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Sanz, J., García, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.

- Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003a). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288
- Sanz, J., Perdígón, A. & Vázquez, C. (2003b). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Satel, S.L., & Edell, W.S. (1991b). Cocaine-induced paranoia and psychosis proneness. *Am J Psychiatry*, 148(12):1708-11.
- Satel, S.L., McDougle, C.J. (1991c). Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *Am J Psychiatry*, 148(7):947
- Satel S.L., Southwick SM, Gawin FH. (1991a). Clinical features of cocaine-induced paranoia. *Am J Psychiatry*, 148(4):495-7
- Satel, S. L., Kosten, T. R., Schuckit, M. A. y Fishman, M. W. (1993). Should protracted withdrawal be included in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 150, 695-704.
- Saunders, J.B., & Schuckit, M.A., (2006). The development of a research agenda for substance use disorders diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction*, 101(Suppl.1):1-5
- Schäfer, I., & Najavits, L.M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*, 20(6):614-8. Review.
- Schanzer, B.M., First, M.B., Dominguez, B., Hasin, D.S., & Caton, C.L. (2006). Diagnosing psychotic disorders in the emergency department in the context of substance use. *Psychiatr Serv*, 57(10):1468-73.
- Schinka, J. A., Hughes, P. H., Coletti, S. D., Hamilton, N. L., Renard, C. G., Urmann, C. F., & Neri, R. L. (1999). Changes in personality characteristics in women treated in a therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 137– 142.
- Schmitz, J.M., Stotts, A.L., Averill, P.M., Rothfleisch, J.M., Bailey, S.E., Sayre, S.L., & Grabowski, J. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. *Drug Alcohol Depend*, 60(2):189-98.
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B.J., & Schoener, E.P. (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 61:244–251.
- Schubiner, H. (2005). Substance abuse in patients with attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic implications. *CNS Drugs*, 19(8):643-55.
- Schuckit M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101: 76–88.
- Secades Villa, R. & Benavente, M. (2000). Predictores de la retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3):365-371
- Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3):353-363
- Secades Villa, R., Fernández Rodríguez, R. & Fernández Hermida, J.R. (1998). Factores asociados a la retención de heroínómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones*, 10, 53-58.
- Sell, S.B. & Simpson, D.D. (1979). *The effectiveness of Drug Abuse Treatment* (Cambridge, Ballinger)
- Sociedad Española de Patología Dual.(2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/estudio_epidemiologico_PD_CE2008_NOV08.pdf
- Serper, M.R., Alpert, M., Richardson, N.A., Dickson, S., Allen, M.H., & Werner A. (1995). Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 152(10):1464-9.
- Shaffe, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adult. *Am J Psychiatry*, 151:633-638
- Shaner, A., Khalsa, M.E., Roberts, L., Wilkins, J., Anglin, D., Hsieh, S.C.. (1993) Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 150(5):758-62
- Shaner, A., Roberts, L.J., Eckman, T.A., Racenstein, J.M., Tucker, D.E., Tsuang, J.W., Mintz J. (1998). Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatr Serv*, 49(5):684-90

- Sheehan, DV., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl 20): 22-23.
- Sheehan, DV., Lecrubier, Y., Sheehan KH., Amorim, P., Janas, J. & et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10.
- Stewart, SH., & Kushner, MG. (2001). Introduction to the Special Issue on "Anxiety Sensitivity and Addictive Behaviors". *Addict Behav*, 26:775-785
- Siegel, RK., Elsohly, MA., & Plowman, T. (1986). Cocaine in herbal tea. *JAMA*, 255:40.
- Siegel, RK. (1978). Cocaine hallucinations. *Am J Psychiatry*, 135(3):309-14.
- Silva de Lima, M., Farrell, M., Lima, Reisser, AA., & Soares, B. (2010). Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. Feb 17;2:CD002950
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 194(3):204-11.
- Simpson, D. D., Savage, L.J., & Lloyd, M.R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772-780.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *General Archives of Psychiatry*, 38, 875-880.
- Simpson, D.D. (1984). National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) followup research. En F.M. Tims y J.P. Ludford (Eds.), *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects*. NIDA Research Monograph, nº 51. Washington, DC: US Department of Health and Human Services
- Sirotnik, K.A. y Roffe, M.W. (1978). An investigation of the feasibility of predicting outcome indices in the treatment of heroin addiction. *International Journal of the Addictions*, 12, 755-775.
- Skinstad, AH., Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 27:45-64
- Smith, MJ., Thirhalli, J., Abdallah, AB., Murray, RM., Cottler, LB. (2009). Prevalence of psychotic symptoms in substance users: a comparison across substances. *Compr Psychiatry*, 50(3):245-50.
- Sofuoglu, M., & Sewell, RA. (2009). Norepinephrine and stimulant addiction. *Addict Biol*, 14 (2):119-29
- Sofuoglu, M., Brown, S., Babb, D.A., Hatsukami, D.K., (2001). Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 131-137.
- Sonne, SC., & Brady, KT. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *Am J Addictions*; 7: 1-6.
- Sorensen, JL., Andrews, S., Delucchi, KL., Greenberg, B., Gudyish, J., Masson, CL., Shopshire, M. (2009). Methadone patients in the therapeutic community: a test of equivalency. *Drug Alcohol Depend.* ,100(1-2):100-6
- Spielberg, CD. (1983). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, California.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait anxiety inventory*. Palo Alto C.A., Consulting Psychologists Press (version española, TEA, 1982).
- Spielberger, C.D. (1966). *Theory and research on anxiety*, en C.D. Spielberger (ed.), *Anxiety and behavior*, Nueva York: Academic.
- Spitzer, RL., Endicott, J., Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 35:773-782
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1990). *Users guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington: American Psychiatric Press.
- Stack, K., Cortina, J., Samples, C., Zapata, M., & Arcand, LF. (2000). Race, age, and back pain as factors in completion of residential substance abuse treatment by veterans. *Psychiatr Serv*, 51:1157-61.
- Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Steingberg, MA., Kosten, TA., & Rounsaville, BJ. (1992). Cocaine abuse and pathological gambling. *Am J Addict*, 1:121-132

- Stewart, C., & El-Mallakh, RS. (2007). Is bipolar disorder overdiagnosed among patients with substance abuse? *Bipolar Disord*, 9:646-648
- Stockwell, T.; Hodgson, R.J.; Edwards, G.; Taylor, C.; Rankin, H. (1979). The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence, *British Journal of Addiction*, 74: 79-87.
- Stout, JC., Rock, SL., Campbell, MC., Busemeyer, JR. & Finn, PR. (2005). Psychological processes underlying risky decisions in drug abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 148-157
- Stowell, R. J. A. (1991). Adolescent substance abuse: Dual diagnosis issues. *Psychiatric Annals*, 21, 98-104.
- Strain, EC., Stitzer, ML., Liebson, IA., Bigelow, GE. (1998). Useful predictors of outcome in methadone-treatment patients: Results from a controlled clinical trial with three dose of methadone, *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(3): 15-28.
- Strakowski, S.M., DelBello, M.P. (2000). The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 20, 191-206.
- Strand, JG., Benjamin, LS. (1997). Resistance to change in individuals with personality disorders. *Curr Opinion Psychiatry*;10:132-135
- Substance and Mental Health services administration (SAMHSA). Results from the 2009 *National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k8nsduh/2k8Results.pdf>
- Sullener, J.,Kalechstein, A.,Richter, T.,Ling, W., & Newton, T. (1999). Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine. *Am J Psychiatry*;156:1444-1446
- Sullivan, MA., & Levin, F. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann NY Acad Sci.* ,931:251-270.
- Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E.M. (1989) Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar), *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Swann A. (2010). The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Ann N.Y. Acad. Sci*, 1187:276-293
- Swendsen, JD., & Merikangas, KR. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev.* Mar,20(2):173-89
- Swift, M., Williams, G., Neill, O., & Grenyer, B. (1990). The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. *British Journal of Addiction*, 85: 629-634.
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, RJ. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. *Schizophr Res. Sep*;86(1-3):251-5
- Tang, YL., Kranzler, HR., Gelernter, J., Farrer, LA., & Cubells, JF. (2007). Comorbid psychiatric diagnoses and their association with cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent subjects. *Am J Addict.* ,16(5):343-51
- Tang, YL., Kranzler, HR., Gelernter, J., Farrer, LA., Pearson, D., Cubells, JF. (2009). Transient cocaine-associated behavioral symptoms rated with a new instrument, the scale for assessment of positive symptoms for cocaine-induced psychosis (SAPS-CIP). *Am J Addict.*,18(5):339-45.
- Teichner, G., Horner, MD., Roitzsch, JC., Herron, J., Thevos, A. (2002). Substance abuse treatment outcomes for cognitively impaired and intact outpatients. *Addict Behav.* ,27(5):751-63.
- Tejero, A., & Trujols, J. En: Pérez de los Cobos J (coordinador). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Edit: Ars Medica. 2003
- Terán Prieto, A., Casete Fernández, L. & Climent Díaz, B. (2008). Guías Clínicas de Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica: COCAÍNA. Socidrogalcohol.
- theory of deviant behavior to the study of drug use». *Journal of Drug Issues*, 262, 345-377.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, KT., Franko, DL., Dorer, D., Vashchenko, M., & Herzog, DB. (2008). Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *Int J Eat Disord.* , 41(3):203-8
- Tiffany ST, Singleton E, Haertzen CA, Henningfield IE. The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 1993;34:19-28

- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2):147–68.
- Timko, C., & Moos, R.H. (2002). Symptom severity, amount of treatment, and 1-year outcomes among dual diagnosis patients. *Adm Policy Ment Health.*, 30(1):35-54.
- Tims, F., (1995). The Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS): A National Multisite Study of Treatment Effectiveness, symposium presented at the International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Nordwijkerhout, The Netherlands.
- Toneatto, T., & Brennan, J. (2002). Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addict Behav*,27:465-469
- Torrens, M. (2008). Patología Dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4):315,320
- Torrens, M., Astals, M., Martín-Santos, R., & Domingo-Salvany, A. (2005). Evaluación de la comorbilidad Psiquiátrica. Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. investigación y evaluación. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- Torrens, M., Astals, M. & Castillo, C. (2006). Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. En: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Editorial Médica Paramericana.Madrid,
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., Farré, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.*, 78(1):1-22.
- Torrens, M., Gilchrist, G., Domingo-Salvany, A., & the psyCoBarcelona Group. (2010). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug Alcohol Depend.* , en prensa
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Perez-Dominguez, G., & Martin-Santos, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry*; 161:1231-7.
- Torrens Mélich, M., & Martínez-Sanvisens, D. (2009). *Patología Dual.Protocolos de Intervención: Depresión*. Edikamed S.L,Barcelona
- Torrens, M. Patología Dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 2008. Vol20(4):315,320
- Toumbourou, J.W., Hamilton, M., & Fallon, B. (1998). Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction.*, 93(7):1051-64.
- Trujols, J. & Toro, J. Trastorno de la conducta alimentaria y trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Análisis de una interrelación. En : Casas, M. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías..* Ed: ediciones en neurociencias.Barcelona,1992
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: a review and integration. *Clinical Psychology Review*,20,235-253
- Tucker, P. (2009). Substance misuse and early psychosis. *Australas Psychiatry.* , 17(4):291-4.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. & Harris, C.V. (1985). Determinants of substance abuse relapse. En M. Galizio & S.A. Maisto (Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological and environmental factors*. New York: Plenum Press.
- Uhl, G.R., & Grow, R.W.(2004). The burden of complex genetics in brain disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 61:223–229
- UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (2010). United Nations World Drug Report. Disponible en:
 - http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-_SP.pdf.
- Uslaner, J., Kalechstein, A., Richter, T., Ling, W., Newton, T., (1999). Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1444–1446.
- Valmisa, E. *Salud Mental y Drogodependencia*. IV Jornadas Hogar Gerasa, Puerto Real (Cádiz). 2010. Disponible en: <http://hogargerasa.org/30.html>
- Van Os, J., Gilvarry, C. , Bale, R., Van Horn, E.,Tattan, T.,White, L. & Murray, R. (1999).A comparison of the utility of dimensional and categorial representations of psychosis. *UK700 Group.Psychol Med*;29:595-606.

- Van Stelle, KR, Blumer, C., & Moberg, DP. (2004). Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community. *Behav Sci Law.*, 22(4):585-97.
- Van Stelle, K., & Moberg, D. P. (2004). Outcome data for MICA clients after participation in an institutional therapeutic community. *Journal of Offender Rehabilitation*, 39(1) :37- 62
- Vanyukov, M.M., Tarter, R.E., Kirisci, L., Kirillova, G.P., Maher, B.S., Clark, D.B., (2003). Liability to substance use disorders. 1. Common mechanisms and manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, 507–515.
- Vázquez Barquero JL, Ochoteco A, Padierna Acero JA, Antón Sainz JA, Arenal González A, Peña C.El cuestionario de salud general (GHQ) como instrumento de “screening” de patología psiquiátrica en enfermos cardiológicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1982 Jan-Feb;10(1):21-32
- Vázquez-Barquero, J.L. (1993).SCAN.Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría.Madrid: MEDITOR.
- Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L., Artal Simon, J.; Arenal, A., Herrera Castanedo, S., Díez-Manrique, J.F., & Cuesta Nuñez, M.J., Higuera, A. (1994) Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica "Sistema S.C.A.N." ("Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría"), *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 22(3), 109-120.
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56(1): 48-62
- Verdejo-García, A., Lawrence, AJ., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* ,32;777–810
- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, F., Giménez, CO., & Pérez-García, M. (2004a). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse. *Neuropsychol Rev.* , 14(1):1-41.
- Verdejo-García, A., Pérez-García, M., & Bechara, A. (2006). Emotion, Decision-Making and Substance Dependence: A Somatic-Marker Model of Addiction. *Current Neuropharmacology*, 4(1):1-15
- Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, C., Vilar-López, R., Pérez-García, M. (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence. *Drug Alcohol Depend.* , 86(2-3):139-46.
- Verdejo-García, A. (2006).*Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. Trabajo de Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Verdejo-García, A., Aguilar de Arcos, F., & Pérez- García, M. (2004b). Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Revista de Neurología*, 38, 601-606.
- Verheul, R., Van den Brink, W., Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug Addicts: an overview. *Eur Addict Res*,1:166-177
- Verheul, R., & Van den Brink, W. (2000). The role of personality pathology in the etiology and treatment of substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*,13: 163-9.
- Verheul, R. (1997). *The role of diagnosing personality disorders in substance abuse treatment*. Amsterdam: Thesis Publishers. Thesis.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16:274–282.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19, 283-302.
- Vickers-Lahti, M., Garfield, F., McCusker, J., Hindin, R., Bigelow, C., Love, C., & Lewis, B. (1995). The relationship between legal factors and attrition from a residential drug abuse treatment program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 17-25.
- Volkow, ND., Fowler, JS., & Wang, GJ. (1999).Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans. *J Psychopharmacol.* , 13(4):337-45.
- Volkow, ND., Fowler, JS., Wolf, AP., Schlyer, D., Shiue, CY., Alpert, R., Dewey, SL., Logan, J., Bendriem, B., Christman, D, et al. (1990). Effects of chronic cocaine abuse on postsynaptic dopamine receptors. *Am J Psychiatry*, 147(6):719-24.

- Volkow, ND., Wang, GJ., Telang, F., Fowler, JS., Logan, J., Childress, AR., Jayne, M., Ma, Y., & Wong, C. Cocaine cues and dopamine in dorsal striatum: mechanism of craving in cocaine addiction. (2006). *J Neurosci.*, Jun 14;26(24):6583-8
- Volkow ND. (2004a). Imaging the addicted brain: from molecules to behavior. *J Nucl Med.* Nov;45(11):13N-16N, 19N-20N, 22N passim
- Volkow ND. The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biol Psychiatry.* 2004b, Nov 15; 56(10):714-7.
- Volkow, ND. & Li, T.K. (2005) Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequence. *Pharmacological and Therapeutics*, 108(1):3-17.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. & Wang, G.-J. (2003). The addicted human brain: Insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation.*, 111(10):1444-51
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G.-J. & Swanson, J. M. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: Results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9(6):557-69.
- Waldron, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.
- Waldrop, AE., Back, SE., Verduin, ML., & Brady, KT. (2007). Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder. *Addict Behav.*, 32(3):634-9.
- Ward, J., Mattick, RP., & Hall, W. (1998) The effectiveness of methadone treatment 2: HIV and infectious hepatitis. En: Ward J., Mattick R.P. & Hall W. (Eds.) *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (Amsterdam, Harwood Academic Publishers)
- Washton, AM. (1995). La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención a la recaída. Barcelona. Paídos.
- Weiss, RD., Mirin, SM. & Bartel, R. En: *Cocaine*. Washington, DC. American Psychiatric Press, 1994
- Weiss, F., Ciccocioppo, R., Parsons, LH., Katner, S., Liu, X., Zorrilla, EP., Valdez, GR., Ben-Shahar, O., Angeletti, S., Richter, RR. (2001). Compulsive drug-seeking behavior and relapse. Neuroadaptation, stress, and conditioning factors. *Ann NY Acad Sci.*, 937:1-26.
- Weiss, M., Hechtman, LT. & Weiss, G. (1999). ADHD in Adulthood. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Weiss, R. D., Martinez-Raga, J., Griffin, M. L., Greenfield, S. F., Hufford, C. (1997b). Gender differences in cocaine dependent patients: a 6 month follow-up study. *Drug Alcohol Depend*, 44: 35-40.
- Weiss, RD., Griffin, ML., Greenfield, SF., Najavits, LM., Wyner, D., Soto, JA, Hennen, JA. (2000): Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. *J Clin Psychiatry*, 61:361-367
- Weiss, RD., Griffin, ML., Hufford, C., Muenz, LR., Najavits, LM., Jansson, SB., Kogan, J., Thompson, HJ. (1997). Early prediction of initiation of abstinence from cocaine: use of a craving questionnaire. *Am J Addict*, 6: 224-231.
- Weiss, RD., Griffin, ML., Hufford, C., Muenz, LR., Najavits, LM., Jansson, SB., Kogan, J., & Thompson, HJ. (1997). Early prediction of initiation of abstinence from cocaine. Use of a craving questionnaire. *Am J Addict.*, 6(3):224-31.
- Weiss, RD., Griffin, ML., & Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 21(3):289-301.
- Weiss, RD., Griffin, ML., & Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 21: 289-301.
- Weiss, RD., Griffin, ML., & Mirin, SM. (1992). Drug abuse as self-medication for depression: an empirical study. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 18(2):121-9
- Weiss, RD., Mirin, SM., Griffin, ML., & Michael, JL. (1988). Psychopathology in cocaine abusers. Changing trends. *J Nerv Ment Dis.*, 176(12):719-25
- Weiss, RD., Mirin, SM., Michael, JL., & Sollogub, AC. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 12(1-2):17-29
- Weiss, RD., Najavits, LM., & Greenfield, SF (1999): A relapse prevention group for patients with bipolar and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 16:47-54.

- Weiss, RD., Mirin, SM., Griffin, ML., & Michael, JL. (1988). Psychopathology in Cocaine Abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(12):719-725
- Weiss, M.D., Weiss, J.R., (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD. *J. Clin. Psychiatry*, 65 (Suppl. 3), 27–37.
- Wender, P.H., (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatr. Clin. North Am.* , 21, 761–774.
- Werch, C. E. & Di Clemente, C. C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- West, R. (2001) Theories of addiction. *Addiction*, 96:3–13.
- White, N., Sklar, L., & Amit, Z. (1977). The reinforcing action of morphine and its paradoxical side effect. *Psychopharmacology*, 52:63-6.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J. y Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 315-338.
- Widiger, T.A. & Sanderson, C. (1995). Toward a dimensional model of personality disorder in DSM-IV and DSM-V. En W. J. Livesley (Ed.). *The DSM-IV personality disorders*. Nueva York: Guildford.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D.I. Wilner y G.G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics*. Nueva York: McGraw-Hill
- Wilens, TE., Faraone, SV., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111;179-185.
- Wilens, TE., & Upadhyaya, HP. (2007b). Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J Clin Psychiatry*, 68(8):e20.
- Wilens, TE. (2004b) Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am.* , 27(2):283-30
- Wilens, TE. (2004a). Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl.3):38–45
- Wilens, TE. (2007a). The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry*, 68 Suppl 11:4-8.
- Williams, M.T., & Roberts, C.S. (1991). Predicting length of stay in long-term treatment for chemically dependent females. *The International Journal of the Addictions*, 26, 605-613.
- Williams, H., Limpam, RS., Rickels, K., Covi, L., Eberhad, H., Uhlenhuth, E., Mattsson, N. (1968). Replication of symptom distress factors in anxious neurotic outpatients, Multivariate. *Behaviour Research*, 3:199-211.
- Wilson, J.J., & Levin, F.R., (2001). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* , 3, 497–506.
- Windle, M., Windle, R., Scheidt, D., Miller, S. (1995). Physical and sexual abuse associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am J Psychiatry*, 152:1332-1328
- Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D., Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment Neuropsychiatry, *Archives of General Psychiatry*, 47: 589-593.
- Wise, RA. (2000). Addiction becomes a brain disease. *Neuron*, 26:2733.
- Wise, B. K., Cuffe, S. P., & Fischer, T. (2001). Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(3), 161–165.
- Woicik, PA., Moeller, SJ., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, TM., Yeliosof, O., Wang, GJ., Volkow, ND., & Goldstein, RZ. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 34(5):1112-22
- Woody, G., McLellan, T., Luborsky, L., & O'Brien C. (1985). Sociopathy and psychitreaty outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1081-1086
- Woody, GE., McLellan, AT., & Bedrick, J. Dual diagnosis. (1995). In: Oldham JM, Riba MB, Eds. *Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychaitric Publishing, 83-104
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1993). *ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

- Wright, CI., Beijer, VJ., & Groenewegen, HJ. (1996). Basal amygdoloid complex afferents to the rat nucleus accumbens are compartmentally organized. *J Neurosci.*, 16:1877-93.
- Yaryura-Tobias, J. A., Grunes, M. S., Todaro, J., McKay, D., Neziroglu, F. A., & Stockman, R. (2000). Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessivecompulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 19–30.
- Zarkowski, P., Pasic, J., Russo, J., & Roy-Byrne, P. (2007). "Excessive tears": a diagnostic sign for cocaine-induced mood disorder? *Compr Psychiatry.*, 48(3):252-6.
- Ziedonis, A., Steinberg, ML., Smelson, D. & Wyatt S. (2003). Co-occurring addictive and Psychotic Disorders. En Principles Addiction Medicine. 3th Edition. American aSociety of Addiction Medicine. Marylan.
- Ziedonis , DM., Rayford, BS., Bryant, KJ., Rounsaville, BJ.. (1994). Psychiatric comorbidity in white and African-American cocaine addicts seeking substance abuse treatment. *Hosp Community Psychiatry.* , 45(1):43-49.
- Zimmerman, M., Sheeran, T., Chelmiski, I., Young, D. (2004). Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 26: 181-8.
- Zimmerman, M., Matia, JI.. (2001). A self-report to help make psychiatric diagnoses: The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 787-94.
- Zlotnick. C., Clarke, JG., Friedmann, PD., Roberts, MB., Sacks, S., & Melnick, G. (2008). Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. *Behav Sci Law.*, 26(4):403-12

ANEXOS

ANEXO 1

General Health Questionnaire (GHQ-28)

FIBAT..... Fecha de ingreso.....

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas (mes previo). Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas, que según a su juicio, se acercan más a lo que siente o has sentido usted. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

_Mejor que lo habitual _Peor que lo habitual _Igual que lo habitual _Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

_No, en absoluto _No más que lo habitual _Bastante más que lo habitual
_Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

_No, en absoluto _No más que lo habitual _Bastante más que lo habitual
_Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

_No, en absoluto _No más que lo habitual _Bastante más que lo habitual
_Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual Igual que lo habitual
 Bastante menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Menos tiempo que lo habitual Igual que lo habitual
 Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual Aproximadamente lo mismo Peor que lo habitual
 Mucho peor que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho de lo habitual Aproximadamente lo mismo que lo habitual
 Menos satisfecho lo habitual Mucho menos satisfecho que lo habitual

5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más útil que lo habitual Igual de útil que lo habitual
 Menos útil que lo habitual Mucho menos útil que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual**7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?** Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual**D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?** No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual**2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?** No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual**3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?** No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual**4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?** Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente, lo he pensado**5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?** No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual**6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?** No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

_Claramente, no _Me parece que no _ Se me ha cruzado por la mente
 _Claramente, lo he pensado

PUNTUACIÓN	GHQ
Síntomas somáticos	
Ansiedad-insomnio	
Disfunción social	
Depresión	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 2

Ficha Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT)

Usuario/a: Esperanza Vergara Puesto: Otros: Administración, FADA Centro: Todos los Centros Fecha: 21/09/2010 9:30

Información de un Paciente

Datos Personales

Nº FIB	CODAPEL		
Nombre	Sexo		
1er. Apellido	2o. Apellido		
Fecha Nacimiento	Pais Nacimiento		
Provincia Nacimiento	Nacionalidad 2		
Nacionalidad 1	Nacionalidad 2		
NUHSA	Nº Doc.		
Tipo Doc. Identificación	Identificación		
Dirección	Provincia	Granada	
Municipio	Código Postal		
Teléfono 1	Teléfono 2		
Droga Principal			
Centro de Referencia	Número de Historia		
Terapeuta de Referencia			
Situación del Paciente	Fecha de Admisión		
Programas Adscritos			
Centro de Salud			
Observaciones			
Aviso			
Opciones			
Modificar	Dar de Alta	Historia	Diario de Anotaciones

Documentos

Tienes 1 Informe de Seguimiento en CT pendiente (en borrador) sin enviar Ver Informe Eliminar

Todos D/E PT Opiáceos Red de Artesanos Deriv. Recursos CTAs S.G.C P.J. CTX

Fecha	Tipo	Datos
25/08/2010	Protocolo Programa Jurídico	Centro:
10/03/2010	Protocolo Derivación	Recurso: Comunidad Terapéutica
10/03/2010	Ingreso Lista Espera	Lista de Espera:
15/06/2010	Incidencia Protocolo	Actualización datos de protocolo
22/06/2010	Proceso de Admisión	Recurso:
22/06/2010	Ingreso Recurso	Recurso:
22/06/2010	Incidencia CT	Incidencia: Ingreso
20/07/2010	Incidencia CT	Incidencia: Finalización proceso de desintoxicación
26/07/2010	Incidencia CT	Incidencia: Comunicación de salida

09/09/2010	Incidencia CT	Incidencia: Comunicación de salida
09/03/2010	S.G.C.	C Derivación CT ✓ . Centro: Hora: 11:30
24/02/2009	Protocolo Derivación	Recurso: Comunidad Terapéutica
27/01/2009	Readmision FIBAT.	Droga: 2101 - Cocaína (Clorhidrato) . Centro:
09/07/2008	Alta de Paciente.	Tipo de Alta: Alta Voluntaria. Centro: Observaciones:
24/09/2007	Apertura FIBAT.	Droga: 2101 - Cocaína (Clorhidrato) . Centro:

[Imprimir](#) [Ver Histórico de Citas](#) [Ver Histórico de CTX](#) [Ver Histórico de PT Opiáceos](#)

ANEXO 3

Informe de alta de Comunidad Terapéutica

Usuario/a: Esperanza Vergara	Puesto: Otros: Administración FADA	Centro: Todos los Centros	Fecha: 20/09/2010 14:37
-------------------------------------	---	----------------------------------	--------------------------------

Informe al Alta en Comunidad Terapéutica

Recurso	
Terapeuta de Referencia	Bloque 1: Datos Personales del Paciente
1.1. Nº FIBAT	
1.2. Nombre y Apellidos	
1.3. Fecha de Nacimiento	
1.4. Sexo	Bloque 2: Datos del Centro Derivador
2.1. Centro Derivador	
2.2. Terapeuta de Ref.	Bloques 3,4 y 5: Fechas
3. Fecha de Ingreso	
4. Fecha de Alta	
5. Fecha del Informe	Bloque 6: Tipo de Alta
6.1. Tipo de Alta	
6.3. Motivos del Alta	
6.6. Observaciones sobre el alta recibida y sus motivos	Bloque 7: Diagnóstico al Alta (DSM IV-R)
<i>¿Fue diagnosticado por trastornos por sustancias?</i>	
7.1. Diagnóstico de Trastornos por Consumo de Sustancias	
1. Alcohol	
2. Alucinógenos	
3. Anfetaminas	
4. Cafeína	
5. Cannabis	
6. Cocaína	
7. Fenciclidina	
8. Inhalantes	
9. Nicotina	
10. Opiáceos	
11. Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos	
<i>¿Fue diagnosticado por trastornos mentales?</i>	

7.2. Diagnóstico de Otros Trastornos Mentales

1. Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolesc.
2. Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos
3. Trastornos mentales debidos a Enfermedad Médica
4. Esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos
5. Trastorno del estado del Ánimo
6. Trastorno de Ansiedad
7. Trastornos Somatomorfos
8. Trastornos Facticios
9. Trastornos Disociativos
10. Trastornos Sexuales y de la Identidad
11. Trastornos de la Conducta Alimentaria
12. Trastornos del Sueño
13. Trastornos del Control de los Impulsos no Clasificados en Otros Apartados
14. Trastornos Adaptativos
15. Trastornos de la Personalidad

7.3. Observaciones en el Área de Salud Mental

Bloque 8: Área Familiar

8.1. Área Familiar

Bloque 9: Evolución en Comunidad Terapéutica y Objetivos Conseguidos

A. OBJETIVOS

LOGRADOS

B. INTERVENCIÓN

B.1. Área Sanitaria

B.1.1. Realización de
Desintoxicación

B.1.2. Análítica

B.1.3. Vacunaciones

1. Hepatitis B

1. Tétanos

3. Gripe

4. Otras

Vacunaciones

B.1.4. Patologías
orgánicas padecidas
durante su estancia

B.1.5. Hospitalización
durante
su estancia

B.1.6. Atención Especializada

Seguimiento VIH

Seguimiento Hepatitis

Seguimiento TBC

Salud Bucodental

Seguimiento Salud
Mental

Traumatología

Otros

B.1.7. Tratamiento farmacológico al Alta

B.1.8. Observaciones sobre aspectos sanitarios

B.2. Área Psicológica

B.2.1. Actitud hacia el tratamiento

B.2.2. Integración al centro y valoración psicológica

B.2.3. Observaciones sobre evolución y resultados en Área Psicológica

B.3. Área Socio-Educativa

B.3.1. Situación
Judicial del Paciente

B.3.2. Asesoramiento
Jurídico

B.3.3. Observaciones sobre los aspectos Judiciales

B.3.4. Educación
permanente

B.3.5. Observaciones sobre el trabajo realizado en las actividades educativas

B.3.6. Oferta de
cursos FPO

B.3.7. Taller de
búsqueda de Empleo

B.3.8. Observaciones sobre actividades ocupacionales realizadas y actitud hacia las mismas

B.3.9. Situación
laboral al alta

B.4. Participación en Programas Grupales

Iniciación al tratamiento.
Prevención de recaídas
Crecimiento personal

Bloque 10: Continuidad de Tratamiento y Propuesta Terapéutica

**10.1. Continuidad de
tratamiento del
paciente
tras el alta**

Propuesta Terapéutica

Bloque 11: Observaciones

ANEXO 4

COCAINE CRAVING SCALE (CCS)

1. Por favor, valore la intensidad de su deseo de consumo de cocaína justo en este momento.

Ningún deseo Extremadamente intenso

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Por favor, valore cual ha sido el grado de intensidad de su deseo de cocaína durante las últimas 24 horas

Ningún deseo Extremadamente intenso

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Por favor, valore con qué frecuencia ha sentido la urgencia de consumir cocaína durante las últimas 24 horas

Ningún deseo Extremadamente intenso

1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Durante las últimas 24 horas, valore por favor cuál ha sido la intensidad de las urgencias para consumir cocaína cuando algún elemento del ambiente se lo ha hecho recordar (p.ej., hoja de afeitar, una cuchara, una aguja, un espejo o un anuncio de cerveza).

Ningún deseo Extremadamente intenso

1 2 3 4 5 6 7 8 9

5. Por favor imagínese a usted mismo en un ambiente en el que previamente usted ha consumido drogas y/o alcohol (un bar, un proveedor habitual, un lugar en el que las personas acuden a inyectarse drogas, o cualquier otra situación que más intensamente le recuerde un consumo activo de drogas) ¿si usted se encontrase en dicho ambiente en este mismo momento, ¿cuál es la probabilidad de que usted consumiera cocaína?

Ningún deseo

Extremadamente intenso

1

2

3

4

5

6

7

8

9

PUTUACIÓN TOTAL:

ANEXO 5

State Trait Anxiety Inventory (STAI-Estado)

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

2. Me siento seguro

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

3. Estoy tenso

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

4. Estoy contrariado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

5. Me siento cómodo (estoy a gusto)

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

6. Me siento alterado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

8. Me siento descansado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

9. Me siento angustiado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

10. Me siento confortable

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

11. Tengo confianza en mí mismo

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

12. Me siento nervioso

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

13. Estoy desasosegado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

14. Me siento muy «atado» (como oprimido)

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

15. Estoy relajado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

16. Me siento satisfecho

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

17. Estoy preocupado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

18. Me siento aturdido y sobreexcitado

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

19. Me siento alegre

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

20. En este momento me siento bien

0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

PUNTUACIÓN TOTAL:

ANEXO 6

Beck Depression Inventory (BDI)

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente HOY, es decir, ACTUALMENTE. Haga una cruz en la afirmación que se haya escogido

1.

- No me encuentro triste
- Me siento triste o melancólico
- Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
- Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

2.

- No soy especialmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- No tengo nada que esperar del futuro
- No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

3.

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
- Creo que como persona soy un completo fracaso

4.

- No estoy particularmente descontento
- No disfruto de las cosas como antes
- No encuentro satisfacción en nada
- Me siento descontento de todo

5.

- No me siento particularmente culpable
- Me siento malo indigno de muchas veces
- Me siento culpable
- Pienso que soy muy malo e indigno

6.

- No me siento decepcionado conmigo mismo
- Estoy decepcionado conmigo mismo
- Estoy disgustado conmigo mismo
- Me odio

7.

- No tengo pensamientos de dañarme
- Creo que estaría mejor muerto
- Tengo planes precisos para suicidarme
- Me mataría si tuviera ocasión

8.

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
- He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

9.

- Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
- Trato de no tener que tomar decisiones
- Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
- Ya no puedo tomar decisiones

10.

- No creo que mi aspecto haya empeorado
- Estoy preocupado porque me veo viej@ y poco atractiv@
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
- Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

11.

- Puedo trabajar igual de bien que antes
- Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo realizar ningún trabajo

12.

- No me canso más que antes
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso por cualquier cosa
- Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

13.

- Mi apetito no es peor de lo normal
- Mi apetito es ahora mucho mejor
- Mi apetito es ahora mucho peor
- He perdido el apetito

PUNTACIÓN TOTAL:

ANEXO 7

Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)

Encuestadora: _____ Centro _____

Nº de Test _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA **POCO** A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta '**poco**' estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza. Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

2. Has tenido problemas de sueño

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

4. Te has sentido fatigado (cansado)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

5. Has estado ansioso (nervioso)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido 'ganas de abandonar')

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

7. Te has sentido agresivo

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

9. Has tenido alucinaciones

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

10. Has tenido problemas para concentrarte ('estar metido en lo que haces, no despistarte al hacer tareas, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o lugares conocidos)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

13. Has consumido drogas para estar bien psicológicamente (mentalmente)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

15. Has tenido personas que se han preocupado por ti

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

16. Crees que tu salud psicológica (mental) está deteriorada (mal)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

17. Has tenido problemas familiares

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

22. Crees que tu salud física ha estado deteriorada

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

PUNTUACIÓN TOTAL:

ANEXO 8

Escala "Estado General de Salud" del *Opiate Treatment Index (OTI)*

Las siguientes preguntas hacen referencia a tu estado de salud. Ahora voy a leerte una lista de problemas de salud y tienes que decirme 'Sí' en el caso de que hayas tenido alguno de ellos en algún momento durante el último mes. (Será necesario hacer entender al paciente el significado de cada síntoma o signo. Señalar con una 'X' la casilla correspondiente).

GENERAL	Sí
1. Fatiga / Pérdida de energía	()
2. Poco apetito	()
3. Pérdida de peso / bajo peso	()
4. Alteración del sueño	()
5. Fiebre	()
6. Sudores nocturnos	()
7. Inflamación ganglionar	()
8. Ictericia	()
9. Tendencias al sangrado	()
10. Tendencia a los hematomas	()
11. Problemas dentales	()
12. Ojos / Alteraciones de la visión	()
13. Oídos / Alteraciones del oído	()
14. Dificultad en la cicatrización de las heridas	()
TOTAL	

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INYECCIÓN	Sí
1. Sobredosis	()
2. Abscesos / Infecciones	()
3. Reacción adversa a la inyección (sentirse enfermo)	()
4. Hematoma y derrame	()
5. Dificultad para inyectarse ('cogerse la vena')	()
TOTAL	_____

GINECOLÓGICA	SÍ
(Sólo mujeres. Preguntar sobre los últimos tres meses)	
1. Periodo irregular	()
2. Aborto	()
TOTAL	_____

NEUROLÓGICO	SÍ
1. Dolores de cabeza	()
2. Desmayos	()
3. Temblores	()
4. Entumecimiento / Hormigueo (p.ej. de los miembros)	()
5. Vértigos	()
6. Ataques / convulsiones	()
7. Marcha dificultosa	()
8. Lesión de cabeza	()
9. Olvidar las cosas	()
TOTAL	_____

CARDIO-RRESPIRATORIO	SÍ
1. Tos persistente	()
2. Tos productiva (con expulsión de esputo)	()
3. Tos hemoptoica (con expulsión de esputo sanguinolento)	()
4. Respiración sibilante ('pitos')	()
5. Dolor de garganta	()
6. Dificultad respiratoria	()
7. Dolores de pecho	()
8. Palpitación / Taquicardia	()
9. Edema de miembros inferiores (tobillos hinchados)	()
TOTAL	_____

GENITO-URINARIO	SÍ
1. Molestias al orinar	()
2. Pérdida de deseo sexual	()
3. Secreción vaginal / pene	()
4. Enrojecimiento (eritema) sobre o alrededor de la vagina	()
TOTAL	_____

MÚSCULO-ESQUELÉTICO	SÍ
1. Dolor articular / Rigidez	()
2. Fractura de huesos	()
3. Dolor muscular	()
TOTAL	_____

GASTROINTESTINAL	SÍ
1. Náuseas	()
2. Vómitos	()
3. Dolores / molestias en el estómago	()
4. Estreñimiento	()
5. Diarrea	()
TOTAL	_____

Puntuación TOTAL de la Escala "Estado General de Salud" del OTI:

ANEXO 9

ENTREVISTA DE SCREENING

NºFIBAT:

COMUNIDAD:

FECHA:

Yo,..... (Nombre y Apellidos),
estoy dispuest@ a participar y colaborar en el estudio de **“Estabilidad de los trastornos psiquiátricos comórbidos con el consumo de cocaína: trastornos inducidos vs. Primarios”**, en el cual tendré que realizar dos entrevistas diagnósticas individualizada con la psicóloga responsable.

Fdo:

A continuación vamos a realizarte unas preguntas para valorar el nivel de consumo de sustancias que has tenido en el pasado:

1. En el último año, ¿en alguna ocasión hiciste algo que podría haber sido peligroso después de consumir (leer sustancias de la lista)....? Por ejemplo, conducir un vehículo o utilizar maquinaria pesada o equipamiento eléctrico.

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

2. En el último año, ¿en alguna ocasión tuviste problemas de relación con otras personas debido al consumo de (leer sustancias de la lista)....? Por ejemplo, problemas al salir con gente, encontrarse que la gente no quería salir contigo a causa de tu consumo, tener peleas físicas....

Cocaína (COC)		Heroína (HER)		Alcohol (ALC)		Cannabis		Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)		Alucinógenos		Opiáceos Ilícitos (OPI)		Metadona no prees. (MET)		Otras drogas	

3. En el último año, ¿en alguna ocasión tuviste problemas en el trabajo, la escuela, o el trabajo doméstico o en el cuidado de tus hijos (obligaciones diarias) debido al consumo de (leer sustancias de la lista)....? Por ejemplo, llegar tarde o ausentarte del trabajo/escuela, tener problemas para acabar tareas en el trabajo/escuela, no hacer las faenas domésticas o tener problemas para cuida a tus hij@s.

Cocaína (COC)		Heroína (HER)		Alcohol (ALC)		Cannabis		Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)		Alucinógenos		Opiáceos Ilícitos (OPI)		Metadona no prees. (MET)		Otras drogas	

4. En el último año, ¿en alguna ocasión fuiste arrestad@ o tuviste problemas con la policía en relación con tu consumo de (leer sustancias)....?? Por ejemplo, ser detenido por la policía por como estabas actuando, haber tenido un accidente de coche o tener otros problemas legales.

Cocaína (COC)		Heroína (HER)		Alcohol (ALC)		Cannabis		Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)		Alucinógenos		Opiáceos Ilícitos (OPI)		Metadona no prees. (MET)		Otras drogas	

5. En el último año, ¿te encontraste con que, después de un tiempo, necesitabas más... (sustancia principal consumida) para conseguir el mismo efecto? o ¿Qué necesitabas consumir más cantidad de ...(sustancia consumida) para que te hiciese el mismo efecto?

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas

6. En el último año, ¿cuándo los efectos de...(sustancia consumida) se estaban yendo...

ALC SED	tuviste náuseas o vómitos?	EST COC	estuviste deprimido irritable o ansioso (DISFORIA)?	OPI HER MET	tuviste náuseas o vómitos?
	tuviste convulsiones?		Te encontraste con que tenía más apetito?		tuviste sudores o midriasis?
	tuviste palpitaciones o sudó?		tuviste problemas para dormir, o durmió más de lo habitual?		tuviste dolores musculares?
	Te sentiste irritable, ansioso o nervioso?		Te sentiste inquieto o que estaba más lento?		tuviste diarrea?
	tuviste muchos problemas para dormir?		tuviste sueños desagradables?		tuviste muchos bostezos?
	Tus manos temblaban?		Te sentiste cansado o incapaz de hacer nada?		tuviste fiebre?
	Te sentiste inquieto que no podía permanecer sentado?				tuviste lagrimeo o moqueo?
	Pensaste haber visto sentido u oído cosas que no estaban allí?				tuviste problemas para dormir?
					Te sentiste deprimido irritable o ansioso?
Para cada sustancia, se deben marcar dos o más síntomas para codificar una cruz en esta pregunta		Para cada sustancia, deben estar marcados DISFORIA y al menos dos o más síntomas para codificar una cruz en esta preg.		Para cada sustancia, se deben marcar tres o más síntomas para codificar una cruz en esta pregunta	

7. En el último año, ¿en alguna ocasión en el último año consumiste más.... (sustancia) de lo que querías o durante más tiempo de lo que tenías planeado?

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

8. En el último año, ¿en alguna ocasión en el último año sentiste que debías disminuir tu consumo de (sustancia) o pararlo completamente?

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

9. En el último año, ¿en alguna ocasión en el último año pasaste mucho tiempo buscando, consumiendo o encontrándote mal por (sustancia)?

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

10. En el último año, ¿en alguna ocasión en el último año redujiste cualquier tipo de actividad a causa de su consumo de (sustancia)?

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

11. En el último año, ¿en alguna ocasión en el último año seguiste consumiendo (sustancia) a pesar de tener conciencia de que te causaban problemas psicológicos o físicos persistentes que parecían ser causa de tu consumo?

Cocaína (COC)		Heroína (HER)		Alcohol (ALC)		Cannabis		Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)		Alucinógenos		Opiáceos ilícitos (OPI)		Metadona no prees. (MET)		Otras drogas	

12. ¿Padece **VIH** o alguna otra infección que afecte el cerebro?

SI	
NO	

13. ¿Has tenido en alguna ocasión algún accidente de tráfico donde hayas tenido un traumatismo craneoencefálico o hayas padecido alguna vez alguna enfermedad que le haya afectado el cerebro como un accidente cerebrovascular o una encefalitis? ¿qué ha padecido?

SI	
NO	

14. ¿Sabes leer y escribir? (Se descarta del estudio si no sabe)

SI	
NO	

15. ¿Cuánto tiempo llevas abstigente? (Se descarta del estudio si lleva más de un mes y medio sin consumir)

RESULTADOS

ABUSO A.... (Se ha codificado una cruz en alguna de las preguntas de la 1 a la 4, para cualquier sustancia):

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

DEPENDENCIA A... (Se ha codificado una cruz en 3 o más preguntas, de la pregunta 5 a pregunta 11, para cualquier sustancia):

Cocaína (COC)	Heroína (HER)	Alcohol (ALC)	Cannabis	Sedantes (SED)	
Estimulantes (EST)	Alucinógenos	Opiáceos Ilícitos (OPI)	Metadona no prees. (MET)	Otras drogas	

DETERIORO MENTAL ORGÁNICO SEVERO

CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL ESTUDIO:

OBSERVACIONES FINALES:

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... (Nombre y apellidos)

Declaro bajo mi responsabilidad que:

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con..... (Nombre de la psicóloga/investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria para:

- Entrevista Psicopatológica y de seguimiento

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: _ / _ / _ / Nombre y apellidos del participante.

Firma

Fecha: _ / _ / _ / Nombre y apellidos de la psicóloga/investigadora.

Firma