



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

El comportamiento suicida en personas con trastorno
por uso de sustancias: un estudio caso-control

D. Óscar Nicolás Garijo

2022

DIRECTORES DE TESIS DOCTORAL

Dr. Fernando Navarro Mateu

Dr. Pedro S. Cayuela Fuentes

TUTORA DE TESIS DOCTORAL

Dra. Paloma Moral de Calatrava

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que me han apoyado e hicieron posible la finalización de mi Tesis Doctoral.

A mi director Fernando Navarro Mateu por brindarme una de las oportunidades más enriquecedoras de mi vida, por distinguirme entre los demás, por introducirme y guiarme en el doctorado. Gracias por transmitir tu pasión por la investigación, por impregnar de ilusión y fuerza toda idea de abandono, por hacerme sentir valorado y por considerar mi profesión.

A mi codirector Pedro S. Cayuela Fuentes por la transmisión de conocimientos, por el tiempo y dedicación mostrados. Gracias por ser junto a Fernando un guía y referente en todo este proceso.

A mi tutora Paloma Moral de Calatrava por ser, desde que comencé mis estudios de Enfermería hace más de once años, un referente como docente, investigadora y enfermera.

A mis compañeros de trabajo, actual y anteriores, por vuestra comprensión y generosidad, los toques de atención, la ayuda brindada y los ánimos para alentarme a satisfacer mi deseo de enriquecer nuestra profesión.

A mis amigos, que supieron entender mis ausencias y silencios. Gracias por todo el cariño, la fuerza y el ánimo profesados, por cada uno de los momentos a vuestro lado, por empujarme a vivir experiencias y cumplir sueños... Gracias por ser ejemplos de lealtad, nobleza, optimismo y arrojo.

A mi familia, en especial a mis padres Joaquín y Virtudes por anhelar siempre lo mejor para mí y por ser modelo de humildad, generosidad, entrega, tenacidad y resiliencia. A mis hermanos Sonia, Iván y Eva por respaldarme siempre, por abrir el camino, allanarlo e irlo cerrando detrás de mí.

A Antonio, por todo el cariño, la atención y el amor de estos años. Gracias por no reprocharme nunca el tiempo que no te he dedicado, por entender mis días de bloqueo y disforia, por encarar mi peor versión y quedarte, por hacer que todo a tu lado sea tan fácil. Gracias por ser inspiración, fortaleza y refugio.

Gracias

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Conceptualización en Drogodependencias	3
1.1.1. Concepto de Droga	3
1.1.2. Conceptos Complementarios en el Ámbito de las Drogodependencias	6
1.1.2.1. Tolerancia	6
1.1.2.2. Tolerancia Farmacodinámica.....	6
1.1.2.3. Tolerancia Metabólica o Farmacocinética	6
1.1.2.4. Tolerancia Cruzada	6
1.1.2.5. Tolerancia Invertida.....	7
1.1.2.6. Síndrome de Abstinencia	7
1.1.2.7. Síndrome de Abstinencia Tardío	7
1.1.2.8. Síndrome de Abstinencia Condicionado.....	7
1.1.2.9. Dependencia.....	8
1.1.2.10. Patología Dual.....	8
1.2. Formas de Consumo de las Sustancias Psicoactivas.....	8
1.2.1. Uso de Sustancias Psicoactivas	9
1.2.2. Abuso de Sustancias Psicoactivas	9
1.2.3. Adicción a Sustancias Psicoactivas	10
1.3. Vías de Administración de las Sustancias Psicoactivas.....	10
1.4. Clasificación de las Sustancias Psicoactivas.....	12
1.4.1. Sustancias Psicoactivas Estimulantes del SNC	15
1.4.1.1. Cocaína	16
1.4.1.1.1. Origen de la Cocaína.....	16
1.4.1.1.2. Formas de Administración de la Cocaína	18

1.4.1.1.3. Efectos de la Cocaína Sobre el SNC.....	19
1.4.1.2. Anfetaminas.....	20
1.4.1.2.1. Origen de las Anfetaminas.....	20
1.4.1.2.2. Formas de Administración de las Anfetaminas	21
1.4.1.2.3. Efectos de las Anfetaminas Sobre el SNC.....	21
1.4.2. Sustancias Psicoactivas Depresoras del SNC	22
1.4.2.1. Alcohol	22
1.4.2.1.1. Origen del Alcohol.....	22
1.4.2.1.2. Formas de Administración del Alcohol	25
1.4.2.1.3. Efectos del Alcohol Sobre el SNC.....	26
1.4.2.2. Heroína	28
1.4.2.2.1. Origen de la Heroína.....	28
1.4.2.2.2. Formas de Administración de la Heroína	30
1.4.2.2.3. Efectos de la Heroína Sobre el SNC.....	30
1.4.3. Sustancias Psicoactivas Perturbadoras del SNC	32
1.4.3.1. Cannabinoides	32
1.4.3.1.1. Sistema Endocannabinoide	33
1.4.3.1.2. Formas de Administración de los Cannabinoides.....	34
1.4.3.1.3. Efectos de los Cannabinoides Sobre el SNC	34
1.4.3.2. MDMA	35
1.4.3.2.1. Origen del MDMA.....	35
1.4.3.2.2. Formas de Administración del MDMA	36
1.4.3.2.3. Efectos del MDMA Sobre el SNC.....	37
1.4.3.3. LSD.....	38
1.4.3.3.1. Origen del LSD.....	38
1.4.3.3.2. Formas de Administración del LSD	39

1.4.3.3.3. Efectos del LSD Sobre del SNC	39
1.5. Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas	40
1.5.1. Adicción a Sustancias Psicoactivas	40
1.5.1.1. Fases de la Adicción	43
1.5.1.2. Teorías de la Adicción	44
1.5.2. Trastorno por Uso de Sustancias	46
1.5.2.1. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Uso de Sustancias.....	48
1.5.2.2. Factores de Riesgo y Factores Protectores en el Trastorno por Uso de Sustancias.....	50
1.5.2.2.1. Factores de Riesgo Individuales.....	52
1.5.2.2.2. Factores de Riesgo Relacionados con el Entorno	53
1.5.2.2.3. Factores de Riesgo Relacionados con la Sustancia Psicoactiva..	54
1.5.2.2.4. Factores Protectores en el Trastorno por Uso de Sustancias.....	55
1.5.3. Epidemiología del Trastorno por Uso de Sustancias.....	55
1.5.4. Modelos de Intervención y Tratamiento en el Trastorno por Uso de Sustancias	63
1.5.4.1. Metodología Enfermera en Trastornos por Uso de Sustancias.....	65
1.5.4.1.1. Marco Teórico. Teoría de las Relaciones Interpersonales de H. Peplau.....	66
1.5.4.1.2. Marco Jurídico. Código Deontológico de la Enfermería Española	70
1.5.4.3. Proceso de Atención de Enfermería.....	71
1.5.4.3.1. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (I): Valoración	73
1.5.4.3.2. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (II): Diagnóstico	81

1.5.4.3.3. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (III): Planificación.....	85
1.5.4.3.4. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (IV): Ejecución.....	87
1.5.4.3.5. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (V): Evaluación.....	89
1.5.5. Dispositivos Profesionales de Atención al Trastorno por Uso de Sustancias.....	89
1.5.5.1. Centro de Salud Mental.....	91
1.5.5.2. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.....	92
1.5.5.3. Unidad de Hospitalización Breve.....	92
1.5.5.4. Unidad de Conductas Adictivas.....	92
1.5.5.5. Centros de día.....	93
1.5.5.6. Centros de Inserción Sociolaboral.....	93
1.5.5.7. Comunidades Terapéuticas.....	93
1.5.6. Programa de Reducción de Daños.....	94
1.5.6.1. Programa de Intercambio de Jeringuillas.....	95
1.5.6.2. Salas de Consumo Supervisado.....	95
1.5.6.3. Suministro de la Propia Sustancia u Otra de Acción Similar.....	96
1.5.6.4. Educación Sanitaria.....	97
1.5.6.5. Prevención de la Marginalidad y Promoción de la Salud.....	98
1.6. Trastorno por Uso de Sustancias y Conducta Suicida.....	98
1.6.1. Conceptualización Comportamiento Suicida.....	100
1.6.2. Factores de Riesgo de Suicidio en Trastorno por Uso de Sustancias.....	103
1.6.2.1. Factores de Riesgo Sociodemográficos en Trastorno por Uso de Sustancias.....	105
1.6.2.1.1. Género.....	105

1.6.2.1.2. Edad.....	107
1.6.2.1.4. Nivel educativo	111
1.6.2.1.5. Ingresos Económicos y Situación Laboral.....	112
1.6.2.1.6. Adversidades en la Infancia	115
1.6.2.2. Factores de Riesgo Clínicos: Comorbilidad Psiquiátrica en Trastorno por Uso de Sustancias	118
1.6.2.2.1. Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno por Uso de Sustancias	118
1.6.2.2.2. Esquizofrenia y Trastorno por Uso de Sustancias.....	121
1.6.2.2.3. Trastorno Bipolar y Trastorno por Uso de Sustancias	122
1.6.2.2.4. Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno por Uso de Sustancias.....	125
1.6.2.2.5. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno por Uso de Sustancias	126
1.6.2.2.6. Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno por Uso de Sustancias.....	126
1.6.2.3. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias	128
1.6.2.3.1. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (I):Alcohol	129
1.6.2.3.2. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (II): Opioides	131
1.6.2.3.3. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (III): Cannabis.....	133
1.6.2.3.4. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (IV): Cocaína	134
1.6.2.3.5. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (V): Hipnóticos y Sedantes	135
1.7. El estudio PEGASUS-Murcia.....	137

2. MARCO EMPÍRICO	139
2.1. Objetivos de la Investigación.....	141
2.2. Hipótesis de la Investigación	142
2.3. Material y Método	143
2.3.1. Diseño del Estudio	143
2.3.2. Participantes del Estudio	143
2.3.2.1. Descripción de los Casos	143
2.3.2.2. Descripción de los Controles	143
2.3.3. Instrumentos de Medida	144
2.3.3.1. Variables Sociodemográficas	145
2.3.3.2. Evaluación Diagnóstica	145
2.3.3.3. Adversidades Infantiles (AI)	146
2.3.3.3.1. Funcionamiento Familiar Desadaptativo	147
2.3.3.3.2. Otras Adversidades Infantiles	149
2.3.3.4. Evaluación del Comportamiento Suicida	150
2.3.4. Tamaño Muestral.....	150
2.3.5. Análisis Estadístico	150
2.3.6. Consentimiento Informado y Consideraciones Éticas	152
2.3.7. Conflictos de Interés.....	152
2.4. Resultados.....	153
2.4.1. Análisis Comparativo.....	153
2.4.2. Análisis del Comportamiento Suicida entre Casos y Controles.....	157
2.4.3. Análisis del Comportamiento Suicida entre los Casos	159
2.5. Discusión	167
2.5.1. Resultados Clave	167
2.5.2. Limitaciones del Estudio y Fortalezas	175

2.5.3. Implicaciones e Investigaciones Futuras	177
2.6. Conclusiones	179
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXOS	215

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. <i>ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIANTE ENTRE PARTICIPANTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) Y CONTROLES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</i>	154
TABLA 2. <i>DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIANTE ENTRE PARTICIPANTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) Y CONTROLES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES COMORBILIDAD FÍSICA Y MENTAL</i>	155
TABLA 3. <i>USO DE SUSTANCIAS Y DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) ENTRE LOS PARTICIPANTES</i>	156
TABLA 4. <i>ADVERSIDADES INFANTILES (AI) SEGÚN ESTADO CASO-CONTROL</i>	157
TABLA 5. <i>ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA A LO LARGO DE LA VIDA ENTRE LOS CASOS Y CONTROLES</i>	158
TABLA 6. <i>DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) SEGÚN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA A LO LARGO DE LA VIDA</i>	160
TABLA 7. <i>ADVERSIDADES EN LA INFANCIA SEGÚN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA ENTRE LOS PARTICIPANTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS</i>	162
TABLA 8. <i>PREDICTORES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA ENTRE LOS PARTICIPANTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)</i>	163
TABLA 9. <i>COMPORTAMIENTO SUICIDA ENTRE LOS PARTICIPANTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) SEGÚN EL TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA</i>	163

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. <i>COMPARATIVA CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN RELACIÓN CON EL CONSTRUCTO DE LA ENTIDAD DIAGNÓSTICA TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS DEL DSM-5</i>	49
CUADRO 2. <i>MODELO ETIOLÓGICO DEL CONSUMO DE DROGAS BASADO EN LA EXPLICACIÓN SOCIOECOLÓGICA</i>	51
CUADRO 3. <i>INTERRELACIÓN ENTRE ESTADIOS DE CAMBIO Y PROCESOS DE CAMBIO</i>	64
CUADRO 4. <i>DESARROLLO TAXONOMÍA NANDA-I POR DOMINIOS BASADOS EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON</i>	76
CUADRO 5. <i>DIAGNÓSTICOS NANDA EN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS</i>	83
CUADRO 6. <i>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. DIAGNÓSTICO NANDA “AFRONTAMIENTO INEFICAZ”</i>	88
CUADRO 7. <i>NOMENCLATURA DE LOS PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL SUICIDIO DE O´CARROL ET AL</i>	101
CUADRO 8. <i>FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA</i>	104

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. <i>“DRUGS ERA” EN LA ESPAÑA DEL S. XX DE LA MANO DE J.PALLARÉS</i>	42
FIGURA 2. <i>ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN ADULTA (15-64 AÑOS) RESIDENTE EN LA UNIÓN EUROPEA</i>	56
FIGURA 3. <i>ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN ADULTA (15-64 AÑOS) RESIDENTE EN ESPAÑA</i>	57
FIGURA 4. <i>EDAD MEDIA DE INICIO (EN AÑOS) DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 15-64 AÑOS</i>	58
FIGURA 5. <i>PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN SEXO (%). ESPAÑA 2019/20</i>	59
FIGURA 6. <i>PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN CATEGORIZACIÓN POR GRUPOS DE EDAD (%). ESPAÑA, 2019/20</i>	60
FIGURA 7. <i>PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN POBLACIÓN ADULTA (15-64 AÑOS). ESPAÑA, 2019/20</i>	61
FIGURA 8. <i>PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN POBLACIÓN ADULTA (15-64 AÑOS). REGIÓN DE MURCIA, 2017</i>	62
FIGURA 9. <i>MODELO MULTIAXIAL TAXONOMÍA II DE LA NANDA-I</i>	83
FIGURA 10. <i>MODELO ÁREA PARA LA PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS NANDA</i>	86
FIGURA 11. <i>RED DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA EN ADICCIONES</i>	90
FIGURA 12. <i>MAPA SANITARIO Y RECURSOS ASISTENCIALES PÚBLICOS DE SALUD MENTAL DE LA CARM</i>	91
FIGURA 13. <i>MODELO DIÁTESIS-ESTRÉS DEL SUICIDIO DE MANN (1999)</i>	99
FIGURA 14. <i>REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO DE SILVERMAN ET AL. (2007)</i>	102
FIGURA 15. <i>TASAS DE DESEMPLEO Y TASAS DE SUICIDIO. ESPAÑA 1990-2020</i>	113

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AA	Alcohólicos Anónimos
AI	Adversidades Infantiles
ANA	American Nurse Association
AP	Atención Primaria
APA	Asociación Psiquiátrica Americana
ASAM	American Society of Addiction Medicine
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
CARM	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
CBD	Cannabidiol
CD	Centro de día
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIE	Código Internacional de Enfermedades
CS	Cannabinoides Sintéticos
CSM	Centro de Salud Mental
CT	Comunidad Terapéutica
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia

EDADES	Encuestas De Alcohol y Drogas en España
EEUU	Estados Unidos
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESTUDES	Encuesta Sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias
ETAC	Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPCR	G-Protein-Coupled Receptors
HGU	Hospital General Universitario
ICPE	Consortio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAPS	Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies
MDMA	3,4-Metilendioximetanfetamina
MPS	Ministerio de Protección Social
NANDA-I	North-American Nursing Diagnosis Association - International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPD	Nuevas Drogas Psicoactivas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización Naciones Unidas
PAE	Proceso Atención Enfermería

PAED	Proceso de Atención de Enfermería en Drogodependientes
PAPI	Paper and Pencil Interviewing
PEGASUS	Psychiatric Enquiry of a General populAtion of SoUtheast Spain
PEPSA	Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía
PFS	Patrón Funcional de salud
PIJ	Programa de Intercambio de Jeringuillas
PRD	Programa de Reducción de Daños
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Servicio Nacional de Salud
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TB	Trastorno Bipolar
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
THC	TetraHidro-Cannabinol
TM	Trastorno Mental
TMG	Trastorno Mental Grave
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo

TUS	Trastorno por Uso de Sustancias
UBE	Unidad de Bebida Estándar
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
UDH	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
UE	Unión Europea
UHB	Unidad de Hospitalización Breve
UHR	Unidad de Rehabilitación
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

1

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Marco Teórico

1.1 . Conceptualización en Drogodependencias

El conocimiento cada vez mayor de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y su normativización como una enfermedad mental crónica tratable ha ido disociando la conceptualización errónea de debilidad de carácter, transgresión de la moral o deliberación de conducta antisocial o anormal vinculada a este trastorno. Concepciones sustentadoras, a través de los años, de la estigmatización de la enfermedad. En el contexto de las sustancias psicoactivas, la formación del estigma está influenciada, en gran medida, por la carencia de motivación hacia la búsqueda de ayuda o el miedo a la evocación de problemas legales que sufren las personas con TUS. La etiqueta estigmatizante, señalada con estereotipos de marginalidad, violencia o prostitución, se convierte en la definición íntegra de la persona, invisibilizando el resto de las esferas que la conforman e impulsando la autoexclusión de ciertos espacios de la sociedad por internalización de estas creencias estereotipadas y la conformación del autoestigma.

Debido a la existencia de terminología específica relacionada con las sustancias psicoactivas, a continuación, se describen los conceptos más relevantes para garantizar la correcta comprensión global del documento.

1.1.1. *Concepto de Droga*

En la literatura especializada se encuentran términos como “estupefacientes”, “sustancias psicoactivas”, “sustancias tóxicas”, “narcóticos”, “psicofármacos”, “psicotrópicos” o “sustancias adictivas” entre muchos otros para referirse a un término simple y genérico como es el de “droga”.

Droga [de origen oscuro], *f.*, nombre genérico de ciertas sustancias químicas, naturales o sintéticas, empleadas en la medicina, en la industria o en las bellas artes [por ej., la pintura] ||sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, sedante, narcótico o alucinógeno ||**d. blanda**, la que produce adicción o lo hace en grado bajo [por ej., el cáñamo índico] || **d. dura**, la que produce adicción intensa [cocaína, heroína, etc.] || **d. del amor** [éxtasis] (Segura-Munguía, 2014, p. 342).

MARCO TEÓRICO

El origen etimológico de la palabra droga ha sido durante años objeto de análisis. J. Segarra considera el origen de la palabra droga en la expresión neerlandesa *droghe*, derivada de la palabra francesa *drogue*. González-Carrero y González-Isea identifican el origen en la palabra holandesa *drog*, cuyo significado es seco (Santana, 2004) haciendo referencia al proceso de desecado al que se sometía a muchas plantas previa exportación desde América a Europa (Molina-Mansilla, 2008). A. Escohotado (2018) proclama la existencia de un antecesor previo, el término polisémico *phármakon* (de origen griego), para referirse a “una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno” (p. 12). Esta polisemia coincide con el término anglosajón *drug* que se emplea como sinónimo de medicamento y droga.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1969 el término droga como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones” (*Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia*, 1969, p. 6). Tras ser considerada como una definición ambigua e inexacta, la propia OMS en su Memorándum de 1981 (Edwards et al., 1981) ratifica la necesidad de establecer una definición taxonómica del término droga. En un primer nivel de definición, se considera droga a “cualquier entidad química, o mezcla de entidades, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la salud normal, cuya administración altera funciones y estructuras biológicas” (p. 227). En un segundo nivel de especificación, la definición debe describir los usos (terapéuticos o sin finalidad terapéutica) a los que se destinan estas entidades químicas o drogas. Mientras que otros idiomas emplean términos diferentes para hacer referencia al uso no terapéutico de la entidad química (*drogue* en francés, *rauschkittel* en alemán o *estupefacientes* en español), el inglés emplea términos como abuso de drogas o uso no médico de drogas. En un tercer nivel de definición, las entidades químicas se pueden clasificar en función de su efecto. Por ende, considera que las drogas psicoactivas son “entidades químicas capaces de alterar el estado de ánimo, la cognición y el comportamiento” (p. 227). Las drogas o sustancias psicoactivas pueden ser, en un segundo nivel de definición, entidades químicas con propiedades terapéuticas y no terapéuticas (o ambas). El cuarto y último nivel de especificación hace referencia a los efectos adversos sobre la salud y la capacidad de generar estados biológicos adaptativos.

J.F. Kramer y D.C. Cameron, en colaboración con la OMS, elaboran en 1975 una compilación basada en informes de grupos de expertos. Esta publicación (Kramer, J.F. & Cameron, D.C., 1975) presenta la definición de “droga causante de dependencia” como “aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia física, psíquica, o de ambos tipos. Esa droga puede utilizarse con fines médicos o no médicos sin producir necesariamente tal estado” (p. 13). La OMS en 1982 delimita cuáles son las sustancias causantes de dependencia y describe el término “droga de abuso” como “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009, p. 3).

En última instancia, parece mundialmente aceptado, tras el inicio del reemplazo por parte de autores anglosajones, la utilización del término “sustancia psicoactiva” en vez de droga de abuso. Este proceso de conceptualización de la evolución del término droga hacia el de sustancia psicoactiva queda patente en las premisas necesarias para adquirir la condición de sustancia psicoactiva (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009):

- sustancia que al ser introducida en el organismo genera un efecto psicotrópico capaz de modificar una o varias funciones cognitivas, afectivas o comportamentales;
- sustancia que incita a su autoadministración, generalmente por los efectos placenteros que produce e instigan a la reiteración del patrón de consumo (refuerzo positivo);
- sustancia que al interrumpirse su consumo genera un estado de disforia y malestar físico, es decir, una sustancia capaz de generar procesos de dependencia física y/o psicológica;
- sustancia sin uso medicinal, y si lo tiene, con posibilidad de utilización no terapéutica.

1.1.2. Conceptos Complementarios en el Ámbito de las Drogodependencias

1.1.2.1. Tolerancia

Estado de menor sensibilidad a la sustancia resultado de un intento de compensación por parte del organismo de los efectos que produce. Las modificaciones fisiológicas celulares y de circuitos neuronales, secundarios al consumo mantenido y regular de una sustancia, inducen una disminución gradual del efecto y una necesidad de consumo mayor para obtener los mismos efectos fisiológicos o cognitivos (Miller & Gold, 1990; Redolar, 2008).

1.1.2.2. Tolerancia Farmacodinámica

Fenómeno de menor sensibilidad a la sustancia determinada por la acción de la sustancia y la respuesta del receptor. A mayor tiempo de unión sustancia-receptor, mayor rapidez de aparición del fenómeno de tolerancia por los procesos adaptativos implicados: “disminución de la densidad o sensibilidad de los receptores, disminución de la capacidad del receptor para acoplarse a los sistemas de transducción de señales y por cambios de afinidad a nivel del segundo mensajero o en las proteínas G” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009; Velásquez de Pabón et al., 2013).

1.1.2.3. Tolerancia Metabólica o Farmacocinética

La menor sensibilidad es resultado de alteraciones en los procesos de distribución y metabolización de la sustancia. Características individuales como el peso y la altura determinan los volúmenes de distribución mientras que las características de la sustancia y su capacidad de inducción de enzimas microsomales hepáticas alteran el metabolismo reduciendo la biodisponibilidad y eficacia de la sustancia (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009; Velásquez de Pabón et al., 2013).

1.1.2.4. Tolerancia Cruzada

Fenómeno por el que con la administración de una sustancia se produce tolerancia a la misma pero también se desarrolla tolerancia por otras sustancias de acción similar. Entre los ejemplos se encuentran la heroína que provoca tolerancia

cruzada con sustancias que presenta afinidad por los receptores *mu* como la morfina (Redolar, 2008).

1.1.2.5. Tolerancia Invertida

Propiedad por la que algunas drogas inducen efectos similares o más potentes a dosis similares e incluso menores, resultado de una incapacidad de metabolización (como ocurre en el caso de alcohólicos crónicos que desarrollan hepatopatías y desarrollan repentinamente síntomas de embriaguez con pequeñas dosis) o por la acumulación, y posterior liberación gradual, de la sustancia en determinados tejidos (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009).

1.1.2.6. Síndrome de Abstinencia

Conjunto de signos y síntomas psicológicos y fisiológicos secundarios a la activación neurovegetativa que sobrevienen a la interrupción o reducción del consumo de una sustancia psicoactiva tras un periodo prolongado de consumo o tras la administración puntual de la sustancia a dosis elevadas. Entre las manifestaciones características del síndrome de abstinencia destacan temblor, náuseas, sudoración, diarrea, moqueo nasal, bostezos, estornudos, hipertensión, taquicardia, agitación, irritabilidad, insomnio, miedo, convulsiones, confusión aguda, etc. (Casas & Roncero, 2016; Dändliker & Kolbe, 2017).

1.1.2.7. Síndrome de Abstinencia Tardío

Cuadro resultado de la desregulación del sistema neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas que puede irrumpir a los pocos días o semanas de la interrupción del consumo supeditando a la persona durante meses o años. Este síndrome de abstinencia interfiere continuamente en el desarrollo normal de la persona, suponiendo un riesgo importante de recaída (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009).

1.1.2.8. Síndrome de Abstinencia Condicionado

Síndrome de signos y síntomas similares a los causados por la abstinencia que se rige por los principios clásicos del condicionamiento. Descrito por Wikler en 1965, el síndrome de abstinencia condicionada se fundamenta en la asociación de sucesos de

MARCO TEÓRICO

abstinencia (respuesta incondicionada) con estímulos ambientales (estímulos condicionados) de tal forma que la presencia y/o evocación de estos estímulos puede inducir una respuesta de abstinencia condicionada. La droga está vinculada, por medio del aprendizaje asociativo, a lugares, personas, objetos y sucesos concernientes a la conducta adictiva. La presencia o representación mental de estos estímulos condicionados puede desencadenar un cuadro similar a la abstinencia (García del castillo et al., 2015).

1.1.2.9. Dependencia

Trastorno descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) caracterizado por un patrón desadaptativo de consumo con síntomas comportamentales, fisiológicos y cognoscitivos que manifiestan la instauración del consumo a pesar de la aparición e identificación por parte del sujeto de efectos adversos relacionados con la sustancia.

1.1.2.10. Patología Dual

Término empleado por primera vez en 1991 para definir la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias o adicción comportamental. La coexistencia en una misma persona de ambas entidades diagnósticas se puede desarrollar de dos maneras: personas que no padecían ningún trastorno mental y a raíz del inicio del trastorno por consumo de sustancias lo han desarrollado, o bien personas que presentan patología mental previa y desarrollan, por padecer dicha patología o no, un trastorno por consumo de sustancias (González-Méndez, 2020).

1.2. Formas de Consumo de las Sustancias Psicoactivas

Las sustancias psicoactivas, en función del tipo de consumo realizado, manifiestan repercusiones personales, familiares, sociales y ocupacionales múltiples supeditadas al contexto sociocultural en el que acontece el consumo. M. E. Miccarelli (2000) identifica tres tipos de consumo en base al desarrollo del proceso adictivo: uso, abuso y adicción.

1.2.1. Uso de Sustancias Psicoactivas

Caracterizado por un consumo aislado y esporádico, normalmente producido de forma casual. El aliciente es la búsqueda de sensaciones. No existe afectación de las esferas relacionales de la persona. No cursa con episodios de intoxicación (Miccarelli, 2000). La *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) en colaboración con el Ministerio de Protección Social de la República de Colombia, publican en 2010 un documento denominado *Prevención en manos de los y las jóvenes: herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles* que enmarca dentro del término uso tres formas de consumo (UNODC/MPS, 2010):

- ***Consumo Experimental.*** Forma de consumo primaria en toda conducta adictiva relacionada con sustancias. La persona experimenta con una o varias sustancias, una o varias veces, pero una vez satisfecha su curiosidad decide el cese del consumo.
- ***Consumo Recreativo.*** Esta forma de consumo requiere un uso más asiduo de la sustancia, generalmente en contexto social, en entornos de fiesta, donde la persona raramente pierde el control o consume sustancias y/o utiliza vías de administración de alto riesgo. La finalidad es la búsqueda de efectos hedónicos y placenteros. No se produce un consumo en solitario.
- ***Consumo Habitual.*** Una vez superado al menos una de las formas de consumo previas, la persona es capaz de distinguir una sustancia preferente y muestra predilección por los efectos de esta, alcanzando una frecuencia de consumo y dosis cada vez mayores. Obedeciendo al tipo de sustancia, esta forma de consumo puede suponer el inicio de la dependencia física y/o psicológica.

1.2.2. Abuso de Sustancias Psicoactivas

Se caracteriza por un consumo regular de la sustancia con un marcado inicio del deterioro de las relaciones interpersonales. La etapa de abuso cursa con episodios de intoxicación (Miccarelli, 2000). Se pueden diferenciar dos tipos de consumo abusivo: consumo cuantitativo (frecuencia y cantidad superiores a las tolerables para

el mantenimiento de la salud) y consumo cualitativo (con independencia de la frecuencia y dosis, se realiza un consumo en condiciones especiales que entrañan peligro) (Pons-Diez, 2008). Las formas de consumo predominantes en el abuso son (Rodríguez & Plaza, 2018; UNODC/MPS, 2010):

- **Consumo Compulsivo.** La persona adopta un estilo de vida organizado en torno a la consecución de la sustancia y el poder consumirla. Depende del círculo social con el que realiza el acto, aunque se producen los primeros consumos en solitario. Los efectos hedónicos de la sustancia quedan remplazados por la necesidad y la evitación de malestar físico o psicológico resultado de la abstinencia.
- **Consumo Problemático.** La persona comienza a sufrir las consecuencias negativas del consumo. Las relaciones familiares se debilitan y la persona es incapaz de desempeñar sus responsabilidades sociales y/o laborales/educativas. Aparecen las primeras conductas disruptivas y la presencia de estados de intoxicación en situaciones que pueden entrañar peligro.

1.2.3. Adicción a Sustancias Psicoactivas

Implica la búsqueda compulsiva de la sustancia con imposibilidad de abstinencia a la misma. Ruptura total de relaciones familiares, sociales y laborales/educativas (Miccarelli, 2000). La dependencia a la sustancia queda instaurada cuando la persona no puede dejar de consumir para evitar la aparición de síntomas de abstinencia (dependencia física) y los cuadros de disforia característicos de la dependencia psicológica. La vida gira en torno a la obtención de la sustancia con una pérdida de control total.

1.3. Vías de Administración de las Sustancias Psicoactivas

La vía de administración de la sustancia psicoactiva interviene directamente sobre los mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos. Cuando la sustancia se administra por vías que inoculan estados placenteros intensos, rápidos y breves se genera un mayor poder adictivo (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009). Entre las principales vías de administración de las sustancias psicoactivas destacamos:

- **Vía Oral.** La administración de sustancias psicoactivas por esta vía puede ser ingerida en forma de tableta o comprimido, masticada o administrada de forma sublingual. El inicio de acción de la droga viene determinado por el proceso de absorción que fundamentalmente se produce a través de los capilares del tracto digestivo. No obstante, la forma sublingual inicia su absorción en la mucosa oral a través de los capilares de la cara inferior de la lengua que vierten a la vena cava superior, lo que evita el efecto de primer paso hepático. La liposolubilidad y la concentración de la sustancia junto a características fisiológicas (pH gástrico y velocidad de tránsito) y fisiopatológicas (enfermedad inflamatoria intestinal, úlcera gastrointestinal, colitis ulcerosa, colelitiasis, etc.) del consumidor, determinan su absorción (Santos & Guerrero, 1994). Constituye la vía de administración primera en el consumo de alcohol, LSD, anfetaminas, ansiolíticos y tranquilizantes (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009).
- **Vía Pulmonar.** La administración de la sustancia psicoactiva se produce de forma inhalada o fumada. La absorción se produce a través de los alveolos pulmonares por difusión. Son características de esta vía el cannabis, la heroína y el crack.
- **Vía Nasal.** La sustancia psicoactiva es esnifada. Prácticamente todas las sustancias se pueden consumir por esta vía, siendo la más característica la cocaína.
- **Vía Rectal o Vaginal.** Aplicación de la sustancia psicoactiva sobre la mucosa del recto o vagina. La vía rectal presenta una absorción muy errática, no obstante, presenta un pico de acción intenso y desmandado consecuencia de la falta de comunicación de la vascularización de la mucosa rectal con la vena porta (carece de primer paso hepático) (Santos & Guerrero, 1994). Vía utilizada para el consumo de cocaína, heroína y alcohol (*tampvodka*).
- **Vía Parenteral.** A través de una jeringuilla hipodérmica se puede administrar una sustancia psicoactiva de forma intravenosa, intramuscular y subcutánea. Coloquialmente la vía subcutánea se conoce como “la vía de

los novatos”, entendiéndose como un paso intermedio entre el consumo de drogas vía inhalada o fumada y la administración de sustancias intravenosas. Por el contrario, la vía intramuscular se considera “la vía veterana” al ser de elección en fases de adicción tardías con alto deterioro de las venas, lo que impide su canalización y administración por esta vía. La vía intravenosa, normalmente administrada en venas del antebrazo (aunque cualquier vena podría ser utilizada), carece de proceso de absorción al verter la sustancia directamente al torrente sanguíneo. Con inicio de efecto prácticamente inmediato, la vía parenteral es utilizada en heroína y policonsumo (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009).

1.4. Clasificación de las Sustancias Psicoactivas

A lo largo de los años se han erigido distintas clasificaciones de las sustancias psicoactivas con arreglo a diferentes criterios. L. Lewin, considerado el creador de la psicofarmacología moderna, publicó en 1924, dentro de su tratado farmacológico denominado *Phantastica*, una primera clasificación de las sustancias en cinco categorías: *euphorica* o agentes anodinos del espíritu (cocaína, opio y sus derivados), *phantastica* o agentes de ilusión sensorial, inebriantia o embriagantes (alcohol, éter, cloroformo, o bencina entre otras), *hypnotica* o hipnóticos (barbitúricos y somníferos), y *excitantia* o estimulantes (café, tabaco, cola, etc.).

En 1953, las premisas de A. Porot originaron una corriente de clasificación de las sustancias en dos grupos: grandes toxicomanías (opio, cocaína y cannabis) y hábitos familiares con sustancias inofensivas (café, alcohol, tabaco o somníferos) (Escohotado, 2018). Esta última clasificación podría estar relacionada con la tipificación más reciente de “droga dura” y “droga blanda”. A pesar del uso extendido de esta terminología, actualmente ni la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) ni el DSM han estandarizado esta clasificación. La subjetividad por parte del profesional/investigador y el dinamismo del término droga dura-blanda en función del consumidor convergen en una falta de consenso, y por consecuente, en un impacto negativo en la percepción pública de las sustancias psicoactivas, la interpretación de los resultados de la investigación y el diagnóstico y/o tratamiento de los TUS. Un estudio publicado por *The American journal of Drug and Alcohol Abuse* establece, a

través de una revisión del contenido cuantitativo de 132 artículos publicados entre 2011 y 2015, tres razones para desaconsejar el uso de esta clasificación en investigación: falta de consenso sobre la lista completa de sustancias psicoactivas que requieren categorización, omisión de agrupación de sustancias psicoactivas en drogas duras-blandas dentro de su relación con otras sustancias y ausencia de criterios definitorios establecidos de dureza-blandura (Janik et al., 2017). A. Escotado, filósofo, jurista y escritor autor del libro *Historia general de las drogas* editado por primera vez en 1983, desgrana las clasificaciones fundadas hasta la fecha y establece una ordenanza de las sustancias en función de la *psicoactividad*, señalando la coexistencia de tres esferas: la primera está relacionada con la búsqueda de paz interior, procurar con la sustancia un mero alivio del dolor, el sufrimiento, la pérdida, etc. (opio y derivados, tranquilizantes mayores o neurolépticos, tranquilizantes menores, hipnosedantes, alcohol, etc.), la segunda esfera versa sobre la búsqueda de energía resultando la sustancia objeto combativo del aburrimiento, la pereza o la impotencia (café, té, guaraná, cacao, coca, cola); y la tercera esfera, la relacionada con la búsqueda de sensaciones nuevas (LSD, psilocibina, mescalina).

Apartando la psicoactividad, la naturaleza o la estructura química, otro criterio de clasificación de las sustancias psicoactivas viene representado por la legalidad. Se puede establecer, en base a esta perspectiva, cuatro categorías: drogas institucionalizadas cuya producción, distribución, venta, posesión o uso están legalizadas (alcohol y tabaco), drogas que son fármacos dispensados tras indicación facultativa (hipnosedantes), drogas de utilización industrial con producción, distribución, venta y uso legalizados pero sin el fin último de ser ingeridos (inhalantes), y drogas clandestinas con fabricación, tráfico, posesión y uso ilegalizados (cocaína, cannabis, heroína o éxtasis entre otras) (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizosoain, 2009).

El RD 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional establece como criterios determinantes: semejanzas a otras sustancias conocidas catalogadas de estupefacientes, utilidad terapéutica, riesgo de abuso, fiscalización en otros países y/o presencia de otros criterios que fundamenten la fiscalización en nuestro país. La legalidad/ilegalidad de una sustancia viene determinada por el Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas sobre estupefacientes.

MARCO TEÓRICO

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2017) recoge como droga legal de mayor prevalencia en nuestro país entre los 15 y 64 años el alcohol, tabaco y los hipnosedantes con/o sin receta respectivamente. Dentro de las categorizadas como drogas ilegales, la mayor prevalencia la conforman el cannabis y la cocaína principalmente, instaurándose una evolución a la baja en otras drogas ilegales como la heroína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalantes volátiles.

A continuación, tomando como referencia la psicoactividad como característica común en las denominadas drogas de abuso, teniendo en cuenta las indicaciones de la OMS en cuanto a practicidad; y tratando de reducir los sesgos implícitos en una interpretación subjetiva, con cierto arraigo cultural, el sistema de clasificación de sustancias aplicado durante el trascurso del trabajo de campo en la presente tesis doctoral, a través de la entrevista *WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, ha sido la clasificación de las sustancias psicoactivas en función exclusivamente de los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

El inicio del consumo generalmente está relacionado con factores ambientales y sociales. No obstante, el avance del sujeto hacia un TUS está influenciado por cambios en el cerebro (Heinbockel & Csoka, 2018). La capacidad de la sustancia para generar en el organismo una activación sobredimensionada del sistema de recompensa cerebral potencia la instauración de la dependencia. La administración de una sustancia induce en el organismo un fenómeno de abstinencia y otro de hipersensibilización de las respuestas dopaminérgicas del sistema de recompensa constituido básicamente por estructuras del sistema límbico con predominio dopaminérgico como el núcleo accubens, hipocampo, amígdala, sustancia negra, pallidum ventral, núcleos motores mesencefálicos y corteza prefrontal (Navarro & Fonseca, 1999; Pineda-Ortiz & Torrecilla-Sesma, 1999).

A pesar de las distintas clasificaciones, la forma más correcta y práctica de clasificar las sustancias psicoactivas es en función de sus efectos sobre el SNC:

- ***Sustancias Psicoactivas Estimulantes del SNC o Psicoanalépticas:*** aumentan el ritmo de las funciones corporales excitando la actividad nerviosa. Sus representantes más destacados son la cocaína, anfetaminas

(dextroanfetamina, metanfetamina o speed, metilfenidato) metilxantinas (teofilina, teobromina, cafeína, etc.), nicotina o el khat entre otras.

- ***Sustancias Psicoactivas Depresoras del SNC o Psicolépticas:*** disminuyen el ritmo de las funciones corporales retardando la actividad nerviosa. Sus representantes más notorios son alcohol, opiáceos (opio y derivados, morfina, heroína, etc.), hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos), ansiolíticos, antipsicóticos o el GHB (“éxtasis líquido”).
- ***Sustancias Psicoactivas Perturbadoras del SNC o Psicodislépticas:*** alteran el estado de conciencia, distorsionan la realidad y evocan respuestas sensoriales sin estímulo (alucinaciones). Destacan alucinógenos feniletilamínicos (mescalina, MDMA, etc.), alucinógenos triptamínicos (psilocina y psilocibina), alucinógenos ergolínicos (ácido lisérgico o LSA y su derivado sintético LSD), alucinógenos tropánicos (atropina, escopolamina, etc.), alucinógenos triptamin-tropánicos (ibogaína y derivados), alucinógenos piperidínicos (fenciclidina o fenilciclohexilpiperidina, ketamina), alucinógenos isoxazolínicos (ácido iboténico, muscazona y muscimol), alucinógenos tetrahidrocannabinólicos (Δ^8 -tetrahidrocannabinol, Δ^9 -tetrahidrocannabinol, cannabidiol y cannabinol), alucinógenos estiril-pirónicos (yangonina, kavaína y mestisticina), alucinógenos terpenoides no nitrogenados (salvinorina A), alucinógenos de origen animal (metridium senile, physalia, bufotenina, etc.).
- ***Otras Sustancias Psicoactivas:*** se incluyen aquellas sustancias capaces de generar un efecto perturbador de forma simultánea a efecto estimulante o depresor. Se incluyen la ketamina, drogas de síntesis, esteroides anabolizantes o el poppers entre otras.

1.4.1. Sustancias Psicoactivas Estimulantes del SNC

Las sustancias psicoactivas estimulantes del SNC o *psicoanalépticos* producen incremento de la despolarización neuronal, aumento de la concentración y disponibilidad de neurotransmisores, prolongación de la acción de los neurotransmisores, debilitamiento de la membrana neuronal y postergación de la

MARCO TEÓRICO

recuperación sináptica. Esto se traduce en la génesis de un estado de alerta caracterizado por niveles anormalmente altos de energía, mejora del rendimiento físico, reducción del apetito y la fatiga e incremento subjetivo de la agudeza mental, la concentración, la motivación y la atención. Las sustancias psicoanalépticas desarrollan su efecto estimulante a través del aumento de la actividad excitatoria o mediante el bloqueo los componentes inhibitorios. Por ende, existen estimulantes del SNC que inducen excitación mediante el bloqueo de receptores para el GABA (ácido gammaaminobutírico) y la glicina (neurotransmisores inhibidores) o la adenosina (neuromodulador con acción depresora secundaria a una hiperpolarización de la membrana neuronal), mientras que otros psicoanalépticos producen una estimulación del SNC mediante el aumento de catecolaminas endógenas. Una excitación excesiva de los psicoanalépticos sobre el SNC puede producir vómitos, náuseas, arritmias o convulsiones y derivar en reacciones tardías como confusión, agitación o alucinaciones (Korolkovas et al., 1979; Remington & Gennaro, 2003). A continuación, como representantes de este grupo de sustancias psicoactivas, se glosa más detenidamente cocaína y anfetaminas.

1.4.1.1. Cocaína

La cocaína es un alcaloide perteneciente a la planta *coca*, denominada *Eritroxilo* por Browne en 1956 o *Erythronxylon* por Linneus en 1959, arbusto con más de doscientas especies diferentes distribuidas por América del Sur, Caribe, India, África, Asia tropical y Oceanía. La planta de coca se compone de fibras, aceites esenciales, vitaminas, minerales y generalmente contienen grandes cantidades de alcaloides como higrina, cuscohigrina, trans-cinamoilocaína, cis-cinamoilocaína, nicotina, tropococaína, metilecgomina, tropinona, benzoilecgonina y cocaína.

1.4.1.1.1. Origen de la Cocaína

Tradicionalmente la coca se ha consumido de forma tópica secando la hoja al sol y creando un polvo o cataplasma, o bien masticada mezclando la hoja con lima, cenizas de conchas marinas quemadas, piedra caliza, bicarbonato de sodio u otras plantas para promover la salivación y la liberación de alcaloides. Su uso tradicional y la importancia cultural en las regiones montañosas de Sudamérica conferían a la coca un significado social, de hermandad y afecto, pero también un sentido místico al ser el

componente de ungüentos y brebajes de chamanes con la finalidad de aliviar molestias gastrointestinales, dolor de boca o garganta, inducción y celeridad del parto, etc. (Bauer, 2019).

En 1855 F. Gaedcke, químico alemán, separó el alcaloide cocaína de la hoja de coca. En 1859, a través de un procedimiento que usaba alcohol, bicarbonato sódico, ácido sulfúrico y éter, A. Niemann aisló la cocaína purificada, siendo finalmente su alumno W. Lossen quien determina en 1865 la fórmula molecular de la cocaína: $C_{17}H_{21}NO_4$. Elemento necesario del tónico vigorizante *Vin Mariani* en 1863 (resultado de la agregación al vino de Bourdeaux de la primera preparación estable de coca) y componente de la bebida *Coca-Cola*® hasta 1903, la coca ha sido durante siglos empleada no solo con fines recreativos sino también medicinales. Durante el siglo XIX era considerada como un remedio para aliviar el asma, resfriados, eczemas, trastornos gastrointestinales, agotamiento físico, estrés, depresión, melancolía, histeria, agorafobias, fobia social, problemas sexuales, deshabitación al alcohol y opio, etc. Con respecto a este último uso, S. Freud en su publicación de 1884 elogiaba el uso de la coca como tratamiento en adicción a la morfina, siendo posteriormente las consecuencias evidenciadas en sí mismo (relevadas por su prometida) y las acusaciones que versaban sobre su persona (uso de coca como adulterante de morfina y alcohol), los detonantes que pusieron fin a las publicaciones de este autor sobre los beneficios de la planta. “No pierda el tiempo, sea feliz” o “Si se siente pesimista, abatido, solicite cocaína” fueron algunas de las campañas publicitarias iniciadas por comerciantes como Merck o P. Davis y que hicieron de la coca una sustancia no regida por estratos sociales hasta 1890 cuando, el descubrimiento de una nueva vía de administración, la inhalada en polvo, daría un giro a la visión de esta sustancia por parte de la sociedad. En 1886 se reportan los primeros casos de muerte relacionados con arritmias cardíacas secundarias a cocaína y se publican los resultados de la primera descripción anatómica patológica del consumidor de cocaína realizada por Bravetta donde se describía una hiperemia pulmonar, cerebral y de glándulas adrenales (Bauer, 2019; Escohotado, 2018; Téllez & Cote, 2005).

En 1914 la coca y sus derivados fueron declarados sustancias ilegales en Estados Unidos (EE.UU) con importación y exportación prohibida (Convención Internacional sobre estupefacientes de 1925) y con limitaciones en su fabricación y

distribución (1931). La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) incluyó la coca como droga en el listado I, promoviendo así el desarraigo de los arbustos de coca y relegando su producción, distribución, posesión y uso al “mercado negro”. En España, la ilegalidad irrumpe en 1944 con la publicación del Código Penal y la tipificación de delitos de venta ilícita, tráfico y consumo. (Bauer, 2019; González Llona et al., 2015). No obstante, resulta imprescindible matizar que la coca y cocaína no son lo mismo y que son muchos los autores que critican la transferencia negativa sobre la coca. J. M. Toyne (Toyne, 1999) señala: “la comparación entre el efecto fisiológico de masticar hojas de coca naturales e inhalar cocaína en polvo es como comparar mangueras de incendio con lanzallamas” (p. 21).

1.4.1.1.2. Formas de Administración de la Cocaína

La cocaína o benzoilmetilecgonina es considerada un tropano, compuesto orgánico nitrogenado biciclo con fórmula química $C_{17}H_{21}NO_4$, con estructura similar a los alcaloides de solanáceas alucinógenas como la mandrágora, la belladona o el beleño. Su forma de consumo más habitual, el *clorhidrato de cocaína* se manifiesta en forma de polvo cristalino brillante termorresistente, poco volátil, resistente a la luz y de sabor amargo que precisa de ambientes secos para su producción y conservación. Otros nombres por los que se conoce a la cocaína son “snow”, “lady”, “flake”, “blow”, “perico”, entre otros. Con respecto a la pureza de la cocaína, el *Informe Europeo sobre Drogas 2021* publicado por el Observatorio europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) determina que la cocaína consumida en el continente europeo reporta una pureza que oscila entre el 31% y el 91% (pureza media el 53% y el 68%), niveles que se mantienen al alza la última década. El resto de la composición adulterada se compone de glucosa, manitol, lactosa, anestésicos locales (lidocína, procaína), talco, harinas, anfetaminas, heroína, etc. (EMCDDA, 2021).

Las hojas de coca secas constituyen la forma de consumo más primitiva. Administrada de forma oral (masticada o infusionada), la hoja de coca tiene una absorción errática (concentración plasmática máxima a los 60 minutos) con una durabilidad del efecto de 20-60 minutos. El *Sulfato de cocaína*, la *pasta de coca* o “basuco” es el resultado del primer proceso de sustracción de la cocaína a partir de las

hojas de coca y supone el paso previo a la obtención del clorhidrato de cocaína. Se consume vía pulmonar (fumada). El *Clorhidrato de cocaína* se suele administrar de forma intranasal (esnifada) o parenteral (intravenosa), siendo la vía ocular, genital, subcutánea o intramuscular más excepcionales. La cocaína esnifada tiene acción rápida con una duración de la sensación de euforia y locuacidad de 20-40 minutos mientras que la vía endovenosa, con efectos inmediatos, tiene una durabilidad de los efectos de 10-20 minutos. Esta última vía se acompaña frecuentemente de un “efecto rebote” o *crash* caracterizado por irritabilidad y disforia por lo que es muy frecuente la administración conjunta de heroína, lo que se conoce como *speedball*, para contrarrestar este efecto. La *cocaína base* es el resultado de la mezcla de clorhidrato de cocaína con una solución básica que posteriormente al ser expuesta a muy altas temperaturas (800°C) se administra de forma inhalada (free base). El requerimiento de un mechero de propano para la inhalación de los vapores de free base, hacen más común una segunda forma de consumo, la denominada “crack”. El *crack* es el resultado del proceso de refinación de sales de cocaína que contiene impurezas como éter, metanol, acetona o queroseno. Está constituido a partir de la alcalinización de una solución acuosa de clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico, que al calentarse a 98°C hace que la base precipite y se solidifique para posteriormente ser triturada y esfinada o fumada (mezclada con tabaco y/o marihuana). El *crack* alcanza concentraciones plasmáticas máximas a los 8-10 segundos y su efecto se posterga durante 5-10 minutos seguido de un “descenso” también muy rápida que marca el inicio de la dependencia y consolida el ciclo de recaídas (Garro Vargas, 2011; Lizasoain et al., 2002; Téllez & Cote, 2005).

1.4.1.1.3. Efectos de la Cocaína Sobre el SNC

La cocaína incrementa los niveles de dopamina, noradrenalina y en menor medida serotonina generando un cuadro de euforia, locuacidad, sensación subjetiva de mayor energía y capacidad de concentración, secundario al bloqueo de la recaptación de estos neurotransmisores y, en consecuencia, al aumento de la concentración en la hendidura sináptica. Este suceso produce aumento de la actividad simpática (sobrestimulación de receptores α y β adrenérgicos) con vasoconstricción periférica, aumento de la presión arterial, aumento de la contractilidad y frecuencia cardíaca,

MARCO TEÓRICO

midriasis, temblor, sudoración excesiva, etc. Además, la vasoconstricción periférica junto al aumento de la actividad muscular y el bloqueo de los sistemas de termorregulación (ausencia de control dopaminérgico de receptores hipotalámicos) suscitan estados de hipertermia por aumento de la temperatura corporal. Una vez superada la euforia inicial, la inhibición de la recaptación de la dopamina origina un cuadro disfórico encarnado por la manifestación del *craving* o deseo de consumo. Se han vinculado a consumidores de cocaína alteraciones conductuales (bruxismo, estereotipias, etc.), alteraciones de la percepción (alucinaciones táctiles o “bichos de la cocaína”, alucinaciones visuales como brillos de color o copos de nieve, alucinaciones auditivas de tipo autorreferencial, paranoide, persecutorio o de ruina), estados de anorexia, insomnio de conciliación y mantenimiento, estados depresivos mayores, cuadros de ansiedad, comportamientos suicidas, etc. (González Llona et al., 2015; Lizasoain et al., 2002; Téllez & Cote, 2005).

1.4.1.2. Anfetaminas

1.4.1.2.1. Origen de las Anfetaminas

Las anfetaminas son derivados sintetizados de la efedrina, sustancia aislada de la conífera *Efedra vulgaris*, de estructura química similar a la adrenalina, sintetizadas por primera vez por L. Edelano en 1887 bajo el nombre de fenil-isoprolamina. Sus propiedades estimulantes del SNC, antihemorrágicas y bronquodilatadoras condujeron a G. Alles en la década de 1930 a producir y comercializar la primera anfetamina, la Bencedrina[®] (isómero racémico o sulfato de anfetamina racémica o bennies) en forma de inhalador como tratamiento para el asma. Poco después, otros preparados comerciales (Simpatina[®], Profamina[®], Centramina[®], etc.) se comercializaron como fármacos destinados a revertir efectos de sobredosificación de sedantes, tratamiento de la depresión y la fatiga, obesidad, vértigos, deshabitación a alcohol y opiáceos, etc. Posteriormente en 1937 aparece el isómero dextrógiro, la dexedrina (dexanfetamina, d-fenil-isopropilamina o d-benzedrina o dexies) dos veces más activo que el isómero racémico. Finalmente, en 1938 se sintetiza otro análogo de las anfetaminas muy popular en la actualidad y base para la obtención de otras sustancias psicoestimulantes, la methedrina o metanfetamina (speed), que constituye la base del grupo MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina o éxtasis) (Escohotado,

2018; Heal et al., 2013; Robledo, 2008). Desde su producción, las anfetaminas, al igual que el resto de las sustancias psicoactivas en su origen, aparecían al consumidor encubiertas con campañas de publicidad que ensalzaban las propiedades estimulantes de la sustancia. No obstante, los problemas de dependencia entre la militancia acaecidos tras la segunda guerra mundial y la guerra civil española, los escándalos de dopaje en el deporte nacional e internacional, la peligrosa venta de la popular *krakovit*[®] entre los estudiantes y la tipificación de la cocaína como sustancia ilegal, impulsó que finalmente en 2001 resultase prohibida su comercialización, quedando relegado su uso a únicamente dos indicaciones terapéuticas: tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la narcolepsia.

1.4.1.2.2. Formas de Administración de las Anfetaminas

Las anfetaminas y sus derivados se pueden administrar vía oral, intravenosa o inhalatoria. Actualmente la forma de consumo más habitual es la vía oral en forma de tabletas o pastillas. La absorción comienza en torno a una hora tras la ingesta, alcanzándose niveles plasmáticos máximos de la sustancia entre la 1-3 horas post-ingesta. La absorción completa se produce a las 4-6 horas, aunque los efectos subjetivos de euforia, bienestar, reducción del cansancio, hambre y sueño pueden prolongarse hasta las 8-12h. Posteriormente, al igual que en la cocaína aparece un cuadro disfórico (crash), que puede incitar de nuevo a la ingesta compulsiva y así postergar el “atacón” 24-48h (Robledo, 2008).

1.4.1.2.3. Efectos de las Anfetaminas Sobre el SNC

Las anfetaminas tienen un mecanismo de acción similar al de la cocaína, con afectación de los mismos neurotransmisores, pero incitando en ellos un comportamiento diferente. Las anfetaminas producen un aumento de concentración de dopamina en la hendidura sináptica tanto por bloqueo de la recaptación (mecanismo de la cocaína) como por aumento de la liberación, repercutiendo principalmente en áreas del sistema límbico e hipotálamo; aumento de concentraciones en hendidura sináptica de serotonina por inhibición de la recaptación, aumento de la liberación de noradrenalina que repercute directamente sobre el SNC (aumento de la actividad motora, locuacidad y concentración, aparición de estereotipias, disminución del sueño, cansancio y hambre etc.) y a nivel periférico (vasoconstricción periférica, sudoración,

MARCO TEÓRICO

taquicardia, midriasis, sequedad de boca, disminución del peristaltismo, etc.) En el plano psicológico, un consumo crónico de anfetaminas puede producir cuadros psicóticos con clínica alucinatoria e ideas delirantes de tipo paranoide o persecutorio, depresión reactiva, etc. (Heal et al., 2013; Robledo, 2008; Siefried et al., 2020).

1.4.2. Sustancias Psicoactivas Depresoras del SNC

Las sustancias psicoactivas depresoras del SNC o *psicolépticas* inhiben o restringen el correcto funcionamiento del SNC favoreciendo un estado caracterizado por la génesis de fenómenos de relajación, sedación, analgesia y sueño, que puede tornarse pernicioso desencadenando cuadros de coma y muerte ocasionados por la inhibición de respuestas autónomas, la abolición del reflejo deglutorio y la depresión del centro respiratorio. Las sustancias psicolépticas en su mayoría intervienen a nivel cerebral aumentando los niveles de GABA, un neurotransmisor inhibitorio distribuido en las neuronas del córtex cerebral. El aumento de concentración de este neurotransmisor repercute directamente en las áreas motora y cognitiva generando efectos que van desde la somnolencia y la disminución de la respuesta al estrés (respuesta eficaz en estados de ansiedad y trastornos del sueño), hasta aparición de efectos indeseados como falta de concentración, confusión, descoordinación motora, dolor de cabeza, vértigos, mareos, habla distorsionada, presión arterial disminuida y respiración pausada. Todas las sustancias depresoras del SNC cursan con dependencia física (aparición de síndrome de abstinencia ante la supresión del efecto) y psicológica secundaria al efecto reforzador de los psicolépticos, dependencia cruzada, tolerancia y tolerancia cruzada. Como representantes de este grupo de sustancias destacan: alcohol, opio y derivados (heroína, morfina, metadona, codeína, propoxifeno, etc.) sedantes y ansiolíticos (clonazepam, diazepam, flunitrazetam, alprazolam, etc.), y antipsicóticos o tranquilizantes mayores (haloperidol, olanzapina, clozapina, levomepromacina, etc.) (Martínez et al., 2002; United Nations Office on Drugs and Crime, 2016).

1.4.2.1. Alcohol

1.4.2.1.1. Origen del Alcohol

El alcohol es una bebida que contiene cantidades variables de etanol o alcohol etílico cuyo proceso de elaboración es generalmente por fermentación o destilación.

Existen resquicios de la presencia de bebidas alcohólicas desde la prehistoria en ciudades como Jiahu, al norte de China, donde vasijas de barro que datan de 7000 a 6600 a. de C. contenían bebidas fermentadas a base de arroz, uvas, miel y bayas o en Irán, donde residuos encontrados en jarras que datan de 5400 a 5000 a. de C. y de 3100 a 2900 a. de C. parecían indicar la presencia de vino e hidromiel (bebida resultante del fusión de miel y cerveza) respectivamente. En Sumeria, situada en la confluencia de los ríos Éufrates y Tigris, región histórica de la parte sur de la antigua Mesopotamia, se elaboraron tablas de arcilla que recogían hasta diecinueve tipos de cerveza elaboradas con cebada y trigo. El influjo de la cerveza en esta época fue tal que incluso los escritos recogen poemas de veneración a Ninkasi, diosa de la producción de cerveza, resulta del acto sexual de remate ceremonial entre Ishar, la diosa de la procreación, con el rey de Sumeria. En Egipto, más en concreto en la ciudad de Hierakonpolis, se encuentran ruinas que evidencian la existencia de la fábrica de cerveza más antigua del mundo que data de 3400 a. de C. Los restos hallados en la tumba del Rey Escorpión hacen sospechar de la presencia de un mercado del vino y cerveza como sustento secundario de la civilización egipcia. En Grecia, el vino, cuya producción data de 2000 a. de C., se convierte en bebida esencial en los denominados *simposios* donde regía la democracia en cuanto al reparto equitativo de la bebida entre todos los asistentes. En Atenas, considerada cuna de literarios, filósofos, dramaturgos y poetas, aparecen los primeros escritos que hacen relación a los efectos nocivos de la bebida. Se plasman las distintas calidades del vino, que creían se regía por la divinidad de los suelos de cultivo de la vid, los efectos de la “resaca” y sus posibles remedios (repollo hervido, dormir, etc.), la edad de inicio aconsejado de consumo en la civilización helénica (Platón en su obra *República* identifica en el simposio un acto limitado a hombres donde los jóvenes aprendían a manejar el alcohol), etc. El consumo del vino fue tan comúnmente aceptado que incluso los sobrios eran considerados personas sospechosas, insensibles y poco confiables a los que se denominaba “bebedores de agua”. La mujer tenía limitado su acceso por considerar que el alcohol las volvía violentas, estado que describían como “paroinos”. En el Siglo II a. de C. los seguidores de Dionisio, dios griego al que se le atribuía los efectos nocivos del alcohol, llegaron a territorio romano. Su predilección por la bebida no fue bien recibida por los romanos que terminaron por masacrar los templos erigidos en honor al dios griego y

MARCO TEÓRICO

destruir todo vestigio de los partidarios de Dionisio. Sin embargo, años más tarde, Pompeya se convertiría en cuna del consumo excesivo de alcohol, la ambición y la corrupción (Khaderi, 2019).

Resulta importante destacar la significación del alcohol en el contexto religioso. Las biblias cristiana y hebrea, el Corán o los escritos budistas recogen los efectos del alcohol sobre el comportamiento. La mayoría de los escritos religiosos respaldan un consumo controlado y moderado de alcohol, pero hay pequeños matices en cada una de ellas. El judaísmo condena la embriaguez, el budismo lo considera un veneno que nubla la conciencia a la vez que ratifica que fue parte del origen del conocimiento de Buda, y el Corán prohíbe en su totalidad el uso de alcohol (alcohol, juegos de azar, ídolos y flechas de adivinación [belomancia]) en cualquier forma. La biblia cristiana por su parte considera el vino símbolo de la eucaristía, ceremonia en la que los fieles se reúnen a compartir pan y vino, siendo condenado por el apóstol Pablo la embriaguez y la intoxicación. Avanzando históricamente, las cruzadas respondían a enfrentamientos políticos y religiosos entre cristianos y musulmanes por el dominio de la Tierra Santa. Mientras que los musulmanes continuaron el trabajo de los griegos para identificar los efectos nocivos del alcohol (destaca Al Zahrawi, cirujano que identificó en el alcohol origen de convulsiones, demencia, apoplejía, parálisis, gota y alteraciones del hígado), la Europa cristiana sumida en plena Edad Media seguía haciendo apología del alcohol e incluso lo catalogaba en base a la casta social. El vino quedaba relegado a clero y nobleza, mientras que la cerveza era la bebida ingerida por plebeyos como medio de sustento al verse el agua corrompida por las condiciones de confinamiento e insalubridad de la época (Khaderi, 2019; Nathan et al., 2016).

En 1315, A. Villanova, médico y alquimista, compuso a través de la destilación bebidas que denominó licores destilados *aguardiente*, comercializados como tónico para la salud primero en Alemania y luego en el resto de Europa. En 1492, Isabel y Fernando, reyes de España, viajan a las Américas en un proceso de conquista que duró más de cincuenta años y cuyo resultado se tradujo en una propagación intercontinental de destilados y vino que se incorporaron a las cervezas fermentadas (tesguino o cerveza de maíz, blache o hidromiel, pulque o savia fermentada de maguey, etc.) por las civilizaciones azteca e inca. Las cartas de patente elaboradas por la reina Isabel dirigidas al inglés W. Raleigh impulsaron la creación de una colonia estadounidense

en 1584. El asentamiento y propagación de las colonias en América promovió la creación en 1621 de la Compañía de las Indias Occidentales. Todo este proceso de conquista se tradujo en un comercio de cervezas y bebidas destiladas a través del atlántico, la creación en 1634 las “posadas” o “casas ordinarias” con una regulación de precios fijada por ley y, en contraposición, en la irrupción de la corrompedora “agua malvada” del hombre blanco en la población indígena (Khaderi, 2019).

La crecida imperiosa del alcohol en los años posteriores, representada por la irrupción en el comercio internacional del ron, la ginebra, el whisky y demás bebidas destiladas, alcanzó un hito de consumo en la década de 1870 para posteriormente iniciar una tendencia decreciente (Khaderi, 2019; Nathan et al., 2016). En 1935 nace en Ohio Alcohólicos Anónimos (AA) como forma de recuperarse del alcoholismo. Dos décadas después, en 1955 se tramita la primera solicitud para formar un grupo en Madrid, España. No sería hasta 1979 que AA se consolida en nuestro país como asociación legalizada con 616 grupos en la actualidad distribuidos por toda la geográfica nacional. En 1955 de forma paralela a AA e impulsada por dos familiares de miembros de ésta, se erigen *Grupos de Familia Al-Anon*, con el objetivo de ayudar a las familias de alcohólicos en recuperación. De *Al-Anon* resultan los *Grupos de Alateen* destinados específicamente a hijos adolescentes de padres alcohólicos. En 1980 emerge *Mother Against Drunk Driving* con la finalidad de alertar de los peligros de conducir bajo los efectos del alcohol y crear conciencia en la enfermedad.

1.4.2.1.2. Formas de Administración del Alcohol

El alcohol es una sustancia eminentemente oral. No se establece un nivel de consumo de alcohol seguro, sin embargo, si se instaura el límite de consumo de bajo riesgo en 2 Unidades de Bebida Estándar (UBE)/día en hombres y 1 UBE/día en mujer atendiendo a las diferencias fisiológicas y la distinta capacidad para metabolizar el alcohol. En España se designa la UBE a 10 gramos de alcohol, lo que equivaldría a 300 mililitros de cerveza de 4 grados, 100 mililitros de vino de 13 grados o 15 mililitros de licor o bebida destilada de 40 grados, entre otros. La OMS considera consumo de alcohol intensivo o *binge drinking* a la ingesta de más de 60 gramos de alcohol en un espacio de tiempo reservado a este fin. La *Primera Conferencia Española de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica* categoriza este término

MARCO TEÓRICO

atendiendo al género, estableciendo como cifras de consumo intensivo de alcohol la ingesta de 60 gramos (6 UBEs) en varón y 40 gramos (4 UBEs) en mujer durante un periodo de tiempo que oscila entre 4 y 6 horas a lo largo del cual se postergan niveles de intoxicación etílica en sangre de 0,8 gramos por litro (Ministerio de sanidad, 2020). En los últimos años nuevas vías de administración, procedentes de EE. UU y Reino Unido, están irrumpiendo entre la población más joven la cual utiliza mucosas y cavidades con el fin de experimentar absorciones más vigorosas y rápidas. Destacan los *oxy-shots* (ingesta de alcohol en dispositivos de nebulización), el *tampodka* (introducción de tampones impregnados en alcohol por ano o vagina) y el *eyeballing* (aplicación directa de alcohol en la mucosa ocular) (Carrasco-Farfán et al., 2015). Según reporta el *Informe Europeo sobre Drogas 2021* publicado por el EMCDDA, la forma de abuso predominante que describe una curva ascendente desde 2015 es el *binge drinking* con una prevalencia del 19,4%. La bebida alcohólica seleccionada para este propósito difiere en función de la edad, reflejando un mayor consumo de vino en el grupo de edad 55-64 años, combinados con bebidas destiladas en el grupo de edad 15-24 años (el 67% de los encuestados en este rango de edad reconocen haber sufrido una intoxicación etílica por combinados el último mes) y la cerveza entre los encuestados de 45-54 años (el 86,3% de personas en este rango de edad habían consumido cerveza los 7 días previos a la encuesta) (EMCDDA, 2021).

1.4.2.1.3. Efectos del Alcohol Sobre el SNC

El alcohol presenta efectos dosis-dependiente. Las manifestaciones de la intoxicación alcohólica tienen una relación directamente proporcional al nivel de alcohol en sangre. En personas no tolerantes (sin consumo crónico de alcohol) niveles de 0,02-0,1 g/l inician una fase de pseudoexcitación caracterizada por euforia, vitalidad, desinhibición y activación conductual, descoordinación motora y deterioro cognitivo leve. A medida que se aumenta la dosis, se acrecienta de forma exponencial el influjo sedativo de la sustancia sobre el SNC. Por ende, concentraciones de 0,1-0,2 g/l revelan un deterioro cognitivo mayor, disminución del autocontrol y la autocrítica, descoordinación, ataxia, alteración de la visión y reducción de reflejos con prolongación del tiempo de reacción. Supone un riesgo severo que pone en grave compromiso el funcionamiento vital una concentración en sangre de 0,3 g/l o superior,

que cursa con disminución del umbral convulsivo, estupor, coma, parálisis respiratoria y muerte (Goldman et al., 2016). El alcohol repercute en la fluidez de la membrana celular provocando la apertura de canales de cloro vinculados al receptor GABA, lo que genera una hiperpolarización neuronal y, por consecuente, una menor sensibilidad a estímulos. Además, el alcohol disminuye la permeabilidad de los receptores ionotrópicos, más en concreto, reduce la permeabilidad al calcio de los canales asociados al receptor NMDA de aspartato-glutamato impidiendo la despolarización neuronal (Redolar, 2008; Velasco, 2014). El consumo moderado de alcohol puede derivar en complicaciones físicas (esteatosis hepática, cirrosis, pancreatitis, gastritis, úlceras pépticas, osteoporosis, miopatía, infertilidad, síndrome metabólico, pseudo-cushing, anemia macrocítica, neutropenia, trombocitopenia, ferropenia, hipertensión, accidente cerebrovascular, arritmias, cardiomiopatía, cáncer, muerte súbita, etc.) y complicaciones neuropsiquiátricas que deben su origen y/o desarrollo tórpido ulterior al alcohol. Destacan trastornos del comportamiento, trastornos psicóticos (alucinaciones, delirio celotípico, de perjuicio o de ruina), trastornos cognitivos (amnesia episódica, síndrome de Korsakoff, demencia alcohólica, etc.). Asimismo, la presencia de abuso o dependencia al alcohol en personas con trastorno psiquiátrico comórbido (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), esquizofrenia, etc.) acrecienta la sintomatología afectiva de la patología, lo que deriva en aparición de conductas disruptivas y violentas, problemas familiares, laborales y sociales suscitando una fuerte relación directa entre intoxicación alcohólica y conducta suicida (Pereiro, 2010).

Resulta de especial importancia destacar el *Síndrome de abstinencia de alcohol*, entendido como una condición clínica inestable que puede desarrollarse en las primeras 6-24h tras el cese abrupto de la ingesta de alcohol. Esta interrupción se traduce en un incremento de la actividad glutamatérgica y un declive de la actividad GABAérgica que generan una sobreexcitabilidad neuronal por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Esto ocasiona un cuadro clínico de gravedad variable que cursa con taquicardia, hipertensión, fiebre, temblores, ansiedad, depresión, irritabilidad, agitación psicomotora, trastornos del pensamiento y complicaciones neuropsiquiátricas como el *delirium tremens* y convulsiones tónico-clónicas. Las convulsiones suelen ser autolimitadas, pudiendo trocarse a estado epiléptico en el 9-

MARCO TEÓRICO

25% de los casos. La temporalidad del síndrome y el fenómeno de encendido o *kindling* (episodios repetidos de síndrome de abstinencia del alcohol) marcan la gravedad del cuadro clínico. La forma más peligrosa de presentación del síndrome de abstinencia es el delirium tremens, remate a una línea secuencial de manifestaciones que comienzan con temblor a las seis horas de la interrupción abrupta de alcohol, alucinaciones a las 12-24 horas del cese (síntoma poco frecuente: 0,5%), y convulsiones tras superar las 24 horas de abstinencia. El delirium tremens tiene una duración de 3-4 días (pudiendo prolongarse hasta 8-10 días) y precisa ingreso y monitorización directa para tratar de paliar los síntomas, entre los que se encuentran estados de excitación o miedo, alucinaciones visuales (microzoopsias), auditivas y táctiles, labilidad emocional, inquietud, cambios en el estado mental, delirios, sensibilidad a la luz, sonidos o el tacto, etc. Normalmente el cuadro finaliza con un estado de sueño profundo que se posterga durante días. La muerte sobreviene a la hipertermia, los trastornos cardíacos y las convulsiones. Pese a tratarse de un cuadro clínico grave, su prevalencia no es alta y la mortalidad (1-8% de los hospitalizados) se ha visto reducida debido a los criterios de diagnóstico temprano y a las nuevas opciones de tratamiento (benzodiazepinas) (Attilia et al., 2018; Grover & Ghosh, 2018).

1.4.2.2. Heroína

La heroína, diacetilmorfina o diamorfina es un opiáceo semisintético, liposoluble con propiedades analgésicas, un derivado diacetilado de la morfina, alcaloide del opio extraído de las cápsulas de la adormidera *papaver somniferum*.

1.4.2.2.1. Origen de la Heroína

El opio, constituido por un jugo lechoso y espeso extraído de la amapola o adormidera *papaver somniferum*, contiene cuarenta alcaloides diferentes entre los que destacan la morfina, codeína, noscapina, tabeína o papaverina entre otros. En Egipto existen indicios, registrados en el *Papiro de Ebers*, del uso del opio desde 3000 a. de C. como calmante y analgésico administrado vía tópica, oral y rectal (formas de administración más en desuso en la actualidad). A partir de la Edad Media, se sintetizan los primeros alcoholatos e hidrolatos con concentraciones mudables de opio comercializados como *Polvos de Dover* (95% opio) o *tintura de opio* (5% opio diluido

en alcohol). En el Siglo XVII, T. Sydenham sintetizó el *Luádano*, un vino comercializado en forma de aperitivo a base de opio, especias y azúcares, que supuso el inicio de una revolución farmacéutica con la confección de bálsamos, ungüentos y elixires a base de opio, alcohol y cocaína. En el Siglo XIX, la toxicidad y dependencia fueron términos acuñados al opio lo que trascendió en la búsqueda de análogos sintéticos que carecieran de los efectos secundarios reconocidos. De esta manera nace en 1805 la morfina de la mano de F. William Sertüner, alcaloide derivado del opio bautizado inicialmente *principium somniferum opii* y posteriormente renombrado *morphium* por sus facultades narcóticas, en honor a Morfeo, dios del sueño. Comercializado por Merck a partir de 1827, la morfina alcanza su apogeo tras la invención de la jeringa por C. G. Pravaz y el desarrollo del procedimiento hipodérmico por A. Wood. A partir de 1870 los tratamientos médicos con opio fueron sustituidos por morfina. La guerra civil americana y la guerra franco-prusiana representan dos claros ejemplos del surgir de la morfina como tratamiento de elección no solo para dolencias graves y alivio del dolor en amputaciones sino para la fatiga y dolencias menores. En 1898 la farmacéutica Bayer sintetizó y comercializó la heroína tras aislar H. Dreser un nuevo alcaloide del opio en 1883 por medio de un proceso de acetilización del clorhidrato de morfina. La heroína, un opioide cinco veces más potente que la morfina, su antecesor, desarrolla una acción enérgica sobre las vías respiratorias por lo que inicialmente se comercializó como tratamiento para paliar la tuberculosis. La potencia ulterior y su menor capacidad para deprimir respiratoriamente la hizo tratamiento de elección para sustituir a la morfina e incluso se instó su uso en morfinómanos, como cura para el hábito producido por la morfina. A pesar de ser definida por Dreser como “sustancia carente de propiedades habitiformantes” el gran poder adictivo de la heroína se hizo patente años más tarde. En 1932 el Ministerio de Gobernación decretó la prohibición de producir e importar heroína (Esteva de Sagrera, 2005; Torres et al., 2009).

La heroína es un procesado de la morfina altamente adictivo que atiende a criterios de pureza y origen. Se diferencian cuatro tipos fundamentales de heroína: la *heroína negra, goma, alquitrán negro* o *black tar heroin*, de apariencia análoga a la brea (color oscuro y pegajoso), se administra por vía intravenosa. De origen americano, tiene una concentración de heroína del 20%; la *heroína número 2, heroína*

base o Tsao-ta de origen surasiático. De coloración variable, blanca u oscura, se obtiene a partir del clorhidrato de morfina o desde la morfina base fusionada con anhídrido acético y sometida a alta temperatura. Utilizada como base en la síntesis del resto de heroínas, su principal vía de administración es intravenosa o fumada; la *heroína número 3, heroína marrón o Brown sugar* presenta una pureza del 25-50% siendo el resto aditivos como azúcares, esticnina o cafeína. Se consume fundamentalmente fumada; la *heroína número 4, clorhidrato de heroína, heroína blanca o heroína tailandesa* presenta concentraciones que superan el 90%, lo que la hace ideal para administrar de forma intravenosa (Moya et al., 2009).

1.4.2.2. Formas de Administración de la Heroína

La heroína presenta fundamentalmente tres vías de administración: intravenosa, inhalada y fumada. La vía oral es más errática (inicio efecto a los 15-30 minutos) y por tanto menos eficaz por lo que, junto a la rectal, constituyen vías en desuso (Escohotado, 2018). La inhalación, *chinesing* o *chasing the dragon* es un método de administración de heroína originado en Hong-Kong en la década de 1950. La Heroína es ubicada en un receptáculo de aluminio que se somete a calor a través de una llama dispuesta en la parte inferior del metal. El resultado es la liberación de vapores que, inhalados, ocasionan un efecto rápido e intenso, casi inmediato (3-5 minutos). Esta forma de consumo, junto con la fumada, constituyen en la actualidad las formas de abuso de heroína más instadas al percibirse un rápido descenso del uso intravenoso a raíz del descubrimiento del VIH y su relación con esta vía. A diferencia de la vía intravenosa (agregado de agua, heroína y pequeñas cantidades de ácido cítrico calentados e inyectados directamente en vena que inicia su efecto a los 15-30 segundos), la inhalada tiene menor riesgo de muerte por sobredosis debido a la descoordinación motora que genera y que impide reanudar el proceso de extracción del vapor y la reavivación del consumo (Demaret et al., 2013).

1.4.2.2.3. Efectos de la Heroína Sobre el SNC

La heroína se une a los receptores opioides, específicos de las endorfinas, situados en el cerebro, la médula espinal o algunas vísceras como el intestino. Esta droga genera una fuerte sensación de analgesia que cursa con miosis severa, enlentecimiento del patrón respiratorio y cardíaco, descenso de la tensión arterial,

reducción del apetito y la motilidad gastrointestinal, reducción de la temperatura corporal, sudoración y sequedad bucal, alteraciones dermatológicas (irritación y picor), alteración de la agudeza sensorial, problemas de concentración y memoria, etc. Puede aparecer también disforia, náuseas y vómitos, sobre todo en los primeros usos (viajes o flash). El incremento de la concentración de heroína en sangre, y el uso concomitante con otros depresores del SNC como el alcohol, puede originar depresión respiratoria, coma y muerte por sobredosis. La tolerancia y dependencia (física y psíquica) están muy arraigados al uso de la heroína, siendo precisa una dosis superior para obtener los efectos agradables de la sustancia, así como para adquirir la función sedativa, analgésica y depresora. No obstante, un periodo de abstinencia relativamente breve reduce el nivel de tolerancia a la sustancia. Pasadas 48-72h del cese de consumo, se inicia un cuadro de abstinencia físico que incita a la repetición del patrón.

El desconocimiento por parte del consumidor de la remisión de niveles de tolerancia ocasiona que, tras un cese del consumo, la administración de una sustancia que considera de no riesgo termina causando depresión respiratoria y muerte. A largo plazo, en consumidores crónicos de heroína aparecen problemas cardíacos (riesgo de muerte súbita), disminución de masa ósea y osteoporosis, problemas en la dentición por retracción de encías y falta de salivación. En relación con el modo de abuso, la administración intravenosa de la heroína puede producir problemas de abscesos, sepsis y necrosis, endocarditis por una inyección no aséptica, transmisión de VIH, hepatitis C y B, tétanos, tuberculosis, etc. (Demaret et al., 2013). La forma inhalada de consumo, en auge por la menor percepción de riesgo y la desvinculación del estigma del consumidor de drogas por vía parenteral, no está ausente de riesgos. Recientes investigaciones (Ahmad et al., 2021; Burke et al., 2021) estudian el influjo de la heroína inhalada “en forma de chino” en el desarrollo de leucoencefalopatía espongiiforme. A pesar de no establecerse con claridad la etiología del cuadro clínico, se considera que afecta principalmente a la sustancia blanca del cerebro redundando en mielinopatía espongiiforme, degeneración vacuolar y desmielinización. La leucoencefalopatía, que en su inicio puede confundirse con patologías de atribución psiquiátrica, se desarrolla en tres fases. Inicialmente, el fingimiento es cerebeloso lo que origina inquietud motora, habla pseudobulbar y ataxia. A las 2-4 semanas del consumo, los síntomas extra-piramidales (mioclonías) y piramidales (paresia espástica

e hiperreflexia) dominan la clínica. La tercera y última fase remata con fiebre, mutismo acinético, arreflexia y muerte.

1.4.3. Sustancias Psicoactivas Perturbadoras del SNC

Las sustancias psicoactivas perturbadoras del SNC, *alucinógenas*, *psicodélicas* o *psicodislépticas* alteran el estado de conciencia, distorsionan la realidad y evocan respuestas sensoriales sin estímulo (alucinaciones). Estas sustancias ocasionan estados de “trance” donde concurren sensaciones de alegría o excitación, tristeza, pánico o miedo, distorsión de la percepción auditiva y visual, procesos introspectivos en búsqueda del yo y la integración fantástica o mística del individuo con el universo y la naturaleza. La diversidad del efecto ocasionado por las distintas sustancias psicodélicas es un reflejo del complejo entramado de procesos cerebrales y neuronales implicados en el desarrollo del cuadro alucinatorio (López Sáez, 2017). Como representantes de este grupo de sustancias destacan: alucinógenos feniletilamínicos (mescalina, MDMA, etc.), alucinógenos triptamínicos (psilocina y psilocibina), alucinógenos ergolínicos (ácido lisérgico o LSA y su derivado sintético LSD), alucinógenos tropánicos (atropina, escopolamina, etc.), alucinógenos triptaminotropánicos (ibogaína y derivados), alucinógenos piperidínicos (fenciclidina o fenilciclohexilpiperidina, ketamina), alucinógenos isoxazolínicos (ácido iboténico, muscazona y muscimol), alucinógenos tetrahydro-cannabinólicos (Δ^8 -tetrahydrocannabinol, Δ^9 -tetrahydrocannabinol, cannabidiol y cannabinol), alucinógenos estiril-pirónicos (yangonina, kavaína y mestisticina), alucinógenos terpenoides no nitrogenados (salvinorina A), alucinógenos de origen animal (metridium senile, physalia, bufotenina, etc.).

1.4.3.1. Cannabinoides

El *cannabis sativa* o marihuana es una planta psicoactiva con propiedades depresoras sobre el SNC, pero también perturbadoras. De los más de 104 cannabinoides extraídos hasta la actualidad de la resina, los tricomas de plantas hembra y los botones florales, destacan por su capacidad psicoactiva el Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), Δ^8 -tetrahydrocannabinol (Δ^8 -THC), cannabidiol (CBD) y cannabinol. La potencia del cannabis viene determinada principalmente por la concentración del cannabinoide THC, si bien en los últimos años se está valorando la

magnitud del efecto del CBD como antagonista de los efectos negativos vinculados al THC. Cambios de tendencia apuntan a un repunte de cannabinoides sintéticos (CS) (Lafaye et al., 2017; López Sáez, 2017).

1.4.3.1.1. Sistema Endocannabinoide

El sistema endocannabinoide es una vía de neurotransmisión, un complejo modulador de múltiples funciones fisiológicas del organismo constituido por receptores cannabinoides acoplados a la proteína G (*G-protein-coupled receptors* o *GPCR*) y endocannabinoides. Hasta la actualidad, se han descrito dos GPCR que inhiben la adenilciclase, lo que se traduce en una privación de la conversión de ATP a AMP cíclico, así como se han trazado algunas interacciones en canales iónicos. El primer receptor cannabinoide descrito es el CB₁, distribuido por córtex cerebral, hipocampo, núcleo caudado-putamen, globo pálido, núcleo entopeduncular, pars reticulata de la sustancia negra y cerebelo. Fuera del SNC, y en menor medida, se han descrito receptores CB₁ en tejido adiposo, riñón, hígado, músculo esquelético y sistema cardiovascular. Debido a su localización, los receptores CB₁ están involucrados en la modulación de la memoria, la coordinación motora, el apetito, la nocicepción, la regulación emocional y las conductas adictivas. El segundo receptor identificado en el sistema endocannabinoide, el CB₂, se localizan generalmente en células inmunes y hematopoyéticas, siendo identificados en timo, bazo, hígado, páncreas, médula ósea, hueso, miocardio y sistema vascular. Este receptor disminuye la activación patológica de la microglía, interviniendo como un neuroprotector que participa en la regulación del flujo sanguíneo cerebral y el mantenimiento de la barrera hematoencefálica, atenuando indirectamente el estrés oxidativo y la muerte celular. Tras la identificación de los GPCR se reconocieron los endocannabinoides ligados a estos receptores, siendo los dos principales la *anandamina* (AEA) y el *2-araquidonilglicerol* (2-AG). La síntesis de endocannabinoides viene determinada por la demanda, siendo rápidamente metabolizados por enzimas degradativas que desempeñan un papel fundamental en la neuroprotección (Paloczi et al., 2018).

El Δ⁹-THC tiene afinidad moderada tanto con receptores CB₁ como CB₂ y actúa como agonista parcial del CB₁. Este fitocannabinoide (denominado así para distinguirlo de los cannabinoides endógenos producidos por el propio organismo) es

el principal agente psicoactivo del cannabis sativa, promotor de los efectos psicotrópicos y las cualidades reforzadoras y adictivas de la sustancia. Presenta efectos notorios en la conducta, la nocicepción, el apetito, etc. El CBD, otro componente predominante en el cannabis, no presenta acción agonista directa sobre los receptores CB₁ y CB₂ lo cual se considera repercute de forma positiva en la atenuación de efectos psicotrópicos producidos por THC en cannabis que presentan concentraciones mudables de ambos fitocannabinoides (Poyatos et al., 2020). La investigación del mecanismo de actuación del sistema endocannabinoide y el estudio de nuevas vías de modulación de la nocicepción originaron en la década de 1970 el desarrollo de CS. Los CS actúan como agonistas de los GPCR, tanto del CB₁ como del CB₂, presentando una afinidad mayor que endocannabinoides y fitocannabinoides. Esta propiedad, junto a la carencia de CBD, predispone a efectos psicoactivos mucho más pronunciados y perdurables. La ausencia de detección a través de los métodos de cribado habitual del cannabis, hizo de los CS una droga de abuso a principios de la década del 2000 (Lafaye et al., 2017).

1.4.3.1.2. Formas de Administración de los Cannabinoides

Los cannabinoides pueden ser consumidos a través de diferentes vías, destacando por su uso la vía pulmonar (fumada o vaporizada), sublingual (sprays y aceites), oral (infusiones, chocolate, etc.), y cutánea (cremas, geles y ungüentos de masaje). La forma de ingesta más común es la fumada en forma de “porro” (cigarrillo liado con cannabis/hachís mezclado con tabaco). Como se ha mencionado anteriormente, el principal agente psicoactivo del cannabis es el Δ^9 -THC, fitocannabinoide descubierto en 1964. Se considera que la concentración típica de Δ^9 -THC por porro oscila entre 5 y 150 mg con una biodisponibilidad del 5% al 24% (la fracción de Δ^9 -THC que pasa a sangre oscila entre 0,25-30 mg).

1.4.3.1.3. Efectos de los Cannabinoides Sobre el SNC

El efecto embriagador, para consumidores ocasionales, se alcanza con 2-3 mg de Δ^9 -THC. A los pocos minutos del consumo de THC (pico máximo a los 30 minutos) se desata un cuadro variable dosis-dependiente que puede cursar con estados de euforia, taquicardia, síncope vaso-vagal, broncodilatación (seguida de leve obstrucción), incremento de la percepción sensorial, fingimiento de todas las áreas de

aprendizaje (con excepción del vocabulario y la abstracción), relajación, antinocicepción, sociabilidad, problemas de concentración y memoria, despersonalización, fenómenos de flashbacks, delirio paranoide, ideación suicida, etc. Un consumo crónico de THC predispone a la pérdida selectiva de las funciones cognitivas, modificaciones en epitelio pulmonar (hiperplasia, metaplasia, etc.), aparición de cáncer pulmonar u orofaríngeo, inhibición de la excitación sexual, reducción de la actividad del sistema inmunitario, alteración de la reproducción celular, etc (Quiroga, 2000). Con efectos similares al THC, los cannabinoides sintéticos se ofertan en forma de mezcla de hierbas, cápsulas o polvos, siendo de reciente incorporación el desarrollo de soluciones líquidas (*Herbal liquid*®, *Buddha-Blue*®, *C-liquid*®) para cigarrillo electrónico (Le Boisselier et al., 2017).

1.4.3.2. MDMA

El MDMA, también conocido como 3,4-metilendioxitmetanfetamina o éxtasis, es un alucinógeno sintético de tipo feniletilamínico muy popularizado a finales de la década de los ochenta.

1.4.3.2.1. Origen del MDMA

El antecesor primero del MDMA es la *myristica fragans* o árbol de la nuez moscada y algunas simientes de azafrán, cálamo, vainilla, perejil y eneldo. A raíz de un proceso de aminación de safrol (compuesto presente en el aceite esencial de sazafrán), se procesan la MDA, MDMA y MDEA (Escotado, 2018). Sintetizado por primera vez en 1912 bajo el nombre *metilsafrilamina*, el MDMA es considerado una sustancia psicoactiva entactógena (búsqueda del yo) y empatógena (mejora del estado de ánimo y la sociabilidad). Destinado en un inicio a la experimentación animal, no es hasta 1970 de la mano de A. Shulgin, que el MDMA se instaura como fármaco psicoterapéutico tras la ilegalización del ácido lisérgico o LSD (Mead & Parrott, 2020). En la década de 1980, el 3,4-meilendioxitmetanfetamina conocido como “empatía” o “adam”, de acción más corta que el LSD y con un estado más dócil y fácil de tolerar, admitía un uso controlado en la práctica clínica, mejorando sentimientos de vinculación y empatía y permitiendo acceder a bloqueos del subconsciente como una forma de tratamiento eficaz para el trastorno de estrés postraumático, valiéndose del efecto relajante y sedativo de la sustancia para reducir el estado de hipervigilancia

inducido por el suceso traumático y la extinción del miedo. Un uso más lúdico y comerciable rebautizó la sustancia como éxtasis. El descontrol asociado a este destino lúdico hizo que en 1984 se iniciaran los trámites para prohibir la producción y venta de la sustancia. En la actualidad, tras la calificación de terapia avanzada al uso de MDMA en TEPT por la FDA (agencia del gobierno de los EE. UU responsable de la regulación de medicamentos, alimentos, cosméticos, aparatos médicos y productos biológicos) se están desarrollando en EE. UU ensayos en fase 3 para el programa MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies). En países europeos como Reino Unido, República Checa o Alemania, los ensayos se encuentran en fase de aprobación. En España, en el año 2000, la MAPS patrocinó un ensayo clínico de esta índole que finalmente, tras un año, terminó clausurándose por la presión del gobierno (Sessa et al., 2019).

1.4.3.2.2. Formas de Administración del MDMA

La forma de abuso habitual del MDMA es en forma de tableta o comprimido comercializado como “éxtasis” o “molly”. Otras vías de consumo son la inhalación intranasal en forma de polvo o cristal, la inyección intravenosa y el método “bomba” o ingesta de polvo de MDMA envuelto en papel de fumar y papel de aluminio posteriormente ingerido vía oral (Mead & Parrott, 2020). Una dosis de MDMA oscila entre 1,25-1,5 miligramos por kilo. Administrada vía oral, presenta un inicio de acción a los 20-60 minutos, alcanzando el vértice máximo a los 60-90 minutos manteniéndose el efecto por lo menos 5 horas después. Un comprimido con 100 mg de MDMA será dosis óptima para una persona de 50-80 kilos observándose un efecto que pueden prolongarse hasta las 9 horas. No obstante, la pureza de la sustancia y la concentración de MDMA presente en el comprimido pueden suponer ausencia de efectos psicoactivos (dosis de 50-75 mg) o por el contrario provocar toxicidad aguda (dosis superiores a 250 mg) (Escohotado, 2018). El *Informe Europeo sobre Drogas 2021* publicado por el EMCDDA afirma que la concentración media en miligramos de MDMA por comprimido oscila entre 161-193. Con respecto a la pureza del MDMA, se encuentra entre un 58-88% (EMCDDA, 2021). Este dato, da una idea de la dificultad para obtener de forma real la cantidad de sustancia ingerida por desconocimiento de la pureza de MDMA en el comprimido o tableta adquirido y la

posible suma de componentes no identificables por el consumidor como ketamina, paracetamol, aspirina, etc.

1.4.3.2.3. Efectos del MDMA Sobre el SNC

El MDMA bloquea la reabsorción y/o aumenta la liberación de serotonina, dopamina y norepinefrina provocando un aumento de la concentración de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica. A diferencia de las anfetaminas, el MDMA tiene un influjo mayor sobre los receptores de serotonina y norepinefrina, neurotransmisores involucrados en la regulación emocional, la modulación comportamental, el dolor, el sueño y el apetito. Además, facilita la liberación e oxitocina y reduce la actividad de la amígdala, lo que repercute directamente en la génesis del miedo (Sessa et al., 2019). El MDMA produce sensación de euforia, incremento de la empatía, sociabilidad y sensibilidad, reducción de clínica ansiosa y depresiva y aumento de la libido. En contraposición, aparecen efectos no tan deseados, entre los que destacan taquicardia, desregulación de la temperatura corporal, bruxismo, sequedad de boca, inquietud, ataxia, disminución del apetito y cambios en la percepción (visión borrosa, cromatismo visual, distorsión de colores y sonidos, pseudoalucinaciones, etc.). Se considera que a mayor dosis de MDMA, mayor asociación del consumo con aparición de efectos negativos (Simmler & Liechti, 2018). Debido a estos efectos secundarios descritos, sobre todo la sequedad bucal y la hipertermia, se debe hablar de la sinergia o el uso concomitante del MDMA con otras sustancias como el alcohol (la sequedad bucal incita a una ingesta de alcohol mayor sin verse reducidos los efectos del MDMA), el THC (desarrolla efecto muy limitado en el sujeto intoxicado por éxtasis) o la mezcla de MDMA con estimulantes u somníferos (opiáceos) que infunden una transformación del cuadro de euforia esperado, manifestándose el miedo, la ansiedad y el pánico durante las horas que perdura la influencia de la sustancia (Escotado, 2018). El MDMA genera adicción y síndrome de abstinencia con efectos de tolerancia farmacodinámica crónica y dependencia psicológica (López Sáez, 2017). Tras el cese de consumo, los días posteriores, la desregulación emocional provocada por la alteración de neurotransmisores como la serotonina, genera un cuadro de síntomas depresivos, fatiga, irritabilidad y tendencia a conductas agresivas y disruptivas que se estabiliza

conforme el SNC vuelve a su correcto equilibrio homeostático. El uso crónico de la sustancia puede contribuir a la génesis de estados de salud potencialmente mortales como hepatotoxicidad, episodios de aneurisma, hemorragia cerebral, anemia aplásica, trombosis del seno venoso e infarto de miocardio, neumotórax, etc. (Simmler & Liechti, 2018).

1.4.3.3. LSD

El LSD o dietilamida del ácido lisérgico es un alucinógeno ergolínico sintético derivado de la ergina o amida del ácido lisérgico (LSA), un potente alucinógeno procedente del cornezuelo del centeno (ergot) (López Sáez, 2017).

1.4.3.3.1. Origen del LSD

Descubierto en 1938 por A. Hofmann como estimulante del sistema respiratorio y circulatorio, el LSD-25 fue desechado por la farmacéutica Sandoz© tras no superar la fase de ensayo clínico. En 1943, A. Hofmann resintetiza de nuevo el compuesto descubriendo, por accidente y en primera persona, el efecto alucinatorio de su creación (López Sáez, 2017). En 1947, la similitud entre la esquizofrenia y los efectos psicotomiméticos del LSD impulsó el uso de éste como regulador de síntomas psicóticos. Entre 1950 y 1966 los laboratorios Sandoz© mercantizaron ampollas de LSD entre psiquiatras y psicoanalistas para la investigación de alternativas de tratamiento a la depresión, ansiedad, cuidados paliativos, deshabitación de trastorno por uso de alcohol u opioides, etc. En la década de 1970, el uso descontrolado de la sustancia requirió la limitación de la investigación con LSD (Liechti, 2017). La experiencia psicoterapéutica, a pesar de demostrar la ineficacia de la sustancia frente a cuadros psicóticos, ratificó el uso terapéutico del LSD en la neurosis, así como expuso potenciales beneficios en personas sanas (Escohotado, 2018). En los últimos años la investigación con LSD está sufriendo un cierto repunte. Recientes investigaciones recalcan las potenciales capacidades terapéuticas del LSD en la mejora de la empatía y sociabilidad (Dolder et al., 2016), el tratamiento de la drogodependencia y los trastornos del estado de ánimo (Dos Santos, R.G. et al., 2016; Gasser et al., 2014).

1.4.3.3.2. Formas de Administración del LSD

El LSD es una sustancia líquida, levemente amarga, incolora e inodora que se dispone sobre papel secante que posteriormente es recortado para conseguir pequeñas monodosis de 20-30 µg conocidas como “tripis”, que se consumen vía oral (López Sáez, 2017). Una dosis moderada de LSD (75-150 µg) produce una alteración significativa del estado de conciencia caracterizado por euforia, introspección, experiencias hipnagógicas, alteraciones en la percepción (alucinaciones, ilusiones, sinestesias), alteraciones del pensamiento, cambios en funciones psicomotoras y oscilaciones en la experimentación del tiempo por sobreestimación. Este cuadro característico comienza a los 30-45 minutos de la administración de LSD vía oral subsistiendo durante 9-12 horas en base a la dosis consumida. Se considera dosis óptima para una experiencia completa por LSD una concentración de 100-200 µg. No obstante, la experiencia se puede tornar traumática apareciendo cambios de humor y fenómenos de flashbacks que se cronifican en el consumidor, si bien no hay evidencia de secuelas neurocognitivas crónicas que afecten al rendimiento. A pesar de ser la vía oral la forma de abuso más asidua, el LSD se puede administrar vía intramuscular (dosis de 100-250 µg que comienzan su acción a los 15-20 minutos y tienen una duración de 9-10 horas tras alcanzar el pico de acción máximo a la hora de la administración), e intravenosa (dosis de 40-180 µg con efecto prácticamente inmediato, de 3-4 minutos, y subsistencia de síntomas durante 9-10 horas) (Passie et al., 2008).

1.4.3.3.3. Efectos del LSD Sobre del SNC

El efecto psicodélico del LSD está mediado por la estimulación del receptor de serotonina 5-HT_{2A}, propiedad compartida con los alucinógenos triptamínicos y feniletilamínicos. La activación del 5-HT_{2A} impulsa la liberación de glutamato cortical lo que ocasiona una crisis en la transmisión corticocortical y corticosubcortical por lo que se considera que la influencia del LSD sobre los receptores serotoninérgicos es dual y la droga puede modular su propio efecto evidenciándose una acción agonista del receptor 5-HT_{2A} (excitatorio) y el receptor 5-HT₁ (inhibitorio) (Dolder et al., 2016; Passie et al., 2008).

1.5. Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas

Históricamente, el término adicción hacía referencia únicamente al consumo de sustancias psicoactivas. Con el auge de las denominadas “Adicciones comportamentales”, los principales sistemas de clasificación de enfermedades han optado por resaltar los aspectos compulsivos del consumo de sustancias sobre conceptos como el de dependencia fisiológica. En el DSM-5, el término adicción es sustituido por TUS con el fin último de “describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante (...) se ha omitido de la terminología oficial (...) a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa” (American Psychiatric Association, 2014, p. 257). El término adicción queda relegado a conductas con características de dependencia en ausencia de sustancia química como puede ser la comida, internet, el sexo, el juego patológico, etc. A causa de esta reciente modificación, el presente capítulo hace referencia inicialmente al término adicción y a las teorías clásicas de iniciación y mantenimiento del comportamiento adictivo para, en última instancia, centrar el grueso del desarrollo de acuerdo con el concepto de TUS.

1.5.1. Adicción a Sustancias Psicoactivas

La adicción a una sustancia o droga puede definirse como un trastorno neuropsiquiátrico representado por el deseo de consumo y la pérdida de control sobre la sustancia a pesar de la aparición de efectos adversos nocivos (Zou et al., 2017). Citando a D. Redolar:

La adicción hace referencia a un estado de uso compulsivo de una droga (autoadministración), caracterizado por una falta de control de dicho uso y por una sobrevaloración de la droga por encima de otros esfuerzos y metas. Una persona adicta a una droga ve mermado todo su repertorio conductual, de tal forma que las pautas de conducta habituales son aquellas que lo dirigen a la búsqueda y administración de la sustancia en cuestión. El adicto consume la droga a pesar de los efectos nocivos que ésta puede tener sobre su salud y sobre los diferentes aspectos psicosociales de su vida. (Redolar, 2008, p. 25).

La dependencia a una sustancia se puede circunscribir dentro de las enfermedades genéticamente complejas que se ajustan a un modelo poligenético-multifactorial. La susceptibilidad para el padecimiento del trastorno viene determinada por el efecto combinado de factores ambientales (necesaria exposición a la sustancia, aunque no suficiente en sí misma) y genéticos (Pereiro, 2010). La adicción no es considerada un síntoma de otra condición, sino una entidad propia con una descripción y evolución previsible pero que comprende a su vez involuntariedad (Acosta, 2011).

La definición del término adicción viene marcada durante más de un siglo por la difícil correlación entre las ramas de la psicología y la psiquiatría. La adicción, considerada como una fractura en la condición moral asociada a la voluntad, comienza a considerarse enfermedad a partir del siglo XVII (Acosta, 2011). B. Rush en su obra *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind, with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them* cataloga de “enfermedad” al estado de embriaguez producido por bebidas espirituosas. Durante el siglo XIX, T. Trotter revalida la ebriedad como una enfermedad primaria, sin embargo, no es hasta la publicación en 1849 de la obra *Alcoholismus Chronicus* de M. Huss que emerge el concepto de alcoholismo y dependencia. Hacia la segunda mitad de este siglo, el concepto de dependencia comienza a transferirse a otras sustancias emergentes como la morfina, cocaína, heroína, opio o el éter, reemplazando la morfinomanía al alcoholismo como toxicomanía de referencia (Acosta, 2011; Apaud & Romaní, 2016).

En 2011, La American Society of Addiction Medicine (ASAM) define adicción como:

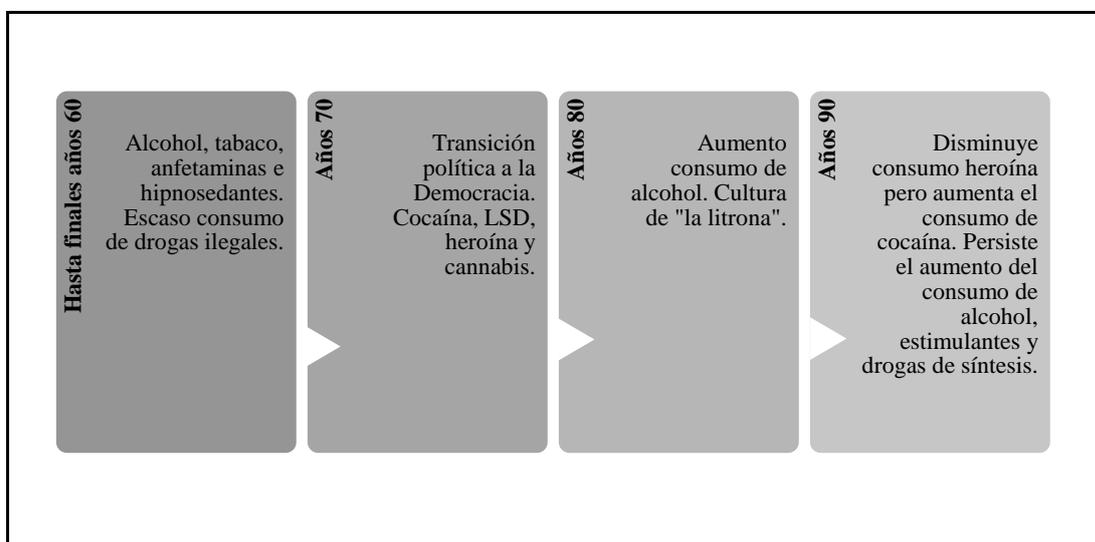
Enfermedad crónica primaria de recompensa cerebral, motivación, memoria y circuitos relacionados. La disfunción en estos circuitos conduce a manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Esto se refleja en un individuo que persigue patológicamente una recompensa y/o alivio mediante uso de sustancias y otros comportamientos. La adicción se caracteriza por una incapacidad de abstinencia consistente, el deterioro del control de la conducta, el deseo o craving, la disminución del reconocimiento de problemas

significativos con los comportamientos y las relaciones interpersonales, y una respuesta emocional disfuncional (Saunders & Latt, 2015, p.181).

La disponibilidad de una sustancia ha marcado a lo largo de la historia la aparición de las denominadas “drugs era” o periodos de tiempo donde una sustancia prácticamente desconocida pasa a convertirse en un componente de conducta generalizada (Lasheras et al., 2001). En la *Figura 1* se representan, de la mano de J. Pallarés, los influjos de sustancias presentes en España durante el siglo XX.

Figura 1

“Drugs era” en la España en el S.XX de la mano de J. Pallarés.



Nota. Adaptado de “Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado” de M.C. Molina, 2008, *International e-Journal of criminal Science*, 2, p. 7-8 (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4876021>) CC BY-NC.

Como se produjo con la marihuana en 1965-1979 o el crack en 1985-1989, una *drug era* discurre en varias fases (Lasheras et al., 2001):

- **Incubación:** individuos pioneros introducen nuevas sustancias o formas de administración de esta.
- **Expansión:** el consumo de la nueva sustancia se extiende a individuos que ya se hacen consumidores habituales y atraen a más individuos proclives.

- **Plateau:** un gran número de individuos adquiere la condición de drogodependiente mientras que otro gran porcentaje de la población se inicia en el consumo ocasional o de abuso.
- **Declive:** un porcentaje de los iniciados comienzan a abandonar el consumo mientras que otro gran número eterniza la condición de adicto.

En las últimas décadas, además de irrumpir las denominadas Nuevas Drogas Psicoactivas (NDP) entre las que se destacan las fenetilaminas, cocaínas sintéticas, piperazina y derivados, disociativos (ketamina), hongos o salvia divinorum entre otras, están emergiendo nuevos contextos de consumo como el *pharming parties* (consumo grupal con pretensiones lúdicas) o la sumisión química con finalidad delictiva. A pesar de presentar prevalencias inferiores a las denominadas “sustancias psicoactivas clásicas” estas nuevas sustancias entrañan un grave riesgo. El perfil del consumidor de NDP es heterogéneo, destacando: consumidores que buscan el consumo de sustancias clásicas y son desconocedores de la posesión de NDP; consumidores de *research chemicals* con finalidad experimental (“psiconautas” que buscan explorar su psique); y los consumidores de *legal highs* o euforizantes legales, productos no aptos para consumo humano, de venta libre en internet, cuya composición suele estar incompleta así como carecen del establecimiento de “dosis seguras”, contraindicaciones y posibles reacciones adversas (Dolengevich et al., 2015).

1.5.1.1. Fases de la Adicción

Desde un enfoque más romántico, el desarrollo de una adicción puede ser comparado al proceso de entablar una relación aflictiva. En base a esta analogía, A. Washton identifica cinco fases en el proceso de la adicción (Washton & Boundy, 1991):

- **Fase de Enamoramiento:** primeros contactos con la sustancia, generalmente agradables, que inducen a patrones de repetición de consumo por anhelo de sensaciones placenteras (refuerzo positivo) o intentos de erradicación de sensaciones disfóricas (refuerzo negativo).

- **Fase de Luna de Miel:** experimentación de todas las gratificaciones asociadas al consumo de la sustancia sin ninguna de las consecuencias negativas. Impera en esta fase una falsa sensación de control.
- **Fase de Traición:** se considera el inicio del declive para el adicto tras su ruptura con la relación de fantasía erigida en torno a la sustancia en la fase anterior. Inversión de tiempo y esfuerzo mayor para la obtención de la sustancia.
- **Fase de Ruina:** desarrollo del fenómeno de tolerancia y la aparición del síndrome de abstinencia.
- **Fase de Aprisionamiento:** se considera la etapa de destrucción personal. Abandono total de cualquier elemento vital que no esté vinculado a la minimización de la disforia y los estados de ánimo negativos.

1.5.1.2. Teorías de la Adicción

Históricamente, la investigación sobre la adicción versaba en las consecuencias aversivas tras el cese de consumo. Las *Teorías de dependencia* se fundamentaban en la necesidad por parte del consumidor de la repetición del patrón de consumo para evitar el desarrollo de síntomas psicológicos y fisiológicos de abstinencia (refuerzo negativo) (Kolb & Whishaw, 2006). Bajo este enfoque tradicional, los fenómenos de tolerancia y abstinencia son fundamentales para el desarrollo y mantenimiento de la adicción. No obstante, la investigación posterior ratificó la dependencia como condición insuficiente e innecesaria para el proceso adictivo (Robinson & Berridge, 1993) ya que sustancias como las anfetaminas o la cocaína, con gran poder adictivo, no generan estados graves de abstinencia (Redolar, 2008). Las deficiencias identificadas en estas teorías motivaron un cambio de orientación hacia la búsqueda de placer como etiología de la adicción. Surgen así teorías hedonistas que sostienen que el consumo se perpetúa simplemente por la sensación de placer (refuerzo positivo) (Kolb & Whishaw, 2006).

El concepto de incentivo motivacional, desarrollado por D. Brinda y R.C. Bolles, trasladado al campo de la drogadicción originó el desarrollo de la *Teoría del incentivo positivo* cuyos principios ratificaban que la autoadministración compulsiva

de sustancias psicoactivas estaba regulada por el anhelo de las propiedades incentivadoras positivas de la droga (Redolar, 2008). Wise y Bozarth propusieron la *Teoría de la estimulación psicomotora de la adicción*. Centrada en la adicción por reforzamiento positivo y las propiedades hedónicas de la droga, afirmaban que todas las sustancias adictivas poseían acciones estimulantes psicomotoras con un mecanismo dopaminérgico compartido y análogo al mecanismo biológico de refuerzo positivo (Wise & Bozarth, 1987). Sin embargo, la presencia de consumo en periodos subjetivamente no eufóricos o la manifestación del fenómeno de tolerancia son elementos censors de esta teoría.

K.C. Berridge y T.E. Robinson describen la *Teoría de la sensibilización incentiva* en la que identifican en el consumidor de drogas psicoactivas un placer anticipatorio al consumo mucho mayor que el adquirido tras la conducta consumatoria (Redolar, 2008). En las primeras fases de la adicción, el consumo ocasional genera la activación del placer como consecuencia directa del consumo de la sustancia. Este placer está vinculado, por medio del aprendizaje asociativo, a representaciones mentales de actos, lugares, objetos y sucesos concernientes a la conducta consumatoria. Cuando la adicción se consolida, el placer deja de ser la emoción predominante en el sujeto y aparecen la urgencia y la necesidad de consumir o *craving* debido a la sensibilización a la droga o a los estímulos que la recuerdan (Kolb & Whishaw, 2006). Este suceso, la “atribución de la saliencia afectiva”, mediatizado por los sistemas dopaminérgicos, es un elemento teórico distinto de concepciones anteriores en las que destacan el refuerzo y la motivación. Para T.E. Robinson y K.C. Berridge el placer o *liking* conforme se desarrolla la adicción queda desmarcado del contexto, apareciendo como determinante en la adicción y recaída el *wanting* (sensibilización del *craving* o deseo incontrolable de consumo) independientemente de la presencia de síntomas de retirada (Redolar, 2008).

En la actualidad, una de las teorías más aceptadas en los procesos implicados en el inicio y mantenimiento de la adicción es la *Teoría de la espiral de desregulación del sistema de recompensa cerebral*. G. F. Koob y M. Le Moal parten de la perspectiva psiquiátrica que considera la adicción un compendio de los trastornos del control de impulsos y trastornos compulsivos. En los primeros consumos prevalece la gratificación resultado de la realización impulsiva del acto (refuerzo positivo),

MARCO TEÓRICO

mientras que conforme se instaura el proceso adictivo, la ansiedad y estrés previos a la conducta compulsiva someten al individuo a repetir el acto consumatorio (Koob, 2003). Estos autores justifican el uso compulsivo de la sustancia a través de los modelos de contra-adaptación y sensibilización. Los efectos reforzadores de la sustancia propios de los primeros consumos desencadenan una respuesta adaptativa que quebranta el equilibrio homeostático en el sistema de recompensa cerebral. Los circuitos cerebrales integrantes no retornan a estados fisiológicos y en condiciones de abstinencia se produce una disminución de la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica. Este proceso adaptativo deriva en un estado de “alostasis”. El principio de “alostasis” es definido por Koob y Moal (2001) como “mantenimiento de la estabilidad fuera del rango homeostático normal donde el organismo debe variar todos los parámetros de sus sistemas fisiológicos para adaptarlos adecuadamente a las demandas crónicas” (p. 101). Este estado de desequilibrio homeostático y la adaptación del sistema de regulación tras cada consumo, junto con el proceso de sensibilización, convierten la conducta adictiva en un proceso compulsivo, donde los efectos reforzadores positivos que acontecían al consumo en un inicio desaparecen y son deslucidos por un vehemente deseo de consumo y una ansiedad anticipatoria característica de los trastornos compulsivos. De esta manera queda constituida la espiral de desregulación del sistema de recompensa cerebral formado por tres elementos: la preocupación o anticipación (refuerzo negativo), la intoxicación o embriaguez tras el consumo o recaída y la abstinencia o cese de consumo (Koob & Le Moal, 1997, 2001).

1.5.2. Trastorno por Uso de Sustancias

Actualmente concurren dos grandes entidades en materia de salud mental, la OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Ambas, a lo largo de décadas, han ofrecido sistemas de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales internacionalmente reconocidos. La incorporación de los trastornos mentales en estos sistemas de clasificación se remonta a la sexta edición de la CIE de la OMS, que tras ser aprobada en la 72 Asamblea Mundial de la salud celebrada en Ginebra, entra en vigor en enero de 2022. En esta clasificación y dentro del capítulo VI *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*, se clasifican los denominados

Trastornos debido al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos. De esta entidad madre nacen los trastornos debidos al consumo de sustancias que recoge aquellos trastornos catalogados dentro de las catorce clases o grupos de sustancias psicoactivas descritas.

En 1952, la APA publica la primera edición del DSM como una variante de la CIE-6. En el *Cuadro 1* se refleja como a lo largo de los años la APA ha ido revisando, reevaluando y reestructurando la forma de concebir la adicción y su terminología.

Con la publicación del DSM-I, la adicción a las drogas era considerada un síntoma de los trastornos de la personalidad, trastornos cerebrales orgánicos y trastornos psicóticos entre otros. En 1968, el DSM-II abogó por constructos psicobiológicos en los que imperaba el término dependencia, siendo imprescindible para el diagnóstico la evidencia de uso habitual o la necesidad de la sustancia. En 1980, el DSM-III estableció una distinción entre dependencia a la sustancia y abuso de esta, entendiéndose la primera como una forma más grave de trastorno en la que se evidencian tolerancia y abstinencia. A finales de la década, la versión revisada del DSM-III (DSM-III-R) incorpora a las formas de evidenciar la dependencia (síntomas fisiológicos) los síntomas cognitivos. De esta manera, la dependencia a la sustancia se determina por la presencia de un patrón de consumo repetido que suele derivar en tolerancia y abstinencia, así como en comportamientos compulsivos para lograr el consumo de la sustancia (Zou et al., 2017). En 1994, con el DSM-IV y posterior revisión (DSM-IV-R), los síntomas fisiológicos (abstinencia y tolerancia) permanecen como elementos característicos, pero dejan de considerarse criterios diagnósticos necesarios. Por el contrario se aumentan la lista de criterios conductuales y se establece como imprescindible para el diagnóstico de la drogodependencia la presencia de al menos un síntoma conductual: dificultad para restringir el consumo, problemas en el establecimiento de límites en la búsqueda de sustancias, motivación extrema para obtener la sustancia, reducción de tiempo invertido en otras áreas (social, laboral o recreativa) o persistencia del consumo a pesar de la conciencia del daño (Piazza & Deroche-Gamonet, 2013). En el DSM-5, publicado en 2013, el TUS (resultado de la combinación de los diagnósticos dependencia y abuso de sustancia) representa el diagnóstico central que emerge categorizado por once criterios diagnósticos (Saunders, 2017).

1.5.2.1. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Uso de Sustancias

El DSM-5 define el TUS como “un patrón problemático de consumo de sustancias que da lugar a un deterioro o malestar clínicamente significativo manifestado por al menos dos de los siguientes once criterios y que se produce en un periodo de 12 meses”. En el *Cuadro 1* se observa la comparativa con ediciones anteriores donde elementos categóricos de “abuso” y “dependencia” se unifican en once criterios diagnósticos aplicables a las diez clases de sustancias incluidas (a excepción de la cafeína).

El DSM-5 (2013) identifica diez sustancias susceptibles de realizar diagnóstico de TUS: “alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas)” (p.253).

Diagnosticado el TUS (cumple dos o más criterios diagnósticos en los últimos 12 meses), concierne especificar:

- si la persona, en el caso del tabaco u opiáceos, se encuentra en terapia de mantenimiento;
- si la persona se encuentra en un entorno controlado sin acceso a la sustancia psicoactiva;
- si la persona se encuentra en remisión inicial (tras haberse cumplido previamente los criterios de diagnóstico, la persona no ha cumplido ningún criterio durante un periodo mínimo de 3 meses y máximo de 12) o continuada (se cumplen los mismos criterios durante 12 meses o más);
- la gradación del TUS: leve (2-3 criterios), moderado (4-5 criterios) o grave (6 o más de los 11 criterios mencionados anteriormente).

**TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS:
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Cuadro 1

Comparativa criterios diagnósticos en relación con el constructo de la entidad diagnóstica Trastorno por Uso de Sustancias del DSM-5.

DMS-III 1980	DSM-IV 1994	DSM-5 2013
Criterios diagnósticos para ABUSO de sustancias DMS-III	Criterios diagnósticos para ABUSO de sustancias DSM-IV	Criterios diagnósticos de TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS DSM-5
Tres criterios distinguen uso no patológico de sustancia y ABUSO de sustancia:	A. Uno (o más) de los siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:	Dos criterios (o más) en un periodo de 12 meses:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso patológico de la sustancia. 2. Deterioro del funcionamiento social u laboral por el patrón de uso patológico de la sustancia. 3. Duración: al menos un mes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo recurrente de sustancias sujeto al incumplimiento de obligaciones en otras áreas. 2. Consumo recurrente de sustancias en condiciones físicamente peligrosas. 3. Problemas legales recurrentes relacionados con el consumo. 4. Persistencia del consumo a pesar de los problemas sociales o interpersonales continuos y exacerbados por los efectos de la sustancia. <p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de la sustancia con una frecuencia y cantidades superiores un periodo de tiempo más prolongado del previsto. 2. Presencia de deseo o esfuerzos infructuosos para abandonar o controlar el consumo. 3. Se invierte mucho tiempo en actividades destinadas a la obtención, consumo o recuperación de la sustancia. 4. Necesidad imperiosa del consumo de la sustancia. 5. Consumo recurrente que conlleva abandono de obligaciones laborales y sociales. 6. Consumo persistente de la sustancia que conlleva deterioro de relaciones interpersonales y social provocados o exacerbados por la sustancia. 7. Abandono o reducción de actividades sociales, profesionales y recreativas por el patrón de consumo de la sustancia. 8. Consumo de sustancia en situaciones que pueden derivar un riesgo físico. 9. Consumo perpetuado a pesar de existir problema físico o psicológico probablemente causado o exacerbado por la sustancia. 10. Tolerancia a la sustancia. 11. Abstinencia. ^b
Criterios diagnósticos para DEPENDENCIA de sustancias DSM-III	Criterios diagnósticos para DEPENDENCIA de sustancias DMS-IV	
El diagnóstico de todas las categorías de dependencia de sustancias solo requiere evidencia de tolerancia y abstinencia. ^a	Tres (o más) de los siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia. 2. Abstinencia. 3. Dificultad para restringir el consumo (cantidad y tiempo). 4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo. 5. Inversión de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia. 6. Reducción de actividad social, laboral o recreativa debido al consumo de la sustancia. 7. Persistencia del consumo a pesar de la conciencia de efectos adversos. 	

Nota. Elaborador a partir de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-III, DSM-IV & DSM-5, de American Psychiatric Association (APA).

^a A excepción del cannabis y el alcohol que requieren evidencia de deterioro social y laboral.

^b Puede estar presente o no según la sustancia.

1.5.2.2. Factores de Riesgo y Factores Protectores en el Trastorno por Uso de Sustancias

El consumo de sustancias, redimensionado desde el modelo socioecológico, se puede considerar un fenómeno social que no solo está condicionado por el individuo (aspectos biológicos, fisiológicos y psicológicos del consumidor) y la sustancia (características y efectos psicoactivos), sino que elementos etnoculturales, sociales, económicos y políticos repercuten en el desarrollo de la conducta adictiva. (Pons-Diez, 2008). Cancrini en la década de los 80 publica sus primeros trabajos con relación a las adicciones y a las toxicomanías, aportando con una interesante reflexión acerca de los factores tanto individuales como relacionales que intervienen en el proceso de la adicción. Este autor desarrolla una tipología de las toxicomanías en base a los modelos de comunicación y organización familiar, las características individuales del consumidor, las actitudes frente a la sustancia y el modo relacional del individuo y su familia con los dispositivos profesionales de ayuda. Cancrini distingue cuatro tipos de toxicomanías (Sierra et al., 2001):

- ***Toxicomanías Traumáticas.*** Tras un suceso traumático el individuo, con un consumo autodestructivo y en ocasiones teatral, busca una ruptura brusca del estilo de vida anterior con un inicio de consumo e instauración de la adicción rápida que tiene por finalidad el aturdimiento.
- ***Toxicomanías a Partir de Neurosis Actual.*** Individuos con historia de alteraciones conductuales de larga evolución, estados depresivos y malestar inespecífico en un contexto familiar caracterizado por la sobreimplicación del progenitor y estilo de comunicación polarizada y conflictiva, poseen tendencia al desarrollo de una toxicomanía más controlada, con connotaciones depresivas, sin aparición de ruptura total con el sistema familiar.
- ***Toxicomanías de Transición.*** Un hábito caracterizado por un consumo más selectivo con relación al estado emocional predominante en la persona.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

Las relaciones familiares generalmente no están bien definidas, predomina la *hybris simétrica* en la relación paternal, el uso de la enfermedad para resolver problemas de poder y liderazgo, la polaridad en torno a los descendientes basada en el eje logrado-malogrado, etc.

- **Toxicomanías Sociopáticas.** Hábito de consumo basado en el *acting-out*, la autodestrucción a través del consumo indiscriminado de sustancias en un cuadro caracterizado por la nula capacidad para sentir emociones. Las relaciones familiares están totalmente deterioradas y con normalidad se producen episodios de ausencia de los progenitores durante la infancia, problemas económicos, historias de abuso, abandono, etc.

En el *Cuadro 2* se representan los factores de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas categorizados en estos tres elementos: individuo, sustancia y entorno.

Cuadro 2

Modelo etiológico del consumo de drogas basado en la explicación socioecológica

A. Características personales del individuo:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad y sexo. ▪ Rasgos de personalidad. ▪ Estado emocional. ▪ Valores y disposiciones motivacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes/expectativas hacia el uso de la droga. ▪ Estilos de vida y de relación social. ▪ Uso de otras sustancias.
B. Características de la droga:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de droga y dosis consumida. ▪ Efectos psicoactivos. ▪ Tiempo de consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forma de ingestión. ▪ Dependencia y tolerancia. ▪ Efectos reforzadores derivados de su consumo
C. Características del medio microsocioal:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialización familiar. ▪ Consumo de drogas entre familia. ▪ Historia de relaciones familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de sustancias en el grupo. ▪ Actitudes hacia las drogas en familia y grupo. ▪ Significado social de la droga en el grupo.
D. Características del medio macrosocioal:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorno social y cultural. ▪ Tipo de presencia e imagen de las drogas en los medios de comunicación. ▪ Disponibilidad de la droga. ▪ Publicidad de drogas institucionalizadas. ▪ Valores sociales imperantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de la droga en el medio social y situación legal. ▪ Presencia de la droga en actividades sociales de la cultura de referencia. ▪ Oferta y disponibilidad de actividades de ocio. ▪ Factores económicos y políticos.

Nota. De "Modelos interpretativos del consumo de drogas" de X. Pons, 2008, *Polis: Investigación y Análisis sociopolítico y Psicosocial*, 4(2), p. 157-186 (<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72611519006>). CC BY-NC.

1.5.2.2.1. Factores de Riesgo Individuales

Determinados por características y cualidades de la persona. Existen numerosos estudios que determinan que la edad es un factor determinante en el proceso de iniciación del consumo, situado generalmente en los 13-15 años, coincidiendo con los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen en la adolescencia. El comienzo precoz de conductas favorecedoras del desarrollo del cuadro de consumo, los rasgos de personalidad antisocial, la disconformidad con la norma social, la escasa tolerancia a la frustración, el establecimiento de relaciones de apego con iguales consumidores, la baja autoestima, la presión de grupo y la necesidad de aprobación social, la percepción del riesgo devaluado y la búsqueda de sensaciones son factores predisponentes al desarrollo de TUS (Peñañiel, 2009). Con respecto al estado emocional, estados de ansiedad y depresión se relacionan en mayor medida con abuso de sustancias. L. Webster reflexiona sobre la dolencia física y el dolor crónico como factor de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas. Identifica como elementos oportunos de estudio, previo a la dispensación de opioides a pacientes con dolor crónico, la etiología del dolor poco definida, el estado de funcionalidad deteriorado, la edad temprana, el apoyo social reducido, la existencia de historia de consumo de sustancias psicotrópicas o la presencia de consumo actual, estados de estrés y ansiedad, antecedentes familiares de consumo de sustancias, la presencia de traumas y Adversidades en la Infancia o AI (maltrato físico/psicológico, abuso sexual, abandono, relaciones familiares disfuncionales, apego inseguro, etc.), existencia de problemas legales, comorbilidad psiquiátrica, etc. (Webster, 2017). La presencia de traumas o AI como factor predisponente al desarrollo posterior en la edad adulta de TUS ha sido objeto de estudio en numerosas ocasiones. El origen de la relación existente entre presencia de AI y el consumo abusivo de sustancias sostiene, para muchos autores, su marco explicativo se fundamenta en la *Teoría del Apego* de Bowlby (Partis, 2000). Esta teoría describe el establecimiento de relaciones sociales cercanas como forma de percibir seguridad. El apego está fuertemente interconectado con la regulación afectiva. Un apego inseguro genera angustia emocional que puede derivar en cuadros de ansiedad y depresión, relaciones disfuncionales y desregulaciones emocionales resultado de intentos infructuosos por controlar las emociones disfóricas, que desvían las vías de desarrollo de la resiliencia hacia el alivio

emocional y la evasión a través del consumo (Le et al., 2018; Sable, 2004). Un estudio publicado en 2016 analiza la relación entre AI y desarrollo de TUS por alcohol en una muestra de 1008 individuos en edad adulta con nacionalidad alemana y polaca. Sus resultados revelan que de las 23 AI incluidas en los cuestionarios (categorizados en cuatro bloques: experiencias personales negativas, adversidades familiares, trastornos parentales y relación padres-hijos), sólo tres mostraban una asociación estadísticamente significativa: discusiones regulares entre los progenitores, control materno e inversión del rol materno (Dragan & Hardt, 2016). Un estudio de cohorte publicado en 2015 revelaba, tras un estudio de nueve años en población finlandesa, la relación entre la presencia de AI (miedo a un miembro de la familia, relaciones disfuncionales con los progenitores, discusiones continuas en el contexto familiar, separación o divorcio de los padres, dificultades económicas en la familia, enfermedad grave de un familiar, antecedentes de consumo o historia de consumo actual de un miembro de la familia) y el riesgo de desarrollo de TUS (antipsicóticos, antidepresivos, eutimizantes, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes). El miedo a un miembro de la familia resultó ser la AI que reflejaba una mayor asociación con uso de psicofármacos (consumo de antidepresivos tres veces superior y consumo dos veces superior de otros psicofármacos). Con respecto al número de adversidades, la investigación refleja como aquellos individuos que revelaban 5-6 AI reportaban un mayor riesgo que los que presentaban ninguna o de 1-4 AI (koskenvuo & Koskenvuo, 2015).

1.5.2.2. Factores de Riesgo Relacionados con el Entorno

Siguiendo el modelo ecológico de Bronfenbrenner, están determinados por la influencia del microsistema (roles, patrón de actividades y relaciones interpersonales que desarrolla el individuo cara a cara en un entorno determinado), el mesosistema (vínculos y procesos que se desarrollan entre dos o más entornos que comprenden a la persona), exosistema (alianza entre dos o más entornos en lo que no está incluido el individuo directamente) y macrosistema (patrones globales que forman parte de la cultura, creencias, valores y costumbres de una sociedad junto a los sistemas político, social y económico) (Benetti et al., 2013; Darling, 2007). Las teorías psicoanalíticas señalan a la familia (microsistema) como la pieza clave en el desarrollo de la personalidad. La separación temprana de los progenitores, las relaciones conflictivas

MARCO TEÓRICO

y distantes en el domicilio familiar y la percepción negativa de la figura paterna o su ausencia son factores de riesgo para el desarrollo de TUS, así como también suponen la base del inicio de otras patologías psiquiátricas. Los psicoanalistas reconocen en la adolescencia la etapa del desarrollo proclive para la génesis del comportamiento adictivo (Zimić & Jukić, 2012). Las familias disfuncionales producen rupturas internas que llevan asociadas sentimientos de ansiedad, estrés, abandono y culpa arraigados a traumas y AI, con el establecimiento de vínculos afectivos débiles y crianzas desordenadas y poco estables que pueden desencadenar el uso de sustancias psicoactivas como medio evasivo y aliviador de cuadros de disforia emocional (Quezada et al., 2012). Estilos educativos sobreprotectores, exigentes y autoritarios están relacionados con fisuras en la formación del vínculo afectivo. De igual manera, familias poco normativas en las que irrumpen historias de abuso de sustancias en otros miembros de núcleo, y donde priman la desorganización, la falta de vigilancia y la ausencia de consenso entre las figuras de autoridad, revelan ambientes más proclives para la repetición de patrones de conducta aprendidos (teoría del aprendizaje social de A. Bandura) y el inicio de la adicción (Zimić & Jukić, 2012).

La familia no puede descontextualizarse del medio social (macrosistema). Determinantes económicos, legislativos, culturales, religiosos, migratorios y educativos inciden directamente en funcionalidad familiar. Entre los factores de riesgo sociales más influyentes se encuentran la disponibilidad de la sustancia, la desorganización comunitaria, la falta de apego a la comunidad, las actitudes sociales de tolerancia hacia el consumo de sustancias psicoactivas, las leyes y normas favorables al consumo, la escasez de recursos públicos, la merma en las actividades de ocio y tiempo libre, la falta de zonas de esparcimiento, las condiciones de hacinamiento y la superpoblación en barrios de vivienda social, entre otros (Peñafiel, 2009).

1.5.2.2.3. Factores de Riesgo Relacionados con la Sustancia Psicoactiva

Están determinados por el tipo de sustancia psicoactiva consumida y sus efectos sobre el SNC (*véase apartado 1.4. Clasificación de las Sustancias Psicoactivas*), la dosis ingerida, el tiempo de subsistencia del trastorno, el patrón de consumo (*véase apartado 1.2. Formas de Consumo de las Sustancias Psicoactivas*) y

la vía de administración (véase apartado 1.3. *Vías de Administración de las Sustancias Psicoactivas*).

1.5.2.2.4. Factores Protectores en el Trastorno por Uso de Sustancias

La resiliencia es un concepto dinámico que va evolucionando a lo largo del desarrollo en el que intervienen el temperamento o atributos de la personalidad, la familia y la sociedad. De reciente incorporación al área de la investigación, la resiliencia es definida por Garmezy como “capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante” (Becoña, 2007, p. 2).

A nivel individual, se consideran factores protectores para el desarrollo de TUS la autoestima y el autoconcepto positivos, las habilidades sociales, la creencia en el orden moral, los sentimientos de valía personal, la autonomía, la autosuficiencia, la independencia, el carácter resolutivo y la empatía.

A nivel familiar y social, la convivencia de ambos progenitores, las relaciones cálidas, la comunicación asertiva, la integración y organización familiar, la percepción positiva del progenitor, el apoyo emocional, material e informativo recibido de los padres (Medina Arias & Ferriani, 2010), la religiosidad, el apego, la incentivación al logro y la implicación positiva se consideran factores protectores (Larrosa & Palomo, 2012).

1.5.3. Epidemiología del Trastorno por Uso de Sustancias

Se estima que cerca de 83 millones o un 28.9% de los adultos (15-64 años) residentes en la Unión Europea (UE) han consumido sustancias psicoactivas en algún momento de su vida según recoge el *Informe Europeo sobre drogas 2021* publicado por el EMCDDA. En la *Figura 2* se describen las estimaciones realizadas acerca del consumo de las principales sustancias psicoactivas.

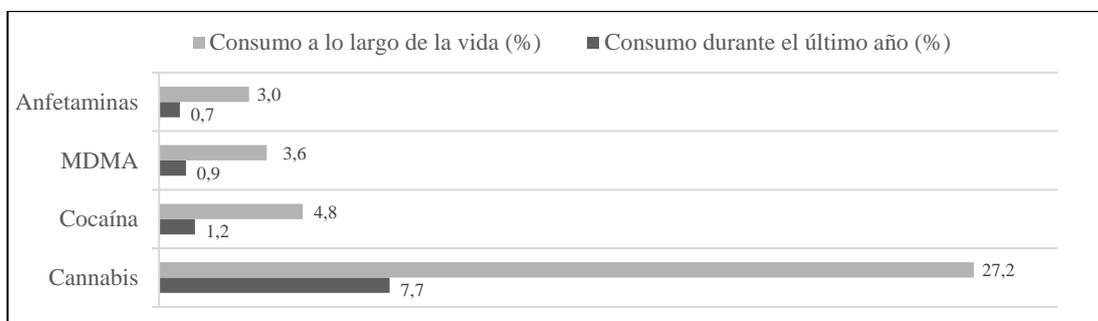
El cannabis es la sustancia que más reconocen los europeos haber probado, aunque los niveles de consumo distan mucho entre unos países y otros. El consumo de cannabis se mantiene estable en niveles altos, sin embargo, una nueva preocupación irrumpe en la sociedad europea con el incremento de la concentración de THC presente en la resina de cannabis (principalmente importada). El contenido medio de THC en

MARCO TEÓRICO

la resina de cannabis oscila actualmente entre un 20-28% frente al 8-13% de THC de la hierba de cannabis. La cocaína es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en la UE. La pureza oscila entre un 53-68% de media, llegándose a niveles de pureza en cocaína incautada del 91%. Por detrás de la cocaína, las anfetaminas son los segundos psicoestimulantes más consumidos en Europa. Su consumo se mantiene estable y sigue las tendencias anteriores. En lo referente al MDMA, la UE sigue siendo la principal productora y distribuidora de éxtasis. El contenido medio de MDMA por comprimido se sitúa entre los 161-193 mg, concentración que ha aumentado, junto con la pureza, actualmente en niveles que oscilan entre 58-88%. La heroína se mantiene estable con cierta tendencia a la baja a pesar de que el número de incautaciones realizadas ha sido mayor en comparación con los últimos dos informes de la EMCDDA. Se estima que un 0,35% de la población europea consume opioides de alto riesgo, siendo Alemania, España, Francia e Italia los responsables del 68% de esta estimación. Otras sustancias como el LSD, Ketamina o GHS (empleado en el “Chemsex”) no se vigilan de manera sistemática en Europa.

Figura 2

Estimaciones del consumo de drogas en la población adulta (15-64 años) residente en la UE.



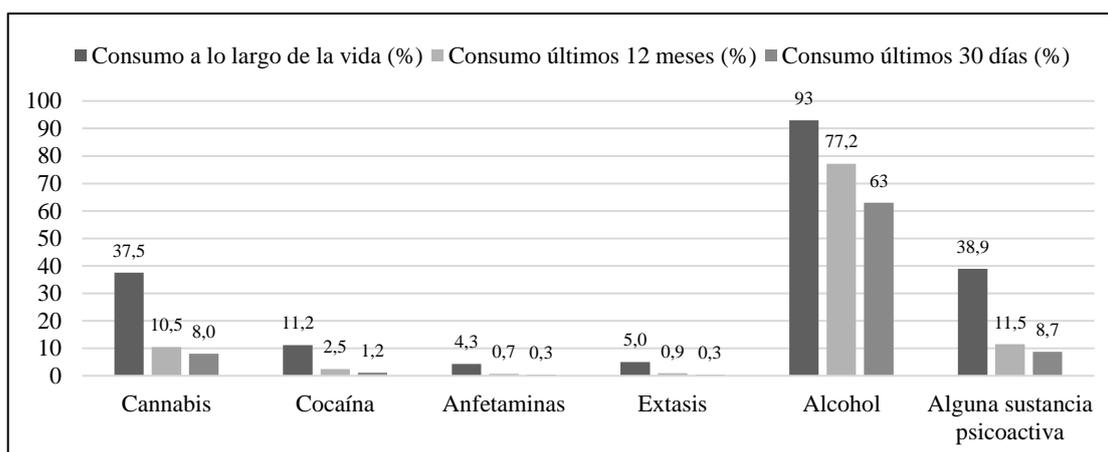
Nota. Adaptado de European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Informe Europeo sobre drogas 2021: tendencias y novedades. Publications Office, 2021. (<https://data.europa.eu/doi/10.2810/964347>). CC BY-NC.

En lo que respecta a las vías de administración, la vía parenteral ha descendido en la UE en la última década, si bien los datos difieren entre países europeos (España o Portugal describen cifras en torno al 10% frente a países como República Checa, Letonia o Rumanía que identifican alrededor del 80%). Las enfermedades infecciosas relacionadas con esta vía de administración también han descendido notoriamente. No obstante, en 2019 la UE notificó 849 nuevos casos de VIH (5,5% del total de los casos

detectados) y 266 nuevos casos de SIDA atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas por vía parenteral. En lo relativo al VHB, se estima, tomando como referencia los datos nacionales comunicados por 7 países (entre ellos España), que un 4% de los consumidores de sustancias psicoactivas vía parenteral está infectado por VHB. Tomando como referencia las estimaciones realizadas por el EMCDDA (2021) con respecto a España, se presume que un 38,9% (47,9% de los hombres, 29,8% de las mujeres) de la población adulta (15-64 años) residente en España ha consumido alguna vez en su vida sustancias psicoactiva. En la *Figura 3* se describen las estimaciones en población adulta de 15-64 años residentes en España para las principales sustancias psicoactivas.

Figura 3

Estimaciones del consumo de drogas en la población adulta (15-64 años) residente en España.



Nota. Adaptado de European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Informe Europeo sobre drogas 2021: tendencias y novedades*. Publications Office, 2021. (<https://data.europa.eu/doi/10.2810/964347>). CC BY-NC.

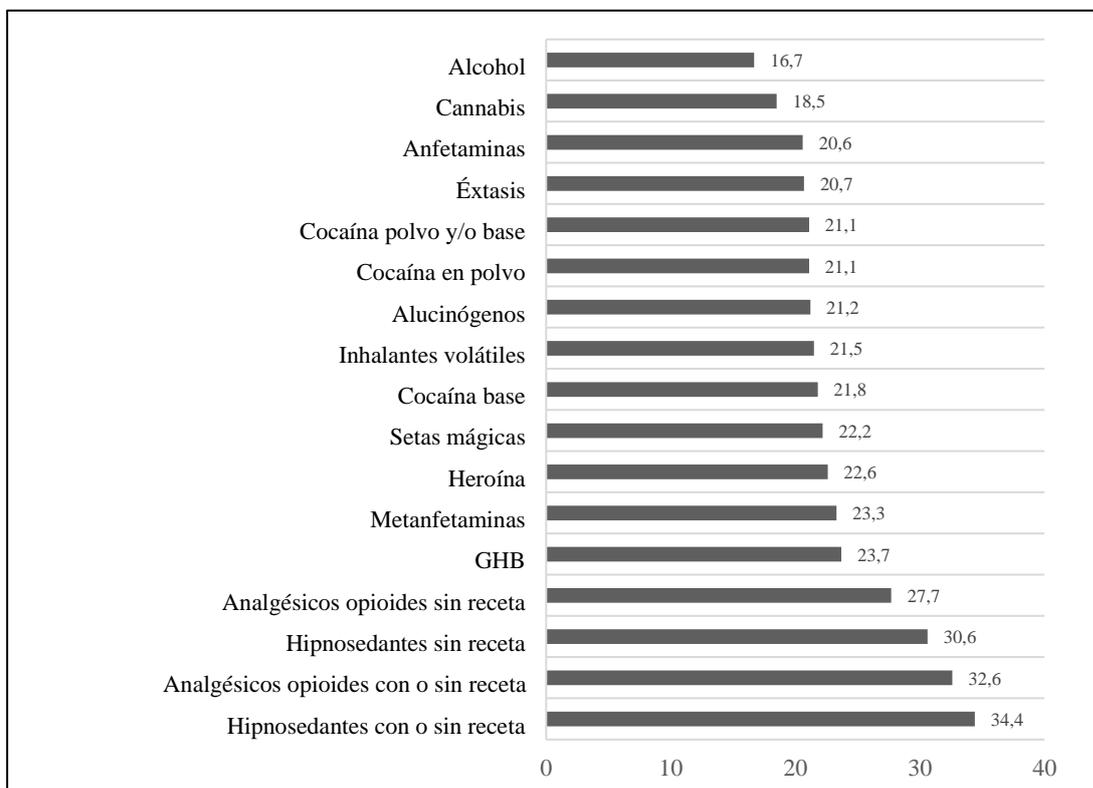
El *Programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)* dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) adscrita al Ministerio de Sanidad, publica en 2021 la última encuesta en población general residente en España entre 15-64 años. Con respecto a la edad de inicio en el consumo de sustancias, en la *Figura 4* se identifica el alcohol y el tabaco como las sustancias más consumidas en edades jóvenes (16,7 y 16.6 años respectivamente) seguida del cannabis (18,5 años). En contraposición, el consumo de

MARCO TEÓRICO

hipnosedantes con o sin receta presenta una edad media de inicio en torno a los 34,4 años (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

Figura 4

Edad media de inicio (en años) del uso de sustancias psicoactivas en población española de 15-64 años. 2019/20.



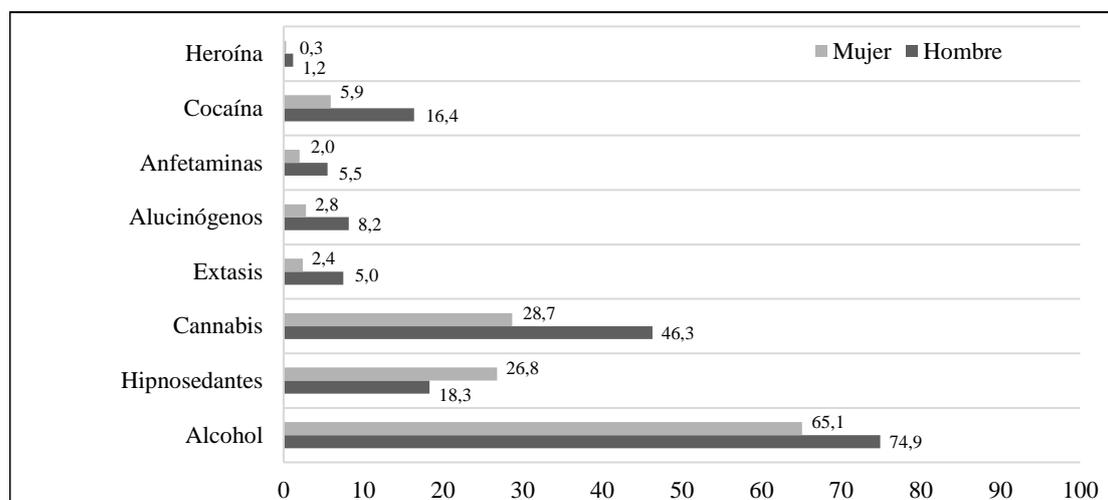
Nota. Adaptado del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), Encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES). Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2021.

(<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>). CC BY-NC.

Analizando la variable sexo a razón de la edad media de inicio, los varones presentan una edad media de inicio más precoz para la mayoría de las sustancias psicoactivas. Como se muestra en la *Figura 5*, la variable sexo declara un predominio femenino únicamente en la categoría de hipnosedantes con una prevalencia ocho puntos porcentuales mayor en comparación con los hombres.

Figura 5

Prevalencia uso sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en población adulta según sexo (%). España, 2019/2020.



Nota. Adaptado del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), *Encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES)*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2021. (<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>). CC BY-NC.

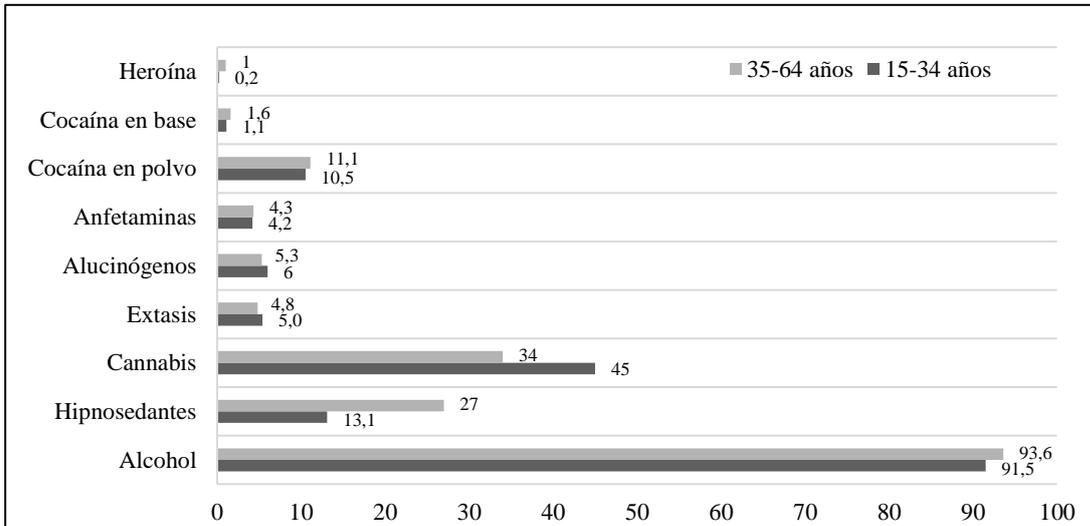
Con respecto a la edad, en la *Figura 6* se muestra la comparación entre el grupo de edad 15-34 años con el grupo 35-64 años para las sustancias psicoactivas incluidas en el estudio nacional (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

Analizando las prevalencias de consumo entre ambos grupos de edad, cabe destacar principalmente dos sustancias psicoactivas, los hipnosedantes y el cannabis. Ambas sustancias psicoactivas, en el estudio comparativo bianual realizado por el Programa EDADES, presentan una clara inclinación hacia uno de los grupos de edad, siendo los hipnosedantes más consumidos en la categoría de 34-65 años y el cannabis más predominante en la población más joven (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

MARCO TEÓRICO

Figura 6

Prevalencia consumo sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en población adulta según categorización por grupos de edad (%). España, 2019/2020.



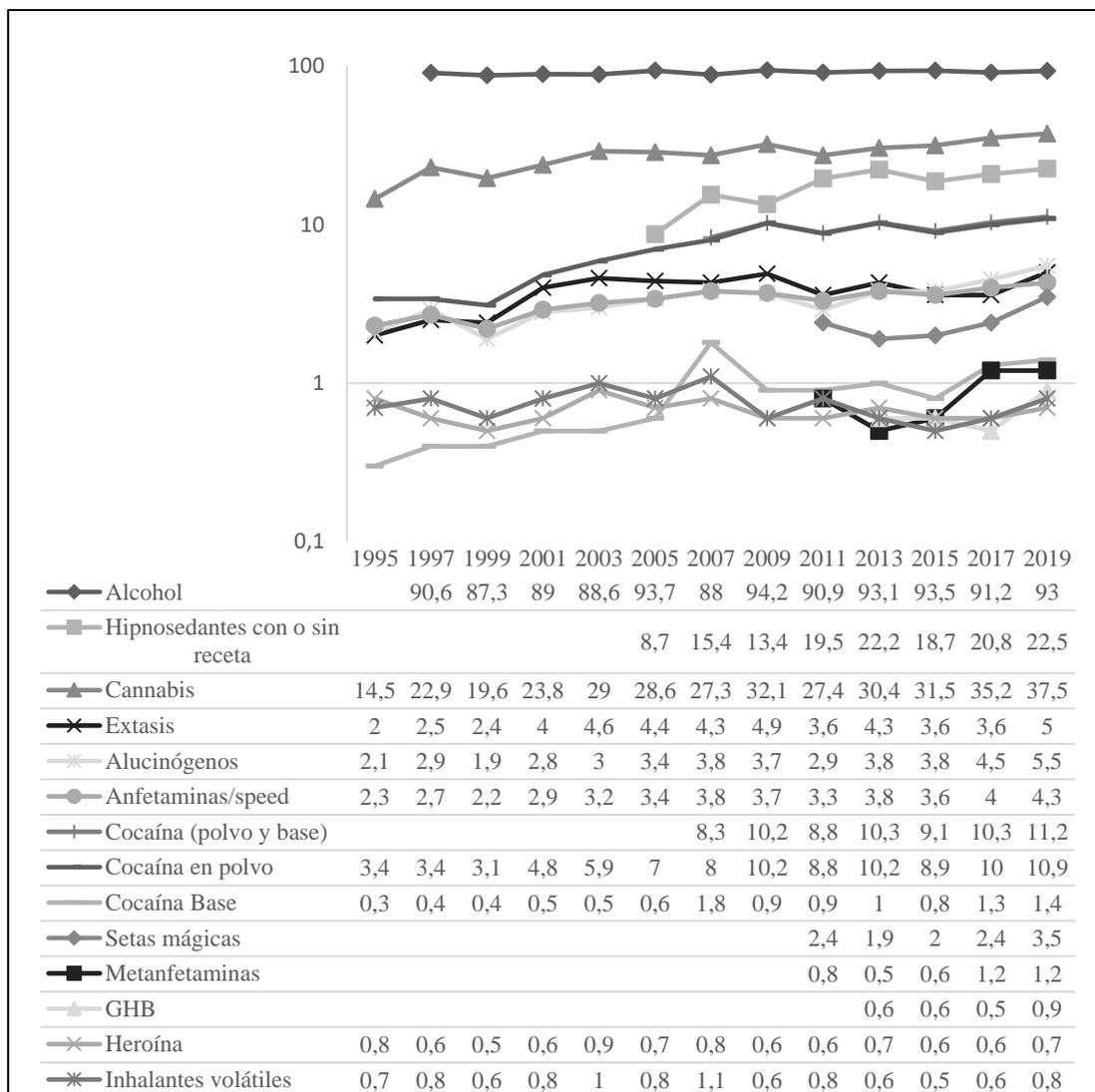
Nota. Adaptado de Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), *Encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES)*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2021.

(<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>). CC BY-NC.

Cabe destacar que, con indiferencia del sexo y la edad, las tendencias de consumo en España en las últimas décadas siguen estables con cierto ascenso como se puede cotejar en la *Figura 7*.

Figura 7

Prevalencia consumo sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en población adulta (15-64 años) (%). España. 1995-2019/20.

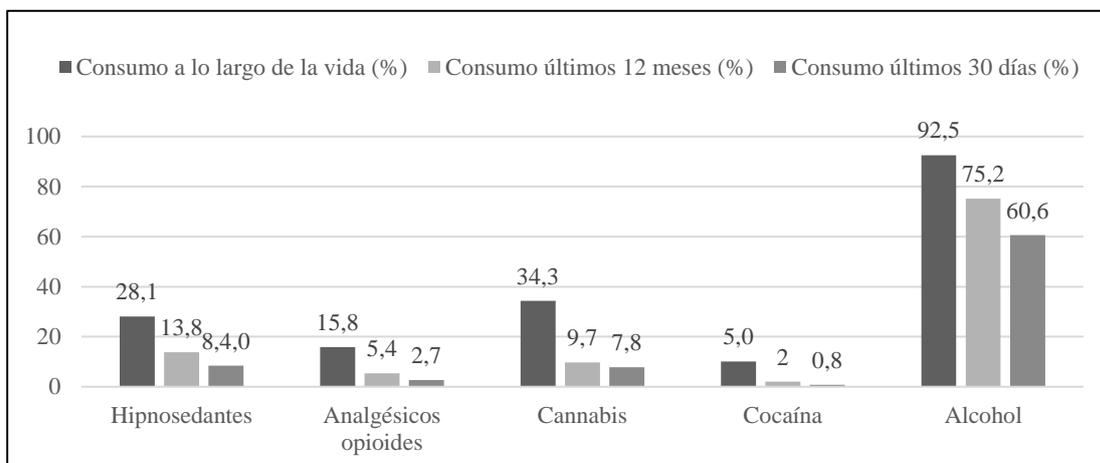


Nota. Adaptado de Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), *Encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES)*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2021. (<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>). CC BY-NC.

En lo relativo a la Región de Murcia, el último informe publicado por el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, en sus análisis sobre la EDADES de 2017 refleja las estimaciones representadas en la *Figura 8*.

Figura 8

Prevalencia uso sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en población adulta (15-64 años) (%). Región de Murcia. 2017.



Nota. Adaptado de Correa, J.F., Ballesta, M., Ros, P. & Chirlaque, M.D. *Encuesta sobre consumo de drogas y alcohol en la Región de Murcia 2017. Informe 2018.* Murcia. Consejería de Salud, 2018. Informes epidemiológicos 09/18. (<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/431145-EDADES.pdf>). CC BY-NC.

El informe *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en la Región de Murcia* publicado en diciembre de 2019 desde la Dirección General de Salud Pública y adicciones de la región en colaboración con la DGPNSD vierte los resultados de la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) dirigida a estudiantes de 14-18 años de la Región de Murcia. Según este informe, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida (74,9% reconoce haber tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida), seguida del tabaco (37,9% ha fumado tabaco alguna vez en su vida), el cannabis (28% ha fumado cannabis alguna vez en su vida), y los hipnosedantes (20% reconoce el consumo de tranquilizantes y somníferos en alguna ocasión). El resto de las sustancias psicoactivas (heroína, cocaína, alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, GHB e inhalantes volátiles) presentan una prevalencia del 4%. Con respecto al alcohol, prácticamente 9 de cada 10 alumnos de 18 años ha consumido alcohol, situándose la prevalencia en 54,8% si se examina el grupo de 14 años. El 25% de los alumnos de secundaria reconoce haberse emborrachado alguna vez, porcentaje que asciende hasta el 68,5% si se disgrega el grupo de 18 años. La presencia de conductas de riesgo como el “*binge drinking*” o consumo por atracción presenta una prevalencia del 31,5%, oscilando desde un 18,6% en el grupo de 14 años hasta el 47,8% en los mayores de 18 años.

Si se analiza la percepción del riesgo, destaca que solo un 55,3% de los estudiantes de secundaria considera tomarse 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas diarias una conducta que puede causar bastantes o muchos problemas. Porcentaje que va descendiendo conforme se alcanza la mayoría de edad (60% en grupo de 14 años frente a 53% en grupo de 18 años). Referente al cannabis, un 15% del alumnado de secundario de 14 años reconoce haber consumido alguna vez cannabis, prevalencia que escala hasta el 48,4% en mayores de edad encuestados. Si se estudia la frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días previos a la encuesta, la media de consumo de cannabis, entre los que reconocen su consumo, fluctúa en 3,5 porros diarios. El 89% refiere consumir cannabis (51,2% marihuana, 13,1% hachís, 35,7% ambos) mezclado con tabaco (Correa et al., 2019)

1.5.4. Modelos de Intervención y Tratamiento en el Trastorno por Uso de Sustancias

De forma tradicional, se define el cambio de la conducta adictiva como la transición de un contexto de consumo a otro de no consumo sin focalizar la atención en los procesos que modulan ese cambio. En 1992, Prochaska y DiClemente publicaron un modelo transteórico orientado a la identificación de estadios, procesos y niveles de cambio. Estos autores, describen cinco etapas o estadios en el proceso de abandono del consumo de sustancias psicoactivas (Becoña & Cortés, 2011):

- ***Estadio de Precontemplación.*** La persona no admite necesidad de cambio y el consumo está supeditado a los efectos placenteros del consumo, no existiendo conciencia del problema ni de las consecuencias negativas derivadas del consumo.
- ***Estadio de Contemplación.*** La persona comienza a tomar conciencia de los problemas derivados del trastorno y necesita expresar sus necesidades al producirse un equilibrio entre efectos placenteros y secuelas de consumo. La persona presenta predisposición para el cambio a medio plazo, en los próximos 6 meses.
- ***Estadio de Preparación.*** La persona presenta predisposición para iniciar el cambio en los próximos 30 días o incluso ha realizado intentos previos en el último año (con al menos un día de abstinencia) o reduciendo la cantidad/frecuencia de consumo.

MARCO TEÓRICO

- **Estadio de Acción.** Se produce un cambio en su conducta con el inicio de la abstinencia que se prolonga desde las primeras 24h hasta los primeros 6 meses de ausencia de consumo.
- **Estadio de Mantenimiento.** La persona persiste en sus esfuerzos por lograr la reestructuración de su estilo de vida y la consolidación de la etapa anterior. Este estadio se inicia a los 6 meses del cese del consumo.

La transición entre etapas no transcurre de forma lineal, sino que, en función del número de recaídas experimentadas por la persona, va cambiando de estadio motivacional no siendo la experiencia descrita nunca igual a la permanencia en ese estadio en anteriores ocasiones. Los procesos de cambio, descritos por Prochaska y DiClemente como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (Becoña & Cortés, 2011, p.70), son distintos en base al estadio de cambio. En el *cuadro 3* se muestra la relación vinculante entre el estadio de cambio y los procesos de cambio, observándose un predominio de procesos cognitivos en las primeras etapas de cambio (precontemplación, contemplación y preparación) y más procesos conductuales en la etapa de acción y mantenimiento.

Cuadro 3

Interrelación entre estadios de cambio y procesos de cambio.

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de la concienciación. ^a				
Alivio dramático. ^b				
Reevaluación ambiental. ^c				
Auto-reevaluación. ^d				
Autoliberación. ^e				
			Manejo contingencias. ^f	
			Relaciones de ayuda. ^g	
			Contracondicionamiento. ^h	
			Control de estímulos. ⁱ	

Nota. De Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. (<https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2011.pdf>).

^a Aumento de la concienciación: el paciente intensifica el análisis que realiza en torno a los problemas asociados a su conducta adictiva y los beneficios que obtendría si modifica esos hábitos.

^b Alivio dramático: hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la concienciación de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas.

^c Reevaluación ambiental: consiste en una valoración del impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea y en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si dejara de consumir drogas.

^d Auto-reevaluación: consiste en una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.

^e Autoliberación: representa el compromiso personal caracterizado por un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Implica también la creencia de que se pueden adquirir habilidades necesarias para cambiar.

^f Manejo contingencias: es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo.

^g Relaciones de ayuda: consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona para superar una adicción.

^h Contracondicionamiento: consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva consigo la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.

ⁱ Control de estímulos: se caracteriza porque la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

1.5.4.1. Metodología Enfermera en Trastornos por Uso de Sustancias

La actuación de Enfermería está fundamentada en una serie de teorías y modelos conceptuales que determinan sus funciones y orientan la práctica profesional. Desde los primeros estudios, teorías filosóficas, sociales, culturales, psicológicas y antropológicas han facilitado la determinación del objeto de estudio y el progreso del conocimiento científico de la profesión enfermera. Las obras publicadas comparten un marco conceptual que se centra en la definición de la profesión, la enfermedad, la persona, el entorno y la salud o el cuidado. Sin embargo, cada una de ellas, se ha ido adecuando a la época histórica a la que estaba adscrita. Ann Marriner, en su obra *Modelos y Teorías de Enfermería* clasifica los modelos y teorías enfermeras según la tendencia. De esta manera, Florence Nightingale, la primera gran teórica de la enfermería, personifica la rama naturalista al señalar al entorno como herramienta principal para la consecución de la salud; Virginia Henderson y su *Modelo de las 14 Necesidades Fundamentales* y Dorothea Orem con la *Teoría del Déficit del Autocuidado* siguen la tendencia de la suplencia o ayuda; y por último, destaca en el campo de la interrelación a autoras como Hildegard Peplau y la *Enfermería Psicodinámica*, Marta Rogers y la *Teoría de los seres Humanos Unitarios* o Calista Roy y su *Modelo de Adaptación* (Fornés, 2018; Marriner, 1989).

MARCO TEÓRICO

En el contexto de la Salud Mental y la atención a drogodependencias es preciso destacar la *Teoría de las Relaciones Interpersonales* de H. Peplau, el *Modelo de Adaptación* de C. Roy, la *Teoría de los Factores Cuidativos* de Jean Watson y la *Teoría de la respuesta profesional disciplinada* de Ida Jean Orlando.

1.5.4.1.1. Marco Teórico. Teoría de las Relaciones Interpersonales de H. Peplau

La comunicación es un instrumento básico del cuidado de enfermería. En esta disciplina, hablar de comunicación y más en concreto del inicio del proceso de comunicación de enfermería, es hablar de la *Teoría de las Relaciones Interpersonales* de Hildegard E. Peplau. En su libro publicado en 1952 *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*, H. Peplau describe la estructura del proceso interpersonal que determina las fases de relación entre enfermera-paciente. (Pontes et al., 2008).

H. Peplau se basó en la teoría del desarrollo de la personalidad y las relaciones interpersonales de Sullivan, el concepto de motivación humana de Maslow, la teoría psicoanalítica de Freud y los principios del aprendizaje social de Miller (influenciado a su vez por su predecesor Pavlov). H. Peplau describe la Enfermería como “un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria”. (Marriner, 1989, p.161). Se trata de un proceso interpersonal terapéutico por objetivos entre la enfermera y el paciente donde este último percibe una mayor auto-comprensión y aprendizaje a consecuencia del análisis, dentro de la díada enfermera-paciente, de las reacciones al estado de salud (Peplau, 1997).

Este proceso interpersonal se compone de cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Durante la *fase de orientación*, la enfermera, ante una necesidad percibida por el paciente, ayuda a clarificar y entender el problema determinando su necesidad de ayuda. En la *fase de identificación* se establece la posibilidad de asociación al identificar el paciente a aquellos que pueden ayudarle a satisfacer su necesidad, siendo objetivo de la enfermera la reorientación y el descubrimiento de fortalezas de la personalidad a través de la exploración de los

sentimientos del paciente. Durante la *fase de aprovechamiento* el paciente comienza a percibir y a sacar beneficio de la diada, se traslada el foco de fuerza de la enfermera al paciente y se establecen metas que acrecentarán su fuerza y valía personal. Por último, en la *fase de resolución*, el paciente se libera de su identificación con la enfermera al mismo tiempo que va cumpliendo metas y estableciendo nuevas (Galvis López, 2015; Jones, 1996; Marriner, 1989).

H. Peplau describe seis roles de la Enfermería psiquiátrica (Marriner, 1989; Mastrapa & Lamadrid, 2016):

- ***Rol (o Función) de Desconocida.*** La enfermera y el paciente no se conocen, por lo que ésta debe aportar un enfoque cordial y empático con el paciente y asumir que está emocionalmente capacitado para la identificación y resolución del problema, salvo que se demuestre lo contrario. Este rol se enmarca en la fase de identificación.
- ***Rol (o Función) de Persona Recurso.*** La enfermera, tras determinar qué tipo de respuesta es la idónea para fomentar el aprendizaje constructivo por parte del paciente, da respuesta a aquellas preguntas relacionadas con la salud y el tratamiento.
- ***Rol (o Función) de Docente.*** La enfermera proporciona información al paciente de tal forma que, empleando la instrucción y la propia experiencia del paciente como generadora de aprendizaje, se consigue desarrollar conocimiento y capacidad del uso de la información en beneficio propio.
- ***Rol (o Función) de Líder.*** La enfermera, participando de manera activa a través de una relación de cooperación, ayuda al paciente a la resolución de objetivos. Implica un proceso democrático.
- ***Rol (o Función) de Sustituta.*** La enfermera, con su conducta, despierta en el paciente sentimientos vinculados a una relación anterior. El objetivo de la enfermera radica en clarificar y desvincular su función con la de la persona recordada.
- ***Rol (o Función) de Consejera.*** La enfermera ayuda al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Esta función, considerada la más importante en

MARCO TEÓRICO

la Enfermería psiquiátrica por H. Peplau, funciona de acuerdo con el modo en que la enfermera da respuesta a las necesidades del paciente.

El origen de la enfermedad mental según la Teoría Psicodinámica de Peplau radica en la exposición de la persona a cuatro experiencias psicobiológicas: frustración, conflicto, tensión y ansiedad (Jones, 1996). En el contexto de la enfermería psicodinámica, el transcurso de la enfermera por los diferentes roles evidencia cambios en la relación interpersonal enfermera-paciente. El conocimiento por parte de la enfermera de su propia conducta ayuda al paciente a identificar, aplicando los principios de las relaciones humanas, las dificultades que surgen a todos los niveles de experiencia (Mastrapa & Lamadrid, 2016). Para H. Peplau, la ausencia de relación terapéutica deriva en el empleo de mecanismo de defensa psicológica (fijación, proyección o regresión) para luchar contra estas experiencias, desencadenando la psicosis (Jones, 1996; Marriner, 1989). La Enfermería de Salud Mental desarrolla un papel crucial en la integración, conciencia y trato de la enfermedad. Existen dos premisas que se deben cumplir a la hora de desarrollar un programa de recuperación que contenga una autoadministración de medicación por parte del paciente: la disposición y la responsabilidad. Con el fin de evitar un comportamiento antagonista por parte del paciente, con rechazo de medicación y la no adherencia al tratamiento (circunstancia habitual en el paciente drogodependiente), la enfermera evalúa qué necesidades le surgen al paciente cuando este se enfrenta a una alteración de sus patrones de vida habituales por la inclusión de la medicación psicotrópica. Trabajar la esperanza, la educación y el apoyo entre iguales se considera el inicio de la preparación para la autoadministración de medicación, mientras que la potenciación de la autodefensa y el sentido de pertenencia reforzarían la premisa de responsabilidad. Cualidades como la presencia, el respeto, la empatía, la confianza, la transmisión de apertura, la congruencia, los valores éticos, el empoderamiento, el autoconocimiento y la autoexploración dirigen el progreso de la relación terapéutica hacia una mayor conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, mejorando la experiencia y reduciendo el número de recaídas (Hochberger & Lingham, 2017).

La concepción de las teorías de enfermería como análisis descriptivos incapaces de predecir fenómenos pone en tela de juicio la capacidad de éstas para identificar la relación causal, imprescindible para predecir y ofrecer intervenciones de

enfermería. Holden (1991) determinó que la complejidad a la hora de establecer la relación causal dentro del binomio enfermera-paciente radica en la dificultad a la hora de estudiar la historia de vida de la persona y sus consecuencias. Este órdago es recogido por H. Peplau quien defiende que la ciencia de la enfermería debe estudiar las crisis vitales para desarrollar diagnósticos enfermeros e intervenciones de enfermería empíricamente válidas. Desde la publicación de esta teoría en 1952, solo el desarrollo de métodos de investigación posterior dictaminarían la naturaleza predictiva del proceso de relación interpersonal entre enfermera-paciente dirigiendo la atención a la naturaleza y función de los roles en la relación interpersonal y la articulación de intervenciones empíricamente válidas para comprender los problemas humanos y las dificultades psicosociales, así como para la restauración y el mantenimiento de la salud (Jones, 1996; Peplau, 1997).

El modelo conceptual de H. Peplau analiza, valida y concreta en términos científicos y sistemáticos los conceptos teóricos que permiten integrar la teoría de las relaciones interpersonales a la Enfermería psiquiátrica (Lego, 1999). Esto ha permitido su utilización posterior como base de desarrollo de metodología de investigación. En un ensayo clínico donde se empleó el modelo de comunicación de H. Peplau como variable independiente y la ansiedad-depresión como variables dependientes en pacientes candidatos a cirugía bypass de arteria coronaria, se concluyó que el modelo de comunicación y la aplicación de los roles de enfermería descritos por H. Peplau en sesiones previas a la cirugía redujo los niveles de ansiedad y depresión durante el ingreso hospitalaria post-intervención (Zarea et al., 2014). Un estudio cualitativo empleó los roles de ayuda descritos en el modelo de H. Peplau para identificar qué rol desempeñaba el profesional en cada etapa del proceso de relación profesional sanitario-paciente en personas víctimas de violencia de género concluyendo que el rol de docente y el de consejero era considerado el más útil, solidario y compasivo por los pacientes ayudando en la identificación y el manejo de los síntomas de la violencia. (Courey et al., 2008). Peden desarrolló un método cualitativo basado en la teoría de H. Peplau en un estudio descriptivo que analizaba la sintomatología en mujeres hospitalizadas por depresión observando como resultado una mejoría en su autoestima y crecimiento personal (Penckofer et al., 2011). También, se ha utilizado a Peplau como método para asegurar el reclutamiento y la retención de pacientes seleccionados

para un estudio, consiguiendo ganar y mantener la confianza del participante, demostrar un sentido de cuidado y valorar su contribución a la relación interpersonal (Penckofer et al., 2011).

1.5.4.1.2. Marco Jurídico. Código Deontológico de la Enfermería Española

El Código Deontológico de la Enfermería Española recoge en los capítulos II «La enfermería y el Ser Humano, deberes de las Enfermeras/os», IV «La enfermera/o ante la sociedad» y VI «La Enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados» elementos ineludibles a la hora de desarrollar el marco conceptual de la actuación enfermera en pacientes de salud mental. A continuación, se citan los artículos más relevantes:

Artículo 4. “La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud”.

Artículo 5. “Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal”.

Artículo 8. “Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste”.

Artículo 12. “La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo”.

Artículo 32. “Los proyectos y programas de promoción de la salud han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socioculturales y económicos”.

Artículo 35. “Como consecuencia del derecho público, que tienen todos los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas”.

1.5.4.3. Proceso de Atención de Enfermería

Desde comienzos de siglo, la Enfermería, a fin de estudiar la naturaleza de su rama, ha adquirido el compromiso de trabajar de forma organizada para dotar a las enfermeras de una identidad profesional y de rol. Durante años, la Enfermería ha tenido que asumir la marginación derivada de la ausencia de identidad. El desarrollo de la disciplina enfermera, carente de raíces epistemológicas, ha derivado en un arduo proceso de producción de conocimiento propio (Siles González, 2016). El sustento de la profesión enfermera en modelos y teorías propios siempre ha sido un aliciente para la profesión. No obstante, cada uno de los modelos personales toleran una reducción de la corriente de pensamiento, al respaldar sus definiciones de *persona, salud, entorno y cuidados* (metaparadigma de la disciplina enfermera) en las inferencias de la tendencia a la que pertenezcan. Por ende, la unificación de criterios se sustenta en el uso de las bases filosóficas y metodológicas inherentes en todas las teorías y modelos personales. Mientras que la filosofía enfermera se nutre de la lógica, la ontología, la psicología filosófica y la ética o filosofía moral para analizar los elementos del metaparadigma enfermero desde un razonamiento crítico que derive en incorporación de nueva información a través de una actitud de humildad y mente abierta, la metodología enfermera se basa en el conocimiento deductivo, inductivo o una combinación de ambas para la elaboración de un proceso por etapas que genera conocimiento científico y sitúa a la enfermería en una posición simétrica al resto de disciplinas, permitiendo el desarrollo de su rol independiente a la vez que complementario (Fornés, 2018).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un enfoque sistemático de la atención que utiliza los principios fundamentales del pensamiento crítico, las líneas de tratamiento centradas en el cliente con tareas orientadas a objetivos, las

MARCO TEÓRICO

recomendaciones de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y la intuición enfermera (Toney-Butler & Thayer, 2020). Por ende, los postulados holísticos y científicos se integran resultando un procedimiento sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, cuyo objetivo es la identificación y tratamiento de las respuestas únicas del individuo o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales (Alfaro, 1998; Potter & Frisch, 2007).

El término proceso de cuidado fue mencionado por primera vez por Lidia E. Hall en 1955 en su *Modelo de núcleo, cuidado y curación* (CORE, CARE, CURE), sin embargo, este término y su relación con la enfermería tardó años en tener aceptación. En 1959, Dorothy Johnson consideró el proceso de enfermería como un método que incluía la valoración, la toma de decisiones y la realización del conjunto de acciones seleccionadas para resolver y evaluar el problema. En 1961, Ida Jean Orlando sostuvo en su obra *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles of Professional Nursing Practice* los tres elementos que al correlacionarse conforman el proceso enfermero: conducta del paciente, reacción del profesional de enfermería y acciones enfermeras. En 1963, Ernestine Wiedenbach introdujo el modelo trifásico en el proceso de enfermería: identificar problemas, prestar ayuda y comprobar que la ayuda ha sido proporcionada. Sin embargo, no sería hasta 1967, con Helen Yura y Mary Walsh, que aparecería un primer texto que recogía de forma no tan rudimentaria el proceso de atención de enfermería compuesto por cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. En 1973, la ANA (American Nurse Association) con el objetivo de definir el campo de actuación enfermero y obtener el status profesional reivindicado hasta la fecha por la profesión, estableció la primera definición de diagnóstico enfermero. En consecuencia, Bloch (1974), Callista Roy (1975), Mundinger y Joruon (1975) y Aspinall (1976) añadieron la última fase del proceso, el diagnóstico, quedando completo tal y como lo conocemos hoy día. (Alfaro, 1992; Hernández-Conesa et al., 2003; Marriner, 1989; Morales & Morales, 2007).

Actualmente el PAE consta de cinco fases secuenciales y relacionadas entre sí que permiten ofrecer cuidados de enfermería de una forma lógica, racional y sistemática (Caro & Guerra, 2014):

- **Valoración:** recogida y organización de los datos para detectar los problemas de salud y enumerar los factores de riesgo.
- **Diagnóstico:** análisis de los datos recogidos en la etapa anterior y expresión del problema real o potencial.
- **Planificación:** documentación del PAE tras una priorización de problemas detectados. Proceso continuado que culmina con el trazo de objetivos para conseguir los resultados esperados en el paciente y la descripción de las intervenciones a realizar.
- **Ejecución:** puesta en práctica del PAE.
- **Evaluación:** determinación del alcance de los resultados esperados mediante un proceso sistemático y continuo.

1.5.4.3.1. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (I): Valoración

La valoración de enfermería es la primera fase del PAE aplicado a población drogodependiente (PAED). La valoración resulta imprescindible antes de comenzar la relación terapéutica. Consta de cuatro actividades a desarrollar por el profesional de enfermería: recogida de datos, validación de los datos, organización de la información y comunicación/anotación de los datos (Hernández-Conesa et al., 2003; Martínez-Ruiz & Rubio-Valladolid, 2002).

El inicio de la recogida de información comienza con una valoración de los datos básicos del paciente. Se formaliza en el primer contacto con el usuario y el objetivo reside en recopilar toda la información pertinente sobre todos los aspectos de salud del paciente para después, en una valoración focalizada, dirigir la atención a recoger información acerca de las áreas disfuncionales detectadas. Se debe reevaluar de forma periódica con una valoración continuada a fin de reevaluar los objetivos programados. Ante una situación de urgencia (intoxicación por uso de sustancias o ideas/tentativas de autolesión, entre otros), se realiza una valoración de urgencia, donde prima la filiación de la emergencia, su naturaleza y la posibilidad de intervenir de forma segura. Una vez resuelta la urgencia y habiendo conseguido la estabilidad del paciente, resulta importante realizar una valoración amplia, focalizada o ambas

MARCO TEÓRICO

(Fornés, 2018). La valoración consta de tres métodos principales: entrevista, observación y exploración física.

La *entrevista* constituye una herramienta de trabajo primordial a desarrollar por el profesional de enfermería que le permite recoger información apta para el desarrollo posterior de la fase diagnóstica y la elaboración del plan de cuidados pertinente. Existen varios tipos de entrevista: una *entrevista informal* en la que no aparecen estándares, pero si es posible la obtención de información valiosa por parte del usuario, familia o entorno, y otra *entrevista formal o estructurada* en la que los ítems aparecen estructurados y se debe garantizar un cierto orden. La Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de la Región de Murcia ha implantado en *Selene* (estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud/SMS) un formulario que agrupa los diferentes ítems en categorías: (1.) *Elaboración del perfil del drogodependiente*: nombre, dirección, teléfonos de contacto, estado civil e historia toxicológica del paciente; (2.) *Situación laboral*: nivel educativo, profesión y situación laboral actual; (3.) *Delimitar el motivo de la consulta*: urgencia, interconsulta o programada, expectativas del usuario; (4.) *Definir la enfermedad actual*: intoxicación aguda, desintoxicación a la sustancia, síndrome de abstinencia o deshabituación; (5.) *Historia toxicológica*: droga por la que realiza la demanda, edad de inicio, fecha de último consumo, consumo medio actual, vía de administración, periodos de abstinencia, recaídas; (6.) *Historia de salud*: enfermedades físicas, enfermedades de transmisión sexual e infecciones (pruebas complementarias); (7.) *Historia medicamentosa*: tratamientos anteriores, fecha de inicio del tratamiento y duración de la asistencia; (8.) *Historia psiquiátrica*: antecedentes personales en Salud Mental, antecedentes/historia familiar, tratamiento farmacológico actual, efectos secundarios detectados; (9.) *Antecedentes/Historia familiar*: historia toxicológica en familiar de primer y/o segundo grado y enfermedad mental; (10.) *Historia social*: estado civil, amistades consumidoras, creencias religiosas, problemas judiciales, número de detenciones, etc.; (11.) *Actividades básicas de la vida diaria*: hábitos de nutrición, higiene y aseo personal, sueño-descanso, actividad física, actividades de ocio y tiempo libre, etc.

Además, la entrevista con el usuario consumidor de sustancias se debe completar con cuestionarios diseñados tanto para la detección del problema como para

estratificar la gravedad de este. Entre los más empleados se encuentran: el *Woman Abuse Screening Tool* o WAST en su versión corta (dos preguntas con tres respuestas posibles) proporciona un instrumento empleado para la detección de violencia de género; *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) para la detección del consumo de alcohol con una puntuación que oscila entre 0 y 40 puntos. Una estimación superior a 8 puntos puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con esta sustancia; o el *Addiction Severity Index* (ASI) para valorar la severidad de la dependencia a la sustancia, entre otros.

Durante el transcurso de la entrevista, Enfermería debe manifestar una actitud de escucha, tratar de no obstaculizar el discurso del paciente y adoptar una actitud empática donde prevalezca el uso de la entrevista motivacional y el counselling. La finalización de la entrevista se produce con una devolución de la información al paciente, un resumen de los problemas detectados y una puesta en común de las respuestas esperadas por el usuario.

La *observación* es la segunda herramienta para obtener información durante la fase de valoración en pacientes usuarios de drogas. Mediante *la vista*, el profesional de enfermería debe valorar la marcha del paciente, la postural corporal en bipedestación y sentado, la indumentaria, la expresión facial, el estado y coloración de la piel, la presencia de cicatrices o erosiones en la piel, tatuajes y edemas, etc. Además, la detección por medio de la vista de síntomas como temblor, inestabilidad, sudoración profusa, lagrimeo, rinorrea o dilatación pupilar aportan información extra para clarificar el motivo de la demanda. A través del *olfato* se pueden adquirir datos sobre la higiene corporal o los hábitos insanos (olor corporal, halitosis, tabaco, alcohol...). Por último, mediante el oído, se valora la presencia de tos, llanto, jadeo, rechinar, alteraciones del habla (disartria, disfemia, mutismo, etc.) y el tono de voz.

La *exploración física* es la tercera herramienta útil durante la fase de valoración. Por medio del *tacto* y el desarrollo de técnicas de enfermería (toma de constantes vitales) se valora la aspereza y dureza de la piel, la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la saturación de oxígeno en sangre o el estado de relajación del paciente. Se puede hacer uso de la inspección, palpación y/o auscultación.

MARCO TEÓRICO

La información recopilada durante la fase de valoración debe ser sintetizada y organizada a fin de focalizar la actuación e identificar los problemas más relevantes en la fase de diagnóstico. Un modelo de registro mundialmente aceptado es el de Marjory Gordon, el denominado *Valoración estructurada por Patrones Funcionales de Salud*. Según Fornés (2018) el modelo de M. Gordon es el que mejor se adapta a las características del paciente de Salud Mental al no verse influenciado por el modelo teórico de referencia y ser válido independientemente de las características de la persona, el nivel de cuidados requerido o la enfermedad sufrida. Asimismo, la utilización del modelo de M. Gordon en el origen de la clasificación por dominios de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) facilita las sucesivas etapas del PAE (véase cuadro 4).

Cuadro 4

Desarrollo Taxonomía NANDA-I por dominios basados en los Patrones Funcionales de salud de M. Gordon.

Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon	Dominios de la NANDA-I
Patrón 1. Percepción - Manejo de la salud.	Dominio 1. Promoción de la salud.
Patrón 2. Nutricional - Metabólico.	Dominio 2. Nutrición.
Patrón 3. Eliminación.	Dominio 3. Eliminación / Intercambio.
Patrón 4. Actividad - Ejercicio.	Dominio 4. Actividad / Reposo.
Patrón 5. Sueño - Descanso.	Dominio 5. Percepción / Cognición.
Patrón 6. Cognitivo - Perceptual.	Dominio 6. Autopercepción.
Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto.	Dominio 7. Rol / Relaciones.
Patrón 8. Rol - Relaciones.	Dominio 8. Sexualidad.
Patrón 9. Sexualidad - Reproducción.	Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés.
Patrón 10. Adaptación - Tolerancia al estrés.	Dominio 10. Principios vitales.
Patrón 11. Valores y creencias.	Dominio 11. Seguridad / Protección.
	Dominio 12. Confort.
	Dominio 13. Crecimiento / Desarrollo.

Nota. Elaboración propia a partir de NANDA-I. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023, doceava edición. Elsevier España*

Marjory Gordon, en su modelo de registro, describe un Patrón Funcional de Salud (PFS) como “aquella respuesta o grupo de respuestas de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano” (Fornés, 2018, p. 38).

A continuación, se describen los 11 PFS de M. Gordon adaptados a población psiquiátrica, y más en concreto, a usuarios de drogas:

Patrón 1. Percepción y Mantenimiento de la Salud. Este PFS describe la percepción que tiene el paciente de su estado de salud y bienestar, así como las actividades que desarrolla para su autocuidado (Alfaro, 1992). En este apartado se debe incluir la información obtenida por medio de la observación y la exploración física referente a cuidado personal, higiene, indumentaria, constantes vitales, etc. Destacan la higiene corporal y el cuidado del cabello, indumentaria y maquillaje (armónica, acorde a la época estacional, etc.), presencia de prótesis (gafas, lentillas, audífonos, etc.), constantes vitales (frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, glucemia capilar, saturación de oxígeno), conciencia de enfermedad o *insight*, actitud hacia la enfermedad (aceptación/rechazo) y conocimientos sobre la misma, historia toxicológica (droga/s consumida/s, año de inicio de consumo, frecuencia de consumo, vía de administración, etc.), historia médica (física y psiquiátrica [antecedentes personales y familiares]), presencia de conductas de riesgo (enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, VIH, etc.), tratamientos previos (ambulatorios o en régimen de internamiento total o parcial, nivel de aceptación, etc.), y presencia de recaídas previas (Fornés, 2018; Orts, 2004).

Patrón 2. Nutricional y Metabólico. Este PFS describe el consumo de alimentos y líquidos en función de las necesidades metabólicas (Alfaro, 1992). La recogida debe iniciarse con la determinación de parámetros antropométricos (peso, talla y cálculo de IMC [Índice de Masa Corporal]) para continuar profundizando en presencia de intolerancias y/o restricciones alimentarias (se debe tener en cuenta el enfoque cultural), apetito/inapetencia (ingestas diarias, horarios de comidas, forma de comer, etc.), ingesta hídrica (cantidad y tipo de líquido [agua, alcohol, bebidas gaseosas, etc.]), presencia de náuseas y vómitos (momento de inicio, tipología [provocados/involuntarios]), y existencia de rituales o conductas bizarras relacionadas con la comida (rumiación, pica, etc.) (Rodríguez & Plaza, 2018). En drogodependencias es muy frecuente que existan patrones de alimentación irregulares con predominio del desorden y la inapetencia fruto del efecto anoréxico de las drogas (Orts, 2004).

Patrón 3. Eliminación. En este PFS se recoge información relacionada con la eliminación de desechos resultado del metabolismo corporal. Se debe recopilar información relacionada con la eliminación intestinal (frecuencia, características de las heces [blandas, líquidas, duras, con sangre o moco, etc.], molestias asociadas a la defecación y empleo de ayudas [remedios, naturales, laxantes, rituales, etc.]), la eliminación urinaria (frecuencia, características de la orina [color, olor, etc.], molestias durante la micción y empleo de ayudas [diuréticos, remedios naturales, rituales, etc.]), y eliminación cutánea (sudoración [profusa o seca] y posibles efectos secundarios farmacológicos relacionados con la sudoración y el olor corporal). Realizar descripción del patrón habitual de eliminación, es decir, identificación conjunta del patrón subjetivo “normal” de la persona. (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018). La falta de regulación de comidas y la desorganización pretérita en usuarios consumidores de sustancias psicoactivas puede suscitar episodios diarreicos, con la consecuente alteración electrolítica, sucedidos de episodios de estreñimiento (Orts, 2004).

Patrón 4. Actividad y Ejercicio. En este PFS se identifican elementos relacionados con el movimiento y el gasto energético, conductas que modulan la relación de la persona sobre el entorno. Se debe tener en cuenta que, en base el tipo de sustancia consumida, la persona desarrollará sintomatología diferente manifiesta en su estado de alerta, comportamiento motriz y ciclos circadianos. Se debe incluir en este apartado información relacionada con la expresión o mímica facial (tensión, contención, alegría, tristeza, ira o enfado, etc.), problemas relacionados con el comportamiento motriz (inquietud, deambulación constante, movimientos espasmódicos, falta de sincronía en el movimiento, tensión muscular, conductas compulsivas, ausencia de movimiento, enlentecimiento o retraso en las respuestas motoras, etc.), la participación en actividades (autocuidado, actividades de ocio, actividades grupales, etc.), y la destreza manifestada en las actividades (entendimiento correcto de pautas, capacidad de concluir la actividad una vez la inicia, gestión emocional ante el error o la prohibición de actividades, etc.) (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018).

Patrón 5. Sueño-Descanso. Este PFS recoge la capacidad de la persona para conseguir relajarse, dormir o descansar a lo largo del día. Se debe identificar información relativa al patrón normal de sueño (hora de acostarse y levantarse, uso de

ayudas para poder dormir [rituales previos, uso de objetos que favorecen el descanso, remedios naturales, sustancias psicotrópicas, fármacos prescritos, etc.]), y los problemas relacionados con el sueño (insomnio de conciliación o mantenimiento, presencia de pesadillas o terrores nocturnos, etc.). Además, se debe hacer una valoración de la percepción subjetiva personal que realiza la persona sobre su descanso (expresiones referidas a los indicadores de calidad y cantidad, valoración del ambiente [mobiliario, espacio, temperatura, luz, ruido, etc.]) (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018).

Patrón 6. Cognitivo-Perceptual. En este PFS se refleja la forma en la que las personas perciben e interpretan la realidad. Se valoran los procesos de percepción, lenguaje, aprendizaje, inteligencia y memoria: estado de conciencia (alerta, letárgico, estuporoso, obnubilado o coma), actitud frente al entorno (mirada dispersa, dificultad para reconocer objetos y personas, inquietud, estado de alerta, etc.), capacidad de concentración, orientación en espacio, persona y tiempo, alteraciones en la percepción (soliloquios, actitud de escucha, creencias erróneas, risas inmotivadas, silencios inadecuados, expresiones de miedo, proyección de la mirada, expresiones verbales sobre olores, sabores, voces, sonidos, etc.), estado de la memoria e inteligencia, contenido del pensamiento-lenguaje (temáticas relevantes, discurso reiterativo, etc.) y curso del pensamiento-lenguaje (velocidad de la expresión verbal [verborrea, presión del habla, etc.], tiempo de reacción, comprensibilidad del discurso, presencia de neologismos, volumen y tono de voz, etc.) (Fornés, 2018; Orts, 2004; Rodríguez & Plaza, 2018).

Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto. En este PFS se involucran aquellos aspectos que intervienen en la percepción de sí mismo, resultado de la autoimagen y la interacción personal y social. La valoración debe ir focalizada en detectar la percepción de la imagen corporal (expresiones sobre su imagen, indumentaria, resalte de atributos, conductas indicativas de necesidad de aprobación, etc.) y la descripción personal de la misma (atributos positivos y negativos, identificación de logros, éxitos, capacidades, sentimientos relacionados, etc.). Se debe completar la valoración mediante la observación de expresión facial, postura corporal, tono de voz, control y gestión emocional (expresiones de dolor, culpa, rabia, agresividad, exaltación, respiraciones profundas, silencios rotundos, etc.). Las nuevas formas de obtención de

recursos para la adquisición de la sustancia (robos, mentiras, prostitución, etc.) o el periodo de deshabitación de la sustancia potencian el riesgo de aparición de baja autoestima (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018).

Patrón 8. Rol y Relaciones. En este PFS se identifican las competencias individuales para establecer relaciones sociales y la capacidad de comunicación e interacción con el entorno. Primeramente, se debe realizar una descripción general de la estructura y rol familiares (tipo de convivencia [vive solo, en pareja, con la familia, institucionalizado, etc.], funcionalidad familiar, rol dentro del núcleo, responsabilidades adquiridas y grado de satisfacción). Seguidamente, por medio de la entrevista se obtienen datos acerca de las relaciones familiares (forma de comunicación, liderazgo, problemas detectados y posibles causas, grado de aceptación de la enfermedad por parte de la familia, implicación de la familia con el equipo terapéutico, etc.). Destacan, con el establecimiento de nuevas prioridades (la sustancia), relaciones interpersonales y entorno consumidor, los problemas legales potenciados por las nuevas formas de relación con grupos marginales, la presencia de ruptura de vínculos relacionales previos al inicio del TUS (Fornés, 2018; Orts, 2004; Rodríguez & Plaza, 2018).

Patrón 9. Sexualidad y Reproducción. En este PFS se valoran los aspectos sociales y psicológicos de la sexualidad de la persona. En un ambiente tranquilo que garantice la confidencialidad se deben reunir aspectos relacionados con la identidad de género (cisgénero, transgénero o género no-binario), la orientación sexual (heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, pansexualidad, demisexualidad, asexualidad, etc.) la satisfacción de la sexualidad, las medidas preventivas de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, los datos relacionados con la menstruación, climaterio o menopausia, etc. (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018). Es característica la aparición de inapetencia sexual y, en contraposición, la utilización de la sexualidad como medio de adquisición de recursos (Orts, 2004).

Patrón 10. Afrontamiento y Tolerancia al Estrés. Se valora la capacidad de la persona, familia o grupo para desenvolverse con el estrés asociado a la vida diaria y los distintos factores estresantes que surgen a lo largo del desarrollo vital. Se recoge información relacionada con signos y síntomas indicadores de ansiedad (reacciones

somáticas [erupciones cutáneas, problemas respiratorios, dolores musculares, etc.], manifestaciones físicas (taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial, cefalea, temblor, incoordinación, etc.) y expresiones de vergüenza, inseguridad, de malestar clínico o psicológico en respuesta al estrés, etc.) e identificar los sistemas de apoyo (capacidad para compartir el problema, expresión de deseo de ayuda, etc.) y estrategias de afrontamiento (conductas reactivas [agitación, ira, agresividad, llanto, etc.], consumo de medicamentos, empleo de sustancias psicotrópicas, ingestas disfuncionales por exceso/defecto, etc.). Con respecto a este PFS, se debe tener en cuenta que la búsqueda de la sustancia y su consumo, como medio de evitación de síntomas de abstinencia, genera en la persona una sensación de ansiedad constante que desregula sus formas de afrontamiento convencionales (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018).

Patrón 11. Valores y Creencias. En este PFS se recogen los sentimientos, las metas, los valores, las creencias y los compromisos adquiridos de forma voluntaria por una persona. Se deben identificar los valores y creencias predominantes en el contexto familiar y cultural de la persona, tanto religiosos (rituales religiosos, posesión de imágenes u objetos religiosos, deseo de práctica religiosa, etc.), como valores no morales (familia, trabajo, dinero, estudios, etc.) que rigen las elecciones y decisiones personales. Con la adquisición del trastorno por consumo de sustancias, los valores básicos que rigen la conducta de la persona se ven alterados y redirigidos hacia la consecución de la sustancia, hecho que puede generar en la persona cierta ambivalencia por la incapacidad de aceptación en el estatus de valores (Fornés, 2018; Rodríguez & Plaza, 2018).

1.5.4.3.2. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (II): Diagnóstico

Una vez realizada la primera etapa del PAE, la valoración, se realiza un diagnóstico. R. Alfaro (1992) se refiere al término razonamiento diagnóstico al “proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico, o el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo” (p. 61). La finalidad última reside en la identificación de problemas que marcan la estructura del plan de cuidados, y las capacidades o fortalezas

MARCO TEÓRICO

identificadas en la persona que serán útiles necesarios para reforzar el plan de cuidados y atestar su correcto desarrollo.

En España, desde septiembre de 2010 (RD 1093/2020, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud), queda legislada la obligatoriedad del uso de la taxonomía NANDA-I como expresión del juicio de la práctica clínica de la Enfermería. Fundada en 1982, la NANDA modificó su nombre por NANDA-Internacional con la finalidad de crear un sistema de clasificación de diagnósticos con normas terminológicas reconocidas a nivel mundial. La NANDA-I, en su doceava clasificación de diagnósticos de Enfermería 2021-2023, presenta una estructura taxonómica (Taxonomía II) compuesta por tres niveles: 13 dominios, 47 clases y 267 diagnósticos (NANDA-I, 2021).

Constituido mediante un sistema multiaxial de 7 ejes (véase figura 9), la NANDA-I (2021) se refiere al diagnóstico de enfermería como un “juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, cuidador (a), familia, grupo o comunidad” (p. 88). En función de si está focalizado en un problema, un riesgo potencial o una fortaleza, se pueden clasificar en tres tipos (p. 82):

- **Diagnóstico Focalizado en el Problema:** “juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital”.
- **Diagnóstico de Riesgo:** “juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital”.
- **Diagnóstico de Promoción de la Salud:** “juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud (...) las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en persona, familia, grupo o comunidad”.

Figura 9

Modelo multiaxial Taxonomía II de la NANDA-I



Nota. Elaborado a partir de NANDA-I. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023, doceava edición*. Elsevier España.

A continuación, en el Cuadro 5 se describen alguno de los diagnósticos NANDA que se presentan en pacientes con TUS, en función del dominio y la clase (NANDA-I, 2021).

Cuadro 5

Diagnósticos NANDA en Trastorno por uso de sustancias

Dominio 1. Promoción de la Salud	Clase 2. Gestión de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188). ▪ Autogestión ineficaz de la salud (00276). ▪ Conductas ineficaces del mantenimiento de la salud (00292).
	Clase 1. Ingestión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales (00002).
Dominio 2. Nutrición	Clase 4. Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo de deterioro de la función hepática (00178).
	Clase 5. Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028).
Dominio 3. Eliminación e intercambio	Clase 2. Función gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea (00013). ▪ Estreñimiento (00011).

MARCO TEÓRICO

Dominio 4. Actividad/Reposo	Clase 1. Sueño/Reposo	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio (00095).
	Clase 5. Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de autocuidado: alimentación (00102). Déficit de autocuidado: baño (00108). Descuido personal (00193).
Dominio 5. Percepción/Cognición	Clase 4. Cognición	<ul style="list-style-type: none"> Confusión aguda (00128). Riesgo de confusión aguda (00173). Control emocional inestable (00251). Control de impulsos ineficaz (00222). Deterioro de los procesos de pensamiento (00131).
Dominio 6. Autopercepción	Clase 1. Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> Desesperanza (00124). Trastorno de la identidad personal (00121).
	Clase 2. Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> Baja autoestima crónica (00119). Baja autoestima situacional (00120).
Dominio 7. Rol/Relaciones	Clase 2. Relaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> Procesos familiares disfuncionales (00063).
	Clase 3. Desempeño del rol	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la interacción social (00052). Desempeño ineficaz del rol (00055).
Dominio 8. Sexualidad	Clase 2. Función sexual	<ul style="list-style-type: none"> Disfunción sexual (00059). Patrón sexual ineficaz (00065).
Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Clase 2. Respuestas de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento ineficaz (00069). Ansiedad (00146). Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241). Deterioro de la resiliencia (00210)
	Clase 3. Estrés neuro- comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de abstinencia agudo (00258). Riesgo de síndrome de abstinencia agudo (00259).
Dominio 10. Principios vitales	Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones	<ul style="list-style-type: none"> Conflicto de decisiones (00083).
Dominio 11. Seguridad/Protección	Clase 2. Lesión física	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de lesión (00035).
	Clase 3. Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de violencia autodirigida (00140). Riesgo de violencia dirigida a otros (00138). Riesgo de conducta suicida (00289).
	Clase 4. Peligros del entorno	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de intoxicación (00037).
Dominio 12. Confort	Clase 1. Confort físico	<ul style="list-style-type: none"> Dolor agudo (00132).

Clase 3. Confort social	▪ Aislamiento social (00053).
Dominio 13 <i>Crecimiento/Desarrollo</i>

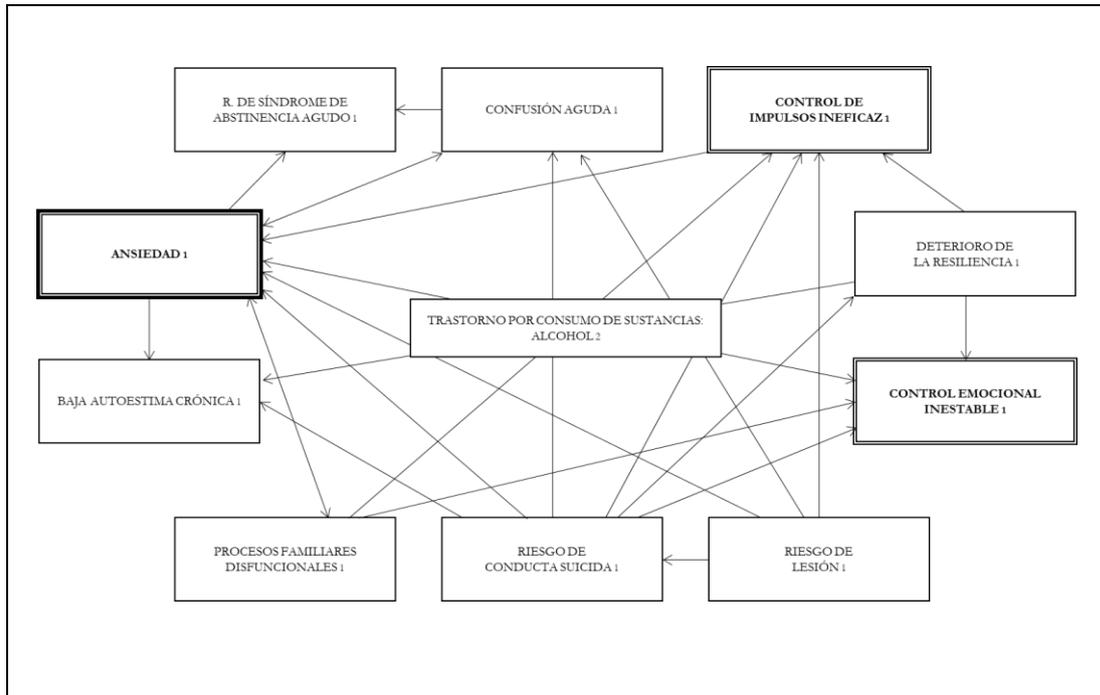
Nota. Elaborado a partir de NANDA-I. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª edición.* Elsevier España.

1.5.4.3.3. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (III): Planificación

Una vez identificados los diagnósticos NANDA, la siguiente fase del proceso es la planificación de forma conjunta (enfermera-paciente) de los cuidados de Enfermería. Primeramente, se establecen los objetivos/resultados a conseguir previa priorización de los problemas descritos en la etapa anterior con, entre otros modelos, la *jerarquización de necesidades de Maslow*. Mediante este modelo, se desarrolla una lista de prioridades jerarquizada que va desde la tipificación de problemas que intervienen en necesidades fisiológicas (*prioridad 1*) hasta los problemas que afectan a la capacidad para conseguir los objetivos (*prioridad 5*), pasando por detección de problemas involucrados en la seguridad y protección del paciente (*prioridad 2*), los problemas relacionados con el amor y la pertenencia (*prioridad 3*) y los relacionados con la autoestima (*prioridad 4*). Otro modelo de jerarquización de problemas para el establecimiento de prioridades utilizado en Enfermería es el *Modelo ÁREA*. Este modelo, como se aprecia en la *Figura 10*, establece una red de razonamiento que gira en torno al problema principal (generalmente un diagnóstico médico) alrededor del cual se posicionan los diagnósticos de enfermería identificados para establecer una red que interconecta diagnósticos de enfermería por medio de flechas cuya punta se erige por la dirección de la relación. Se puede considerar una vez realizado, que el problema prioritario sobre el que debemos incidir es aquel que presenta mayor número de flechas apuntando. Enfermería puede participar de esta manera, con una red de razonamiento propia, con diagnósticos de enfermería o bien, establecer conexiones, en un trabajo cooperativo, de problemas potenciales a fin de evaluar, controlar y vigilar los factores de seguridad de dichas complicaciones potenciales a fin de evitar que aparezcan (Bellido Vallejo, 2006).

Figura 10

Modelo ÁREA para la priorización de diagnósticos NANDA en TUS por alcohol.



Nota. Elaboración propia empleando diagnósticos Enfermeros recuperados de NANDA-I. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª edición.* Elsevier España. ¹ Diagnósticos enfermeros NANDA-I.; ² Diagnóstico médico/psiquiátrico DSM-5.

La Taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) constituye la organización sistemática y estandarizada de los resultados de enfermería. En su sexta edición (Moorhead et al., 2018) se refiere al término resultado como “un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medida a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras” (p. 3). Estructurada en tres niveles (7 dominios, 32 clases y 490 resultados) la taxonomía NOC utiliza como escala de medida de consecución de resultados las escalas tipo Likert (método de medición vinculado a los indicadores de resultado categorizado en cinco puntos que hacen relación a cinco categorías o rangos en las que el 0 y el 5 constituyen la situación más desfavorable y favorable respectivamente).

1.5.4.3.4. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (IV): Ejecución

Una vez establecidos los objetivos y resultados esperados en la persona, se realizan las actividades de acuerdo con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Interventions Classification), lo que aporta un lenguaje completo y estandarizado para describir la práctica asistencial respecto a la prevención de la enfermedad, el tratamiento de enfermedades y la promoción de la salud.

La intervención NIC se describe como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional enfermero para favorecer el resultado esperado del paciente” (Rodríguez & Plaza, 2018, p. 141). Cada intervención NIC está vinculada a un diagnóstico NANDA y a un resultado NOC establecidos previamente. En esta etapa, se realiza la preparación de la intervención, la actividad propiamente dicha y el registro en el PAE. A continuación, en el *Cuadro 6* se expone para el diagnóstico enfermero “Afrontamiento ineficaz” los resultados esperados e intervenciones propuestas en la fase de ejecución del PAE.

Cuadro 6

Plan de Cuidados de Enfermería Diagnóstico NANDA-I “Afrontamiento ineficaz”.

Diagnóstico NANDA-I^a	AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069) relacionado con sensación de control inadecuada y manifestado por conducta destructiva hacia sí mismo.						
Resultados NOC^b	1300 ACEPTACIÓN DEL ESTADO DE SALUD						
	INDICADORES DE RESULTADO						
	130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	LIKERT	1	2	3	4	5
	130007 Expresar sentimientos sobre el estado de salud.	LIKERT	1	2	3	4	5
	130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud.	LIKERT	1	2	3	4	5
	1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS						
	INDICADORES DE RESULTADO						
	130201 Identificar patrones de superación eficaces	LIKERT	1	2	3	4	5
	130205 Verbalizar aceptación de la situación	LIKERT	1	2	3	4	5
Intervenciones NIC^c	5270 APOYO EMOCIONAL						
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. ▪ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. ▪ Favorecer la conversación o el llanto para disminuir la respuesta emocional. ▪ Reforzar positivamente al paciente para potenciar sentimientos de autoestima positiva. ▪ Aplicar técnicas de resolución de sentimientos. ▪ Enseñar a realizar valoraciones realistas y flexibles. ▪ Educar en el reconocimiento de la aparición de sentimientos erróneos y negativos. 						
	5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO						
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en sus relaciones. ▪ Valorar la comprensión del paciente sobre su proceso de enfermedad. ▪ Utilizar un enfoque sereno de reafirmación. ▪ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. 						
	5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES						
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer comunicación con el paciente desde el inicio de la relación terapéutica. ▪ Facilitar la toma de decisiones en colaboración. ▪ Proporcionar información solicitada por el paciente. ▪ Informar sobre la existencia de puntos de vista distintos y soluciones alternativas. 						
	5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD						
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar un enfoque sereno que de tranquilidad. ▪ Escuchar con atención. ▪ Animar a la manifestación de sentimientos. ▪ Ayudar a la identificación de situaciones que precipitan la aparición de episodios de ansiedad extrema. 						

Nota. Elaboración propia. ^a Nanda-I: North American Nursing Diagnosis Association International.

^b NOC: Nursing Outcomes Classification. ^c NIC: Nursing Interventions Classification.

1.5.4.3.5. Proceso de Atención de Enfermería en Trastorno por Uso de Sustancias (V): Evaluación

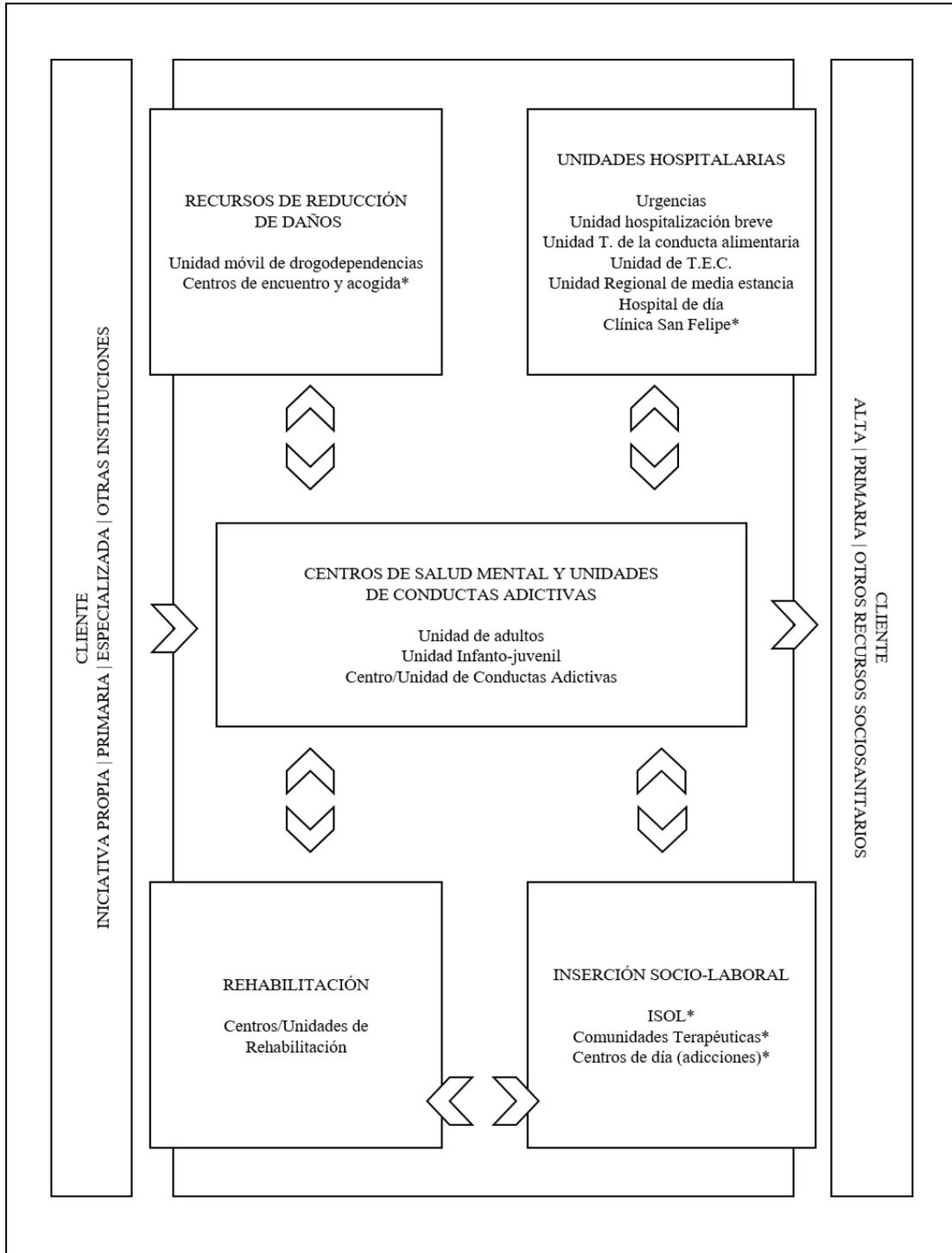
La evaluación es la última etapa del PAE, no obstante, no solo se evalúa al final del plan de forma estandarizada, sino que es entendida como un proceso continuo que se realiza con cada contacto o intervención que se establece con la persona. Se realiza una recogida de datos sobre el estado de salud o el estado del diagnóstico planteado a raíz de un problema identificado (Diagnóstico NANDA) y se realiza una comparación con los resultados esperados, así como un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los objetivos marcados. A través de la entrevista, la observación directa del lenguaje corporal, la expresión verbal de emociones, el examen físico o los cuestionarios validados y previamente seleccionados, Enfermería establece una conclusión concerniente al PAE buscando la eficacia y efectividad de las intervenciones. Si el paciente ha alcanzado la respuesta NOC esperada se cierra el diagnóstico enfermero y se reevalúa de nuevo posteriormente. Si el paciente está a medio plazo de conseguir el resultado se reevalúan las intervenciones propuestas para redefinir de forma conjunta el PAE. Si el paciente no ha alcanzado el resultado esperado y se encuentra lejos de conseguirlo se debe reevaluar íntegramente el problema, revalorando la situación del paciente y planteando un PAE más acorde a las necesidades y capacidades de la persona.

1.5.5. Dispositivos Profesionales de Atención al Trastorno por Uso de Sustancias

La Red de Salud Mental de la Región de Murcia se construye en base a dispositivos sanitarios adscritos al SMS: Centro de Salud Mental (CSM), Unidad de Adultos (CSM-A), Unidad Infanto-Juvenil (CSM-IJ), Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), Unidad de Conductas Adictivas (UCA), Unidad de Rehabilitación (URH), Equipos de Tratamiento Asertivo-Comunitario (ETAC) y Unidades de Hospitalización Breve (UHB); y dispositivos sociosanitarios subvencionados: Centros de día (CD), Comunidades Terapéuticas (CT) y Centros de Inserción Socio-laboral (ISOL). Como se describe en la *Figura 11*, el CSM constituye el eje central de actuación, recurso asistencial al que se accede previo acceso y posterior derivación desde sistemas generales, principalmente, la Atención Primaria (AP).

Figura 11

Red de Salud Mental de la Región de Murcia en Adicciones.

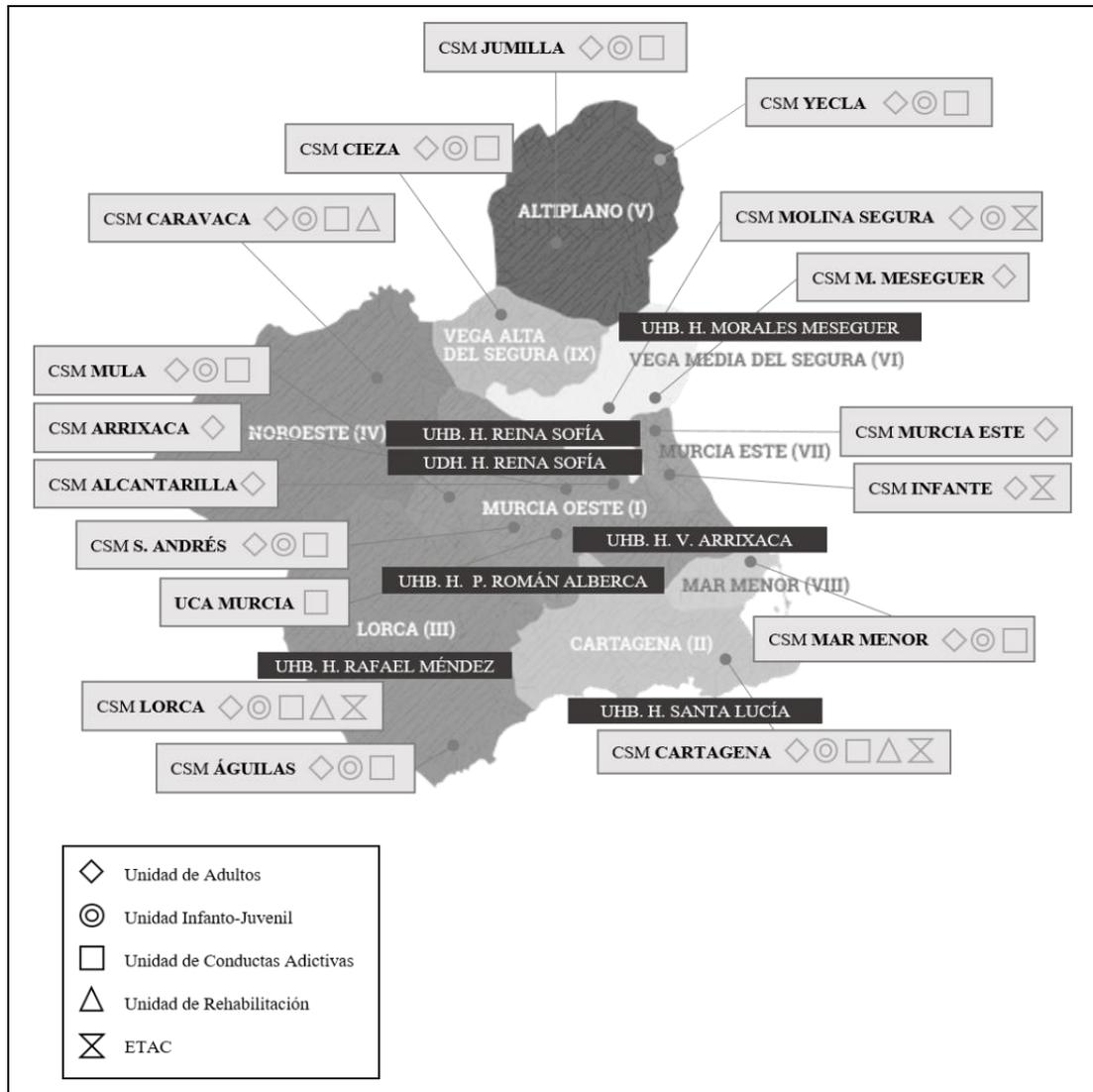


Nota. Recuperado de *Plan Regional sobre Adicciones 2021-2026*. (2021). Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (<http://www.e-drogas.es/ServletDocument?document=3459>)
 *Recursos privados concertados/subvencionados por el SMS.

En la *Figura 12* se describen, recuperado del Plan Regional de Adicciones 2021-26, el mapa sanitario de la Red pública de Salud Mental de Murcia.

Figura 12

Mapa sanitario y recursos asistenciales públicos de salud Mental de la CARM.



Nota. Adaptado de Plan Regional sobre Adicciones 2021-2026. (2021). Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (<http://www.e-drogas.es/ServletDocument?document=3459>)

CSM: Centro de Salud Mental. UCA: Unidad de Conductas Adictivas. ETAC: Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. UHB: Unidad de Hospitalización Breve. UDH: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

1.5.5.1. Centro de Salud Mental

El CSM es un recurso que lidera el circuito asistencial de la Red de Salud Mental compuesto por un equipo básico constituido por profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería de Salud Mental, Trabajo Social, Personal Auxiliar y Administrativo. Destinado a pacientes en régimen ambulatorio, desempeña funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedad, asistencia clínica, atención

domiciliaria, actividades de rehabilitación y reinserción social, formación, investigación y docencia.

1.5.5.2. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

La Orden de 20 de febrero de 1990, sobre autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias en su *artículo 2* define las UDH como “aquellas que dentro de un servicio hospitalario realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario” (p.1). Martínez-Ruiz & Rubio-Valladolid (2002) en su obra «*Manual de drogodependencias para Enfermería*» indican el perfil de consumidor de sustancias psicoactivas beneficiario potencial de este recurso asistencial: usuarios de drogas con graves patologías orgánicas y embarazadas (p. 293). La Región de Murcia dispone de UDH en el Hospital General Universitario (HGU) Reina Sofía.

1.5.5.3. Unidad de Hospitalización Breve

Las UHB son áreas de hospitalización donde se efectúan funciones de evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con problemas de salud Mental (incluidos trastornos por consumo de sustancias) en régimen de internamiento de corta duración. En la Región de Murcia existen seis UHB distribuidas en cinco hospitales generales: HGU Rafael Méndez, HGU Virgen de la Arrixaca, HGU J.M. Morales Meseguer, HGU Reina Sofía, HGU Santa Lucía; y un hospital psiquiátrico: H. Psiquiátrico Román Alberca).

1.5.5.4. Unidad de Conductas Adictivas

La Orden de 20 de febrero de 1990, sobre autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias en su *artículo 2* define la UCA como “centro o servicio de tratamiento ambulatorio de drogodependencias que, dependiendo o no de un hospital, desempeña actividades terapéuticas de desintoxicación, deshabituación, vigilancia sanitaria y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el consumo de estas sustancias en paciente consumidor de drogas” (p.1). En la Región de Murcia encontramos 12 dispositivos de la red de Salud Mental del SMS que disponen entre su cartera de servicios la atención a conductas adictivas: CSM Jumilla, CSM Cieza, CSM Caravaca, CSM Yecla, CSM

Molina de Segura, CSM San Andrés, CSM Lorca, CSM Águilas, CSM Cartagena, CSM Mar Menor y UCA Murcia.

1.5.5.5. Centros de día

Los CD son recursos subvencionados/concertados por el SMS en los que se trabajan áreas de intervención terapéutica, incorporación sociolaboral e intervención social. La Orden de 20 de febrero de 1990, sobre autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias en su *artículo 2* define los CD como “aquellas que en régimen de estancia de día realizan tratamientos de deshabituación mediante terapia psicológica, ocupacional o farmacológica y promueven la participación de los pacientes, por un periodo de tiempo determinado” (p.1). En concierto con el SMS se encuentran actualmente Heliotropos, La Huertecica y AMAS.

1.5.5.6. Centros de Inserción Sociolaboral

Son centros o unidades destinadas a la adquisición, recuperación y potenciación de conocimientos y habilidades necesarias para la inserción sociolaboral de pacientes que presentan situación de desventaja social a través de la formación, el acompañamiento, la orientación, el seguimiento y el apoyo familiar. La Región de Murcia desarrolla el Proyecto ISOL en varias sedes distribuidas por la Región de Murcia (Molina de Segura «Los Juncos», Cartagena, Lorca y Caravaca). El proyecto ISOL es un programa de integración sociolaboral para pacientes con trastorno mental (incluido trastorno por consumo de sustancias) que favorece el acceso al mercado laboral a través de acciones de formación, tutorización y acompañamiento.

1.5.5.7. Comunidades Terapéuticas

La Orden de 20 de febrero de 1990, sobre autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias en su *artículo 2* define las CT como “unidades, centros o servicios que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabituación mediante terapia psicológica, ocupacional o farmacológica y promueven la participación activa de los pacientes, por un periodo de tiempo determinado” (p.1). Las CT nacieron tras la segunda guerra mundial para atender los TEPT siendo en la década los 70 y gran parte de los 80 destino

prácticamente exclusivo para el tratamiento de heroinómanos. Finalmente, a partir de los años 90, la profesionalización de estos recursos asistenciales les permitió la adquisición de una metodología aplicada al ámbito de la Salud Mental con proyección hacia otras áreas (Arnau, 2008). En concierto con el SMS se encuentran: Las Flotas, La Huertecica, Proyecto Hombre, Betania, Neurocultura, El Buen Camino y Temehi

1.5.6. Programa de Reducción de Daños

Se entiende por Programa de Reducción de Daños (PRD) las intervenciones médicas, psicológicas y sociales dirigidas a disminuir los efectos nocivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas sin necesariamente reducirlo o eliminarlo. La perspectiva de este campo de actuación contempla la abstinencia como un objetivo lograble a largo plazo, interviniendo en la prevención de daños relacionados con la administración de sustancias psicoactivas en las fases de mantenimiento del consumo (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006). La reducción de daños se considera no un fin en sí mismo, sino un método de aproximación del consumidor a estrategias que disminuyan el impacto social de la droga, reduzcan los daños asociados y potencien la información y la adquisición de buenos hábitos en salud. Las estrategias se estructuran a nivel individual (reducción de daños directos del consumo de sustancias psicoactivas como dependencia, trastorno por consumo, infecciones transmitidas por la sangre [VHC, VIH], infecciones bacterianas relacionadas con la inyección local de la sustancia, complicaciones por sobredosis y muerte), familiar, del entorno o a terceros (violencia, homicidio, delitos contra la propiedad, comercio sexual, estigmatización, problemas de vivienda, prisión, etc.) (Vearrier, 2019). Las primeras intervenciones dirigidas a la reducción de daños se remontan a comienzos del S. XX. Sin embargo, no es hasta 1973 cuando la OMS cataloga los PRD como un tratamiento alternativo viable para el control de las consecuencias derivadas del consumo (Bosque-Prous & Brugal, 2016). En España, el primer PRD data de 1996 (Real Decreto 5/1996 de 15 de enero) tras la modificación del RD 75/1990 de 19 de enero por el que regulan movimientos de intercambio de jeringuillas y salas de consumo supervisado (Chica et al., 2019). Desde entonces, se han divulgado diversas estrategias focalizadas en el consumo por vía parenteral y la reducción de los casos de muerte por infección por

VIH, VHB, VHC y tuberculosis. A continuación, se describen los aspectos más destacados del PRD:

1.5.6.1. Programa de Intercambio de Jeringuillas

Suministro e Intercambio de Material Estéril para la Inyección de Sustancias vía Parenteral. Desde la aparición 1984, en Ámsterdam, del primer Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), estos han demostrado ser seguros y han contribuido de manera notable y coste-efectiva a la reducción de la transmisión del VIH. No obstante, la reducción del impacto del VHC ha experimentado un descenso menos notorio a causa de la limitación de la distribución de material estéril a jeringuillas, y no tanto a otros elementos como filtros o agua destilada (Bosque-Prous & Brugal, 2016; Sociedad Española de Toxicomanías, 2006). Actualmente, los PIJ se han diversificado, implicando al sector de la farmacia, y han ampliado su campo de actuación a centros penitenciarios de Alemania, Suiza, España, Armenia, Portugal, Luxemburgo, Moldavia y Rumanía (Moazen et al., 2020; Sander et al., 2019). Nuestro país, España, se posiciona como el único país de la UE donde existe PIJ en todas las prisiones, no obstante, la cobertura apenas alcanzó, según los resultados de la investigación, el 36% en 2005, descendiendo abruptamente a un 17,9% en 2009 (De la Fuente et al., 2012b, 2012a). Según un estudio comparativo de la cobertura de los PIJ entre países de la UE (Sander et al., 2016) sólo un 5-6% de los reclusos que consumen drogas por vía parenteral utiliza el PIJ. A destacar entre los motivos, el miedo a la pérdida de confidencialidad y la carencia de materiales estériles que no sean jeringuillas. En la Región de Murcia, tanto el Programa de mantenimiento con Metadona como el PIJ y distribución de preservativos se realiza en las UCA distribuidas por la región y por medio de unidades móviles.

1.5.6.2. Salas de Consumo Supervisado

Se encuentran integradas en centros sociosanitarios en las que se permite el consumo vía fumada o inyectada de sustancias psicoactivas. La finalidad de este recurso reside en un descenso del uso compartido y la reutilización de jeringuillas y demás parafernalia relacionada con el consumo que se administra en un entorno seguro supervisado por personal sanitario cualificado (principalmente personal de Enfermería y Trabajo social según EMCDDA, 2018) para atender cualquier urgencia por

sobredosis, ayudando a reducir la mortalidad asociada a esta causa (Bosque-Prous & Brugal, 2016; Sociedad Española de Toxicomanías, 2006). En 2014, la UE tenía disponibles 62 salas de consumo supervisado en siete países europeos, entre ellos España, destacando además un servicio de salas de consumo móviles en Barcelona y Berlín (EMCDDA, 2018).

1.5.6.3. Suministro de la Propia Sustancia u Otra de Acción Similar

Son los denominados tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos. En 1959 se crea en EE. UU el primer centro ambulatorio de prescripción de estupefacientes (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006). Una década después, los estudios realizados con metadona como método de reducción del síndrome de abstinencia y el craving por Dole y Nyswander demostraron su eficacia en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, de los riesgos asociados al consumo, de la criminalidad y la mortalidad (Bosque-Prous & Brugal, 2016). En Europa, la metadona es el medicamento prescrito más empleado como agonista opiáceo si bien, en España, la combinación de buprenorfina-naloxona (comercializado bajo la marca Suboxone©) está irrumpiendo con una proporción creciente. La Terapia Asistida con Heroína (diacetilmorfina) está disponible en seis países de la UE: Bélgica, Dinamarca, Alemania, Países Bajos, Suiza y Reino Unido (Stone & Shirley-Beavan, 2018). En España, se inicia en 2003 el “Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía” (PEPSA), centro pionero en nuestro país en administración de diacetilmorfina como parte del PRD. Tras un año de su implantación se obtuvieron muy buenos resultados. El 70% de los pacientes a los que se les administró de forma conjunta metadona y diacetilmorfina mejoraron en todas las variables del estudio: estado de salud general, calidad de vida, severidad de la adicción, consumo de opioides ilícitos, consumo de cocaína, consumo de otras sustancias psicoactivas no prescritas, conductas de riesgo en VIH y VHC, ajuste psicológico, sintomatología ansiosa y depresiva. Actualmente, el RD 223/20004, modificado posteriormente por el RD 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos, permite la persistencia del PEPSA por un tratamiento de uso compasivo tras un ensayo clínico en fase III

(Rodrigo et al., 2005). En Cataluña un estudio publicado en 2012 muestra los resultados de la comparación de eficacia en presentaciones orales de Clorhidrato de Diacetilmorfina, del Sulfato de Morfina y del Clorhidrato de Metadona como agonistas opioides en Programa de Reducción de Daños. A pesar de objetivarse una mejora de las puntuaciones en todas las áreas (abstinencia, craving, estado de ánimo, ansiedad y síntomas clínicos), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de tratamiento (Farran et al., 2012). No obstante, el balance global es positivo destacando mejoras en la salud física y psicológica del consumidor y su reinserción socio-laboral (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006). Considerado un tratamiento de segunda línea que requiere un programa estructurado y supervisado, en EE. UU se ha informado una relación coste-beneficio rentable a largo plazo influyendo indirectamente sobre la criminalización y violencia lo que resulta en una disminución de costos para hacer cumplir la ley (Vearrier, 2019).

1.5.6.4. Educación Sanitaria

Dirigida a la capacitación de los usuarios asiduos de PIJ, salas de consumo supervisado o terapias sustitutivas con agonistas opioides para desarrollar un sentimiento de mayor control sobre la salud, a través de la captación por parte del profesional sanitario y la puesta en práctica de ciclos formativos sobre técnicas de venopunción (principios generales de la inyección higiénica), prevención de daños derivados de la venopunción (celulitis, flebitis, abscesos, lesión nervios periféricos, gangrena venosa, embolia pulmonar, etc.), prevención de enfermedades transmisibles (información sobre los riesgos de uso compartido de material, percepción del riesgo de transmisión del VIH, VHB, VHC y SIDA, percepción del riesgo de infecciones bacterianas por hongos, virus o parásitos, información sobre los riesgos de sufrir endocarditis, absceso pulmonar, septicemia, etc.), prevención de sobredosis, problemas neonatales en mujer gestante (buenas prácticas en salud, información sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, síndrome de abstinencia del recién nacido, etc.), prácticas sexuales seguras (información sobre sexualidad, actitudes erotofílicas hacia la sexualidad, percepción del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, percepciones de control erróneas en las prácticas sexuales, habilidades de comunicación, riesgos derivados del consumo de sustancias

psicoactivas antes y durante la conducta sexual, etc.) y educación sanitaria centrada en problemas relacionados con las condiciones de vida (pautas de alimentación, de entorno seguro, condiciones de habitabilidad y salubridad de una vivienda, identificar contextos de violencia y abuso sexual, etc.) (Insúa, 2000).

1.5.6.5. Prevención de la Marginalidad y Promoción de la Salud

Herramientas para paliar, desde un PRD, no solo las consecuencias físicas anexas al consumo, sino también la presencia de comorbilidad psiquiátrica, la marginación, la inestabilidad social y la soledad, riesgos menos tangibles, pero como se desarrolla a continuación, igualmente importantes a la hora de prevenir el suicidio.

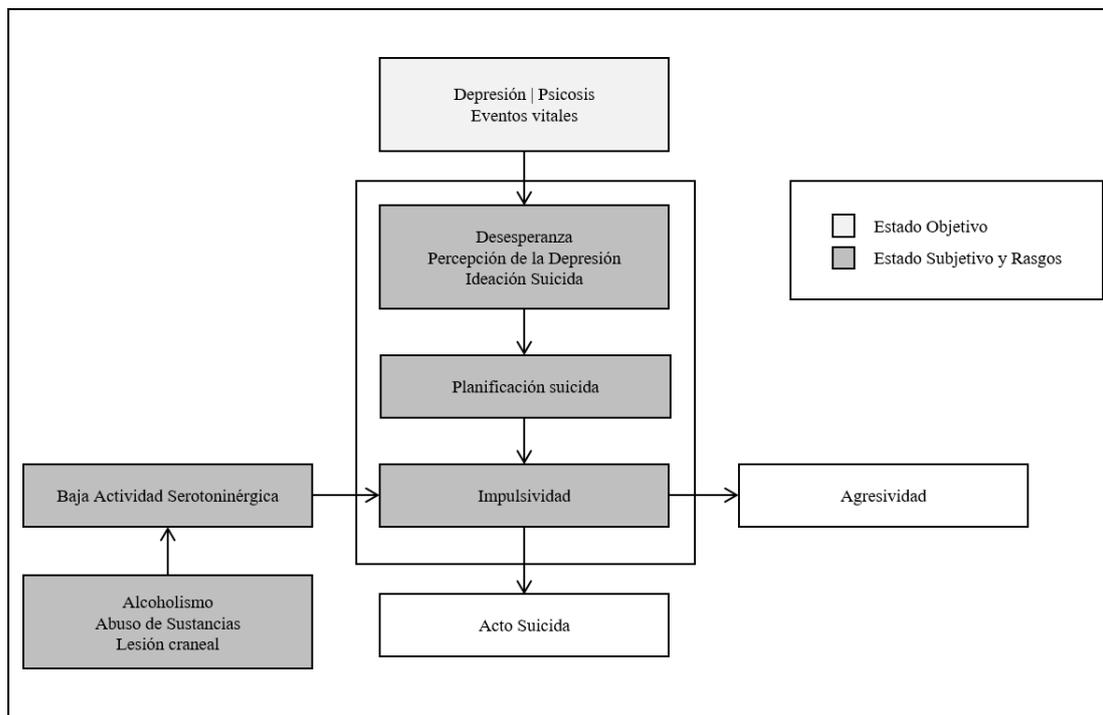
1.6. Trastorno por Uso de Sustancias y Conducta Suicida

El *Modelo diátesis-estrés del suicidio* propuesto por Mann en 1999, recuperado en la *Figura 13*, declara la conducta suicida como resultado de la interacción de marcadores neuroquímicos (disminución sistema serotoninérgico) y clínicos (desesperanza, soledad, impulsividad, neuroticismo, etc.). Esto suscita un triángulo mortal integrado por una sensación de odio hacia sí mismo con merma de la autoestima, un contexto de tensión que reprime el razonamiento cognitivo normal y una proyección mental con visión en túnel que entorpece el reconocimiento de soluciones alternativas a la conducta suicida (Mann et al., 1999).

La comorbilidad del TUS y la patología psiquiátrica (trastornos depresivos recurrentes, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad) aumenta el riesgo de suicidio a través de la canalización de la hostilidad, la impulsividad y la agresión (Kittirattanapaiboon et al., 2014). El Modelo de diátesis-estrés del suicidio de Mann (1999) explica muy bien la finalidad última del presente trabajo pues destaca como, indistintamente de los criterios diagnósticos de psicosis y depresión, la presencia de trastorno de personalidad junto con las AI (abuso sexual o físico), la existencia de alcoholismo y abuso de sustancias conceptualizada como mecanismo distorsionador de la realidad y potenciador del riesgo de caídas y lesiones craneales, así como la presencia de desesperanza y depresión subjetiva, rigen la conducta suicida.

Figura 13

Modelo Diátesis-estrés del Suicidio de Mann (1999).



Nota. Adaptado de Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. The American Journal of Psychiatry, 156(2), 181-189. (https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181)

Debido a que el 90% de las defunciones por suicidio se relacionan con algún trastorno mental (TM), el elemento psiquiátrico del suicida cobra cada vez más peso en su razón de ser. El suicidio es la causa principal de muerte prematura (Darvishi et al., 2015). Los trastornos del estado de ánimo y los TUS se desmarcan como principales predictores de comportamiento suicida (Bachmann, 2018; Gili et al., 2019). Los TUS suponen a día de hoy uno de los factores de riesgo más notorios y estudiados en relación a la conducta suicida, al considerarse un síndrome multifactorial donde se interrelacionan factores de riesgo psicológicos, biológicos y socioculturales (Abdalla et al., 2019; Andoni Anseán Ramos, 2014; Baca García & Aroca, 2014; Navarro-Mateu et al., 2019).

1.6.1. Conceptualización Comportamiento Suicida

Históricamente el suicidio ha sido definido por diversos autores influyentes como E. Durkheim “todos los casos de la muerte resultantes directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que producirá este resultado” (Durkheim, 2002, p. 42), E. Shneidman: “acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (Leenaars, 2010, p. 8), y Rosenberg: “muerte que resulta de un acto infligido sobre uno mismo con la intención de matarse” (Rosenberg et al., 1988, p. 1451), entre otros. La conceptualización histórica del suicidio, más enfocada en un plano psicológico y sociológico, principia una falta de consenso sobre qué aspectos deben matizarse en el establecimiento de una definición completa y aceptada desde todas las disciplinas, problemática que aún reside en la actualidad.

En 1986, la OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). No obstante, esta definición, carente de nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, no se considera operativa. Este hecho condujo en 1988 a la publicación por parte de los centros de control de enfermedades de los Criterios Operativos para la Determinación del Suicidio (OCDS). En estos, se definió el suicidio consumado como “la muerte por lesión, envenenamiento o asfixia cuando hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que el difunto tenía la intención de suicidarse” (O’Carroll et al., 1996, p. 244). Sin embargo, la ausencia de una nomenclatura que contemplase los desenlaces no fatales del comportamiento suicida condujo a O’Carroll y colaboradores, como se refleja en el *cuadro 7*, a definir los elementos que conforman cada comportamiento relacionado con el suicidio.

Cuadro 7

Nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio de O'Carroll et al.

Suicidio	“Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia cuando existe evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que el difunto tenía la intención de suicidarse”. (Definición recuperada de los OCDS*).
Intento de suicidio con lesiones	“Acción que resulta en una lesión no fatal, envenenamiento o asfixia donde hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que el difunto tenía la intención en algún nivel (distinto de cero) de quitarse la vida”.
Intento de suicidio	“Comportamiento potencialmente autoagresivo con un resultado no fatal, para el cual hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la persona tuvo la intención en algún nivel (distinto de cero) de quitarse la vida, pudiendo o no resultar en lesiones”.
Acto suicida	“Comportamiento potencialmente autoagresivo para el cual hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la persona tuvo la intención de quitarse la vida. Un acto suicida puede resultar en la muerte, lesiones o ninguna lesión”.
Comportamiento instrumental relacionado con el suicidio	“Comportamiento potencialmente autoagresivo para el cual existe evidencia (ya sea explícita o implícita) de que (a) la persona no tenía intención de suicidarse (es decir, no tenía ninguna intención de morir), (b) la persona deseaba usar la apariencia de tener la intención de suicidarse para lograr algún otro fin”.
Comportamiento relacionado con el suicidio	“Comportamiento potencialmente autoagresivo para el cual existe evidencia (ya sea explícita o implícita) de que (a) la persona tenía la intención en algún nivel (distinto de cero) de quitarse la vida, o (b) la persona deseaba usar la apariencia de tener la intención de suicidarse para conseguir otro fin. La conducta relacionada con el suicidio comprende los actos suicidas y la conducta instrumental relacionada con el suicidio”.
Amenaza de suicidio	“Cualquier acción interpersonal, verbal o no verbal, que no llega a un acto de autolesión directa, que una persona razonable interpretaría como comunicación o sugerencia de que un acto suicida u otro comportamiento relacionado con el suicidio podría ocurrir en un futuro cercano”.
Ideación suicida	“Cualquier pensamiento autoinformado de involucrarse en un comportamiento relacionado con el suicidio”.

*Nota. Elaborado a partir de O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. (<https://www.proquest.com/scholarly-journals/beyond-tower-babel-nomenclature-suicidology/docview/224877121/se-2?accountid=50037>). *OCDS: Criterios Operativos para la Determinación del Suicidio.*

Silverman y colaboradores conciben la *Comunicación Suicida* como un punto intermedio entre lo cognitivo (ideación suicida) y lo comportamental (conducta suicida [autolesión, conducta suicida indeterminada, intento de suicidio y suicidio consumado]). Estos autores determinan que la existencia de intención suicida relacionada con la comunicación tipifica el acto como *Amenaza de Suicidio Tipo I*. Si existe un nivel indeterminado de intencionalidad asociado a la comunicación se clasifica como *Amenaza de Suicidio Tipo II* y si consta algún grado de intencionalidad junto a la comunicación se denomina *Amenaza de Suicidio Tipo III*. Si lo que existe no es intencionalidad, sino la propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión, se denomina *Plan Suicida Tipo I*. Si existe un nivel indeterminado de intención junto a un plan definido se denomina *Plan Suicida Tipo II*. Si existe alguna intencionalidad suicida junto a la propuesta de método se denomina *Plan Suicida Tipo III* (Silverman et al., 2007).

Actualmente, esta nomenclatura, la de Silverman et al., es de las más aceptadas y constituye la base del desarrollo de los principales programas preventivos y Guías de Práctica Clínica (GPC) del Servicio Nacional de Salud (SNS).

1.6.2. Factores de Riesgo de Suicidio en Trastorno por Uso de Sustancias

William M. Patterson designa en 1983 el acrónimo «SAD PERSONS» fundamentado en los diez factores de riesgo principales para la evaluación del comportamiento suicida donde «S» es *Sex*: mayor tentativa en género femenino pero mayor riesgo de muerte por suicidio consumado entre género masculino; «A» es *Age*: distribución bimodal en adolescencia y vejez; «D» es *Depression*: importante relación entre trastornos del estado de ánimo y comportamiento suicida, en especial la depresión; «P» es *Previous attempt*: intentos de suicidio previos, «E» es *Ethanol abuse*: consumo abusivo de alcohol; «R» es *Rational thinking loss*: co-existencia de síntomas psicóticos; «S» es *Social supports lacking*: falta de apoyo social; «O» es *Organized plan*: planificación suicida; «N» es *No spouse*: falta de cónyuge o pareja; y «S» es *Sickness*: presencia de enfermedad física (Patterson et al., 1983).

La evidencia actual identifica y categoriza, como se muestra en el *Cuadro 8*, los principales factores de riesgo en la conducta suicida en: factores de riesgo individuales, relacionales, comunitarios y sociales.

MARCO TEÓRICO

Cuadro 8

Factores de riesgo en la Conducta Suicida.

<i>Factores de Riesgo Individuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intentos de suicidio previos ▪ Enfermedad mental: comorbilidad psiquiátrica. ▪ Trastorno por consumo de sustancias ▪ Aislamiento social y desesperanza ▪ Problemas legales y/o criminales ▪ Problemas financieros ▪ Tendencias impulsivas y/o agresivas ▪ Desempleo y problemas en el trabajo ▪ Enfermedad física severa y/o dolor crónico ▪ Factores biológicos y genéticos
<i>Factores de Riesgo Relacionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia familiar de suicidio ▪ Adversidades y traumas infantiles ▪ Discriminación: bullying/mobbing ▪ Eventos estresantes: ruptura sentimental, violencia o pérdida.
<i>Factores de Riesgo Comunitarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barreras de acceso a servicios profesionales ▪ Epidemias locales de suicidio ▪ Creencias culturales y religiosas (suicidio como acto de nobleza)
<i>Factores de Riesgo Sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estigma y autoestigma ▪ Accesibilidad a método letales (medicamentos, armas de fuego, etc.) ▪ Representaciones mediáticas no seguras. Efecto Hawntorne.

Nota. Elaborado a partir de World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative.* World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>).

Los intentos de suicidio previos constituyen el predictor más importante de comportamiento suicida. Se estima que la tasa de suicidio en población con historia de conducta suicida es hasta 100 veces mayor en relación a la población general (Carroll et al., 2014). Los riesgos tanto de consumar la muerte por suicidio como de reintentar la conducta lesiva son superiores en aquellas personas que realizan intentos de suicidio previos, particularmente si presentan comorbilidad con TUS u otros trastornos psiquiátricos (Witt et al., 2021). La investigación previa centra el objetivo de estudio en la medición de la ideación suicida en un intento previo como predictor de conductas autolesivas ulteriores. No obstante, la investigación actual sugiere que la medición de la ideación suicida más grave experimentada a lo largo de la vida, correspondiente al intento suicida previo o no, determina un riesgo cuatro veces mayor (OR 4.40, IC95% 1.75 – 11-06) en comparación con personas sin intentos previos de suicidio (Park et al.,

2017). Además, como señalan Chikritzhs & Livingston (2021) la involucración de sustancias psicoactivas, y más en concreto el alcohol, se ha relacionado con selección de métodos más violentos como el ahorcamiento o las armas de fuego. Witt et al. (2021), tras la publicación de los resultados de una cohorte realizada entre 2012 y 2016, describen una prevalencia de reintentos de suicidio del 81,7%. Estos autores describen una mayor letalidad al involucrar variables como el alcohol, observándose incremento del riesgo tanto en intoxicación aguda como en TUS por alcohol (sin intoxicación aguda necesariamente). Una revisión sistemática y metanálisis acerca de la probabilidad de repetición de conductas lesivas fatales y no fatales estimó una tasa de autolesiones repetidas al año del 16,3% (17,1% en Europa, 10% en Asia, 16,3% en Nueva Zelanda y Australia y 15,1% en América), reduciéndose el porcentaje al 1,6% si nos referimos al suicidio consumado al año (3,9% a los 5 años, 4,2% a los 10 años) (Carroll et al., 2014).

A continuación, con el fin de enmarcar los resultados de la investigación en el presente estudio, se describen los factores de riesgo de suicidio en personas con TUS.

1.6.2.1. Factores de Riesgo Sociodemográficos en Trastorno por Uso de Sustancias

1.6.2.1.1. Género

Las mujeres exhiben prevalencias superiores de ideación e intento suicida a lo largo de la vida, sin embargo, los hombres consuman la muerte por suicidio en un mayor porcentaje. Los varones recurren a métodos más letales como el ahorcamiento, la defenestración o la autolesión con objeto punzante, mientras que las mujeres apelan más al envenenamiento por sobreingesta medicamentosa (Barroso, 2019). Li et al. (2011) publican los resultados de una revisión sistemática y metaanálisis con la finalidad de estimar el riesgo atribuible a determinados factores socioeconómicos y psiquiátricos en el desarrollo de la conducta suicida. Los autores describen en género femenino un riesgo relativo (RR) más acusado para TUS (RR $\frac{1}{4}$ 14.59, IC95% 12.79-16.65) en comparación a otros riesgos atribuibles (Trastornos afectivos: RR $\frac{1}{4}$ 14.41, IC95% 13.46-15.43; Esquizofrenia: RR $\frac{1}{4}$ 12.64, IC95% 11.47-13.94). En los hombres, el diagnóstico TUS se posiciona, en términos de riesgo atribuible, como tercer factor (RR $\frac{1}{4}$ 6.88, IC95% 4.51-10.50) por detrás de la esquizofrenia (RR $\frac{1}{4}$

MARCO TEÓRICO

11.85, IC95% 10.94-12.84) y los trastornos afectivos (RR $\frac{1}{4}$ 11.00, IC95% 7.71-15.68). La presencia de TUS se relaciona con un incremento del riesgo de suicidio en ambos sexos. Lynch et al. (2020) estiman para género masculino un aumento del riesgo que oscila desde OR 1.8 (IC95% 1.6–2.1) para tabaco exclusivamente, a OR 7.9 (IC95% 5.6–11.1) para uso concomitante de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en comparación con población representativa masculina sin TUS. En el caso de las mujeres, detallan un acrecentamiento del riesgo similar, con OR 2.5 (IC95% 1.9–3.3) para tabaco a OR 16.7 (IC95% 7.90–35.30) para el uso concomitante de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en comparación con su homólogo poblacional sin TUS. Tomando el género como elemento comparativo en personas con TUS, los resultados de la investigación reciente informan de tendencias similares a las anteriormente descritas en población general. Page et al. (2014) tras publicar los resultados de un estudio de casos y controles retrospectivo realizado en Australia estiman, en población adulta joven, un aumento del riesgo de muerte por suicidio en personas con TUS (hombres: OR 3.47, IC95% 1.71-7.03; mujeres: OR 4.26, IC95% 1.12-16.24). Tras realizar un modelo de análisis multivariante ajustado por variables sociodemográficas (estado civil, historia familiar, nivel educativo e ingresos económicos) los autores describen un descenso del riesgo de suicidio asociado al TUS, sobre todo en género femenino, con una OR 3.26 (IC95% 1.45-7.36) para los hombres y OR 2.57 (IC95% 1.39-4.78) para las mujeres. Un reciente estudio longitudinal en población danesa con TUS describe un notorio predominio masculino (72% frente al 28% restante femenino) como variable predictora de muerte por suicidio consumado. Excepcionalmente, aquellos casos de suicidio consumado en población con TUS por ansiolíticos, hipnóticos y sedantes ostentan una mayor prevalencia en género femenino (22%) frente al masculino (7,2%), identificando como factor de riesgo de suicidio consumado en mujeres el envenenamiento por sobredosis medicamentosa como intento de suicidio previo (Adams et al., 2021). Resultados similares definen Myhre et al. (2020) en un estudio observacional en población noruega con tratamiento asistencial del trastorno el año previo al fallecimiento. Las mujeres fallecidas por suicidio consumado presentaban tres veces más probabilidades de ser diagnosticadas de TUS por sedantes, ansiolíticos o hipnóticos (OR 2.77, IC95% 1.37–5.68), estimando un riesgo incrementado de muerte por envenenamiento en género femenino

(OR 1.81, IC95% 1.09–3.02) en relación los varones donde priman métodos más violentos como el ahorcamiento o la estrangulación. En relación a los intentos de suicidio recurrentes (sin suicidio consumado) en pacientes con TUS, un estudio publicado por Icick et al. (2018) describe una media de intentos a lo largo de la vida de $3,1 \pm 3,7$ (mediana 2; rango 1-30). Los resultados describen una prevalencia mayor de tentativas suicidas en género femenino (47%) frente al masculino (28%). Para las mujeres, un diagnóstico de TUS por ansiolíticos, hipnóticos y sedantes representa un riesgo cinco veces mayor de intentos suicidas recurrentes (OR 5.44, IC95% 1.6–18.46).

1.6.2.1.2. Edad

El suicidio es una causa de muerte especialmente relevante en grupos de edad de 15 a 29 años y de 40-49 años. Sin embargo, en los últimos años se ha experimentado un crecimiento exponencial del número de suicidios consumados en adolescentes y mayores de 60 años. Los factores de riesgo principales para las recientes tendencias suicidas en población adolescente incluyen identificación LGTBIQ⁺ (Lesbiana, Gay, Transgénero, Bisexual, Intersexual, Queer más resto de identidades y orientaciones incluidas en el +), antecedentes familiares de enfermedad mental o historia de suicidio, enfermedades físicas, abuso de sustancias, trastornos del sueño, AI y conflictos interpersonales (Breslin et al., 2020). Los resultados de un modelo de regresión logística binomial publicado por Dávila Cervantes et al. (2019) estiman, en población adolescente estudiante de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México, riesgos superiores para género femenino (OR 3.1, IC95% 2.7-3.7), edad de 15 años o menos (OR 1.6, IC95% 1.4-1.9) o superior a 18 años (OR 1.4, IC95% 1.0-1.8), la presencia de un solo progenitor en el domicilio familiar, más en concreto la madre (OR 1.2, IC95% 1.0-1.4), la percepción de un clima familiar malo (OR 1.5, IC95% 1.2-1.7), la mala comunicación con los padres (OR 1.8, IC95% 1.5-2.1), la baja autoestima (OR 1.9, IC95% 1.6-2.3), los problemas de conducta o aprendizaje (OR 1.4, IC95% 1.1-1.9), la presencia de enfermedad mental (OR 3.6, IC95% 2.7-4.9), el uso de sustancias ilícitas en el último mes (OR 1.2, IC95% 1.0-1.4), el uso de alcohol en el último mes (OR 1.7, IC95% 1.4-1.9), la historia de abuso y/o violencia sexual (OR 2.6, IC95% 2.2-3.1). En la edad adolescente, la presencia de TUS describe probabilidades más

MARCO TEÓRICO

altas de informar pensamientos o comportamientos suicidas en relación con variables sociodemográficas y el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas. Quimby et al. (2022) publican los resultados de un estudio en población adolescente (Media: 15.7 años, SD: 1.27 años) donde estiman una reducción del riesgo de informar ideación o intento suicida en edad más joven (14 años: OR 0.79, IC95% 0.74-0.84) y en casos de deterioro por uso de sustancias (OR 0.44, IC95% 0.33-0.58). En contraposición, el género masculino y el uso de sustancias psicoactivas durante el último mes aumentó el riesgo (OR 1.51, IC95% 1.28-1.79 y OR 1.85, IC95% 1.51-2.26, respectivamente).

Los resultados de un estudio de cohorte de nacimiento *Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)* basada en población de Reino Unido, estiman una prevalencia a lo largo de la vida de ideación e intento suicida en la muestra (4.772 participantes a la edad de 16 años) de 9,6% y 6,8% respectivamente. Los autores describen tasas de riesgo más altas entre aquellos adolescentes que habían realizado intento de suicidio previo en comparación con los que únicamente presentaban ideación suicida, informando como factores de riesgo más influyentes a la edad de 16 años los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, historia familiar de autolesión, el tabaco (OR 2.54, IC95% 1.61-4.02) y las sustancias ilícitas (OR 1.80, IC95% 1.18-2.75), excepto cannabis (Mars et al., 2019a). En un estudio posterior, Mars et al. (2019b) realizaron un análisis de regresión logística para analizar las asociaciones entre factores de riesgo observados prospectivamente e intentos de suicidio reevaluando a la edad de 21 años los participantes procedentes del estudio ALSPAC. El 12% de los participantes con ideación suicida y el 12% de los pacientes con conducta autolesiva sin intencionalidad suicida informaron de intento de suicida en el seguimiento realizado a los mismos sujetos a la edad de 21 años. Entre los adolescentes con conducta autolesiva sin intencionalidad suicida el abuso de cannabis (OR 2.14, IC95% 1.04-4.41) y otras sustancias ilícitas (OR 2.17, IC95% 1.10-4.27) resultaron ser los predictores más fuertemente asociados. Igualmente, en aquellos adolescentes que informaron ideación suicida, el cannabis (OR 2.61, IC95% 1.11-6.14) y las drogas ilícitas (OR 2.47, IC95% 1.02-5.96) se relacionaron con riesgos mayores solo por detrás de las autolesiones sin intencionalidad suicida. Las estimaciones de riesgo para el alcohol y tabaco no resultaron estadísticamente significativas. A pesar de describirse un creciente aumento de la conducta suicida en

población adolescente, los resultados de un reciente estudio de casos y controles identifica un aumento significativo del riesgo en todas las categorías de edad en comparación con el grupo de 10-19 años, estimando un riesgo cinco veces mayor en personas de 40-49 años (OR 5.70, IC95% 4.57 – 7.24) y 60-69 años (OR 4.76, IC95% 3.82 – 5.93), y un riesgo superior a seis veces en personas de 50-59 años (OR 6.69, IC95% 5.37 – 8.33) (Berkelmans et al., 2021).

La presencia de TUS en la edad adulta incrementa el riesgo de conducta suicida, más incluso si existe presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes. Griffin et al. (2018) estiman para el hombre adulto un riesgo incrementado de conducta autolesiva intencional en contexto de intoxicación etílica (25-44 años: OR 1.38, IC95% 1.32-1.44; 45-64 años: OR 1.56, IC95% 1.49-1.63). Tadros et al. (2020) sitúa en la edad adulta (18-49 años) las prevalencias de conductas suicidas más altas (66% frente al 19% descrito en población mayor de 50 años) según los resultados de un estudio de cohorte retrospectiva. No obstante, los autores inciden en la importancia de señalar que dentro del grupo de adultos mayores de 50 años con TUS que han presentado ideación o intento suicida, un 24% hacía más de diez demandas de atención en urgencias en un año. Los resultados basados en el análisis de regresión logística de Poorolajal et al. (2015) describen un incremento de OR estimado para suicidio consumado por cada década sumada a la edad de los participantes de su estudio identificando como factores atribucionales de riesgo el abuso de sustancias (OR 7.23, IC95% 5.57-9.39) y la pobreza/desempleo (OR 6.68, IC95% 4.97-8.99). La edad de inicio del consumo también se relaciona con riesgos distintos de ideación e intento suicida. Ahuja et al. (2021) estiman un riesgo superior en personas que presentan un inicio de consumo de alcohol temprano (AOR 3.64, IC95% 2.51-5.28) en comparación con adultos que inician el consumo de alcohol pasados los 15 años (AOR 2.11, IC95% 1.46-3.04). El riesgo de intento suicida también se intensifica (inicio temprano de consumo de alcohol: AOR 3.81, IC95% 2.02-7.18; Inicio tardío: OR 2.03, IC95% 1.08-3.79).

1.6.2.1.3. Estado Civil

Las personas solteras, divorciadas y viudas presentan un mayor riesgo de desarrollo de conducta suicida en comparación a personas con relaciones maritales

MARCO TEÓRICO

estables y vínculos relacionales y familiares fuertemente establecidos. La consolidación del TUS en una etapa considerada por Whaston (1991) de destrucción personal (etapa de atrapamiento, véase apartado 1.2.3. *Adicción a sustancias psicoactivas*) conduce a una búsqueda casi exclusiva de la sustancia y lo relacionado con la misma a favor de la minimización de la disforia y los estados de ánimo negativos, en detrimento de las relaciones sociales, familiares y de pareja. E. Durkheim en su obra «*El Suicidio: estudio de Sociología*» publicada en 1928 introdujo los elementos que marcan los resultados de la evidencia actual. Si hablamos de sustancias psicoactivas y conducta suicida resulta inherente referirnos al término “*Suicidio egoísta*” de este autor. El suicidio egoísta se caracteriza principalmente por una rotura total en el entorno social, afectivo o religioso de la persona, siendo considerados por tanto factores de protección para E. Durkheim la integridad y la densidad social, religiosa y familiar. Este investigador francés considera, sobre todo para género masculino, un agravante de la conducta suicida el matrimonio muy precoz, no obstante, en edades posteriores a los veinte años, ambos sexos se nutren de un coeficiente de preservación mayor que los solteros. Al enviudar este coeficiente de preservación disminuye sobre todo en el caso de los hombres, no obstante, no alcanzan cifras de suicidio superiores a los solteros (Durkheim, 2002). Extrapolando las premisas establecidas por Durkheim a la investigación científica actual, se estiman riesgos similares a los descritos anteriormente. Poorolajal et al. (2015) refleja en los resultados de su estudio en población general iraní las inferencias de Durkheim, estimando incrementos de riesgo de suicidio para estado civil divorciado (OR 1.97, IC 1.32-2.95), viudo (OR 1.92, IC95% 1.15-3.23) y soltero (OR 1.41, IC95% 1.15-1.72) en comparación a las personas casadas. Los resultados de un modelo de regresión logística desarrollado por Huerta-Ramírez (2017) para analizar las variables relacionadas con la ideación suicida a lo largo de la vida en población adulta española determinan que el sentimiento de soledad actúa como factor de riesgo de aparición de ideación suicida (OR 1.08, IC95% 1.02-1.15). En conformidad con este dato, Kim et al. (2021) describe prevalencias superiores de ideación suicida en población general divorciada, separada o viuda (24,1%) en comparación con población casada (17,1%), no describiendo diferencias significativas entre los diferentes estados civiles para intentos de suicidio. En comparación con personas solteras, los autores estiman riesgos de

ideación suicida mayores en divorcio, separación y/o viudez (OR 1.59, IC95% 1.01-2.49). En procesos de divorcio, no solo el género determina fuertemente la transición y determina el riesgo de desarrollo suicida, sino que, los ingresos económicos y el nivel educativo de la persona también redundan en los mecanismos de afrontamiento del duelo ante la separación o la pérdida. Næss et al. (2021) no describe diferencias significativas en el grupo de hombres divorciados a tenor de los ingresos económicos, sin embargo, sus análisis de interacción revelan un riesgo relativamente menor en mujeres divorciadas con altos ingresos (OR 2.96, IC95% 2.09-4.20) en comparación con aquellas con bajas ingresos (OR 5.80, IC95% 4.25-5.07). Sin distinción por género, en separados/as, divorciados/as y viudos/as, un alto nivel educativo se relaciona con riesgo suicida mayor. García-Martín et al. (2020) estima probabilidades de riesgo superiores con relación a los anteriores estudios, afirmando que la conflictividad con la pareja se relaciona con incremento del riesgo de intento suicida (OR 23.58, IC95% 8.55-65.01). Por el contrario, la convivencia en pareja se relaciona con una reducción del riesgo de intento suicida (OR 0.44, IC95% 0.25-0.82).

1.6.2.1.4. Nivel educativo

En la investigación reciente existe cierto desacuerdo a la hora de determinar la influencia del nivel educativo en el comportamiento suicida. García-Martín et al. (2020) estimaron un incremento del riesgo para tentativa suicida en escolaridad baja (OR 6,97, IC95% 3.56-13.27). Los resultados de un estudio de cohorte de nacimiento realizado en población de Nueva Zelanda (Coppersmith et al., 2017) identifican en un 55,77% de los participantes que presentaron a la edad de 26 años autolesión no suicida e intento de suicidio un certificado de escolaridad o menos ($p < 0,001$). Esmaeili et al. (2022) considera la educación académica un factor protector en reintento de conducta suicida (AHR 0,27, IC95% 1.11-0.69) como parte de los resultados del análisis de predictores de reintento suicida en población sudáfricana. En contraposición, Dávila-Cervantes (2019) reportó en población mexicana un incremento del riesgo de suicidio a tenor del grado de escolaridad (Primaria: OR 1.39, IC95% 1.34-1.44; Secundaria: OR 1.49, IC95% 1.44-1.55; Bachillerato o más: OR 1.18, IC95% 1.14-1.24; $p < 0,001$). Misma tendencia describe Anjos et al. (2021) en un estudio de base poblacional, transversal con vertiente analítica realizado en el Distrito Federal de Brasil. Este autor

estima, para personas víctimas de suicidio en contexto de consumo abusivo de alcohol, una razón de prevalencia ajustada (por edad y sexo) de 1.34 (PCI 1.01-1.78) para un nivel de estudios superior a 8 años de escolaridad en comparación con personas con 8 años académicos o menos.

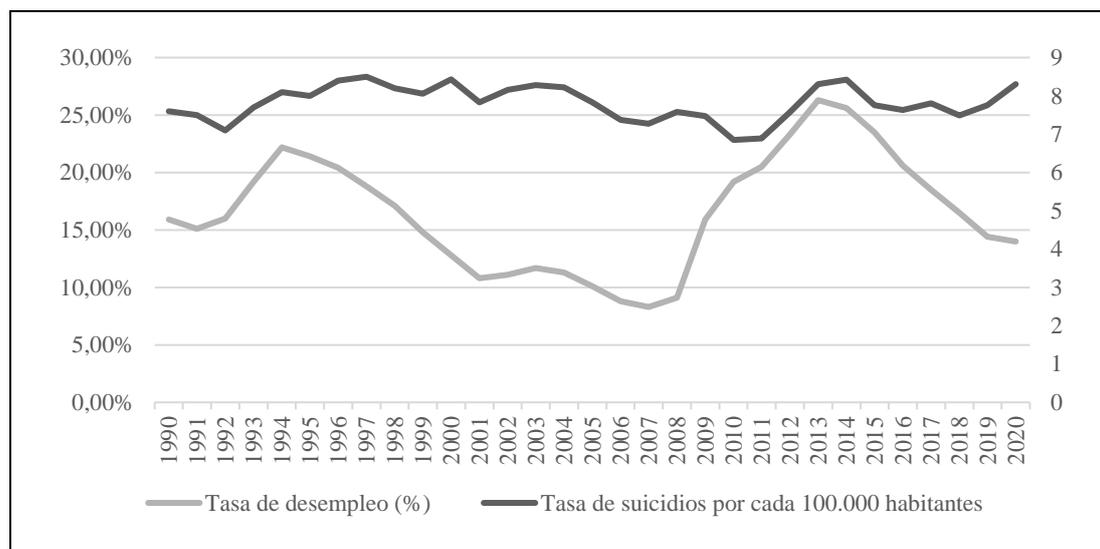
1.6.2.1.5. Ingresos Económicos y Situación Laboral

La pérdida no solo de contenido afectivo, sino también la económica, genera en la persona un sentimiento de indefensión y desamparo. La crisis económica y el desempleo constituyen dos factores de riesgo vinculados a la conducta suicida. En la *Figura 15* aparecen reflejados los datos de los últimos treinta años referentes a tasas de desempleo y tasas de suicidio en nuestro país. Si bien en España se carece de estudios suficientes para relacionar fehacientemente la crisis económica acontecida en 2008-2014 y el incremento en las tasas de suicidio, los resultados de un estudio publicado por Iglesias-García et al. (2017) estiman para el periodo previo a la recesión económica (1998-2007) un aumento del 6.16% (IC95% 2.84-9.48) de la tasa de suicidio por cada 1% incrementado en las tasas de desempleo. Desglosando por género, en la mujer se describe una correlación negativa (-1.27, IC95% -2.71,-0.18), sin embargo, cada incremento del 1% del desempleo se relaciona con un incremento del 6,90% (IC95% 3.06-10.74) de tasa de suicidio en hombres. Si hablamos de hombres en edad laboral (20-64 años) la tasa de suicidio se incrementa un 9,54% por cada punto porcentual incrementado en la tasa desempleo. Gilmore (1994) define al hombre como un compendio de tres “P”: “protector, preñador y proveedor”. Los roles clásicos de masculinidad definen al hombre con atributos como fuerte, valiente, racional, o competitivo. El rol de proveedor está relacionado directamente con el status regido por el hombre en la sociedad, lo que justifica que un empleo remunerado constituya una parte importante de la identidad masculina. El incumplimiento de esta “condición impuesta” produce una merma en la salud psicoafectiva del varón, lo que puede derivar en trastornos depresivos, TUS y/o suicidio anómico.

TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS Y COMPORTAMIENTO SUICIDA: FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

Figura 15

Tasas de Desempleo y Tasas de Suicidio. España, 1990-2020.



Nota. Elaborado a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La investigación científica revela un incremento del riesgo de conducta suicida en situaciones de desempleo y problemas económicos. Las personas desempleadas de larga duración presentan riesgos mayores de reintento de conducta suicida, así como la presencia de empleo inestable (sobre todo entre los jóvenes de 25-35 años), la jubilación (personas mayores de 65 años) o la pérdida de empleo en cualquier edad adulta también proyectan un impacto significativo en el riesgo de suicidio (Departamento de Sanidad Osakidetza, 2019). Los resultados de un estudio publicado por Elbogen et al. (2020) reflejan la relación existente entre tensión financiera acumulada (deuda/crisis financiera, desempleo, falta de vivienda en el pasado e ingresos inferiores a la media) y la conducta suicida. A través de la encuesta NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) realizada a población adulta estadounidense en dos periodos (2001-2002 y 2004-2005), con una pérdida de seguimiento entre registros del 13,3%, los autores describen para criterios de abuso/dependencia al alcohol y/o drogas una prevalencia del 9%. Los análisis de regresión logística multivariable describen mayor probabilidad de intentos de suicidio en personas con tensión financiera acumulada (OR 1.53, IC95% 1.32-1.77), género femenino (OR 0.63, IC95% 0.45-0.88), en presencia de TDM (OR 1.78, IC95% 1.23-2.55), ante historia de suicidio repetido (OR 6.06, IC95% 4.23-8.70) o en TUS (OR 1.78, IC95% 1.16-2.73). Del mismo modo, las variables de tensión financiera

MARCO TEÓRICO

individualmente reflejan probabilidades de riesgo más altas para ideación suicida (Deuda financiera/crisis económica: OR 1.61, IC95% 1.31-1.96; Desempleo: OR 1.72, IC95% 1.44-2.04; Pasado sin hogar: 1.36, IC95% 1.12-1.65). Huerta-Ramírez (2017) analiza, a través de un estudio observacional transversal perteneciente al Proyecto COURAGE, las variables relacionadas con la ideación suicida a lo largo de la vida en población adulta española. Entre los resultados expuestos por el autor, el evento vital retirada o discapacidad y el desempleo duplican el riesgo de ideación suicida (OR 2.23, IC95% 1.30-3.85 y OR 2.40, IC95% 1.03-5.60 respectivamente). No obstante, categorizando la población por estratos de edad, la variable discapacidad se asocia a una OR de 3.46 (IC95% 1.02-11.73) para ideación suicida en personas de 18-49 años. Resultados similares son publicados por Milner et al. (2020) al estimar una OR de 1.91 (IC95% 1.30-2.82) para ideación suicida en población australiana en desempleo. El mismo autor, en distinta publicación (Milner et al. 2018) describe incrementos del riesgo de ideación suicida en población australiana masculina ante la inestabilidad laboral (OR 1.35, IC95% 1.13-1.61), la percepción de bajo control en el trabajo (OR 1.19, IC95% 1.06-1.33) y la presencia de trabajo ocasional o de una duración determinada (OR 1.30, IC85% 1.01-1.67). García-Martín et al. (2020) estima un riesgo superior para intento suicida ante la percepción de dificultades en el trabajo (OR 5.06, IC95% 1.68-15.26) y la presencia de ingresos económicos bajos (OR 6.0, IC95% 2.94-12.23). Por el contrario, los resultados del estudio español ratifican que la posesión de empleo u ocupación laboral reduce el riesgo de intento suicida (OR 0.17, IC95% 0.08-0.36). Para Kim et al. (2021) la asociación entre problemas financieros, problemas laborales e intento suicida no obtuvo resultados significativamente estadísticos. No obstante, si describe incrementos significativos del riesgo de ideación suicida (Problemas financieros: OR 1.21, IC95% 1.10-1.33; Problemas laborales: 1.16, IC95% 1.07-1.25). Ahuja et al. (2021) publica los resultados de un estudio que analiza la relación entre la edad de inicio de consumo de alcohol y la aparición de ideación e intento suicida a lo largo de la vida. Los autores determinan que ingresos económicos anuales inferiores a 30.000 dólares se traducen en un incremento del riesgo (Ideación suicida: AOR 1.40, IC95% 1.26-1.55; Intento suicida: (AOR 1.60, IC95% 1.36-1.89).

Estudios recientes que analizan las características sociodemográficas y clínicas de las personas sin hogar identifican como perfil en riesgo de suicidio al hombre sin

hogar ni ingresos económicos estables, desempleado y generalmente propensos al desarrollo de TUS por alcohol y/o drogas (Culatto et al., 2021; Mejia-Lancheros et al., 2020). Gentil et al. (2021) en un estudio realizado en población adulta canadiense sin hogar con ideación e intento suicida en los últimos 12 meses previos al estudio describen prevalencias superiores de TUS en general, TUS por alcohol y TUS por drogas ilegales en personas sin hogar en comparación con población general sin esta condición de status (*Ideación suicida*: 59,7% en TUS, 48,6% en TUS-Alcohol y 38,9% en otras drogas; *Intento suicida*: 70% en TUS, 40% en TUS-Alcohol, 53,3% en otras drogas). Tras analizar las variables controladas mediante regresión por bloques los autores estiman un incremento del riesgo muy superior de ideación e intento suicida en personas sin hogar consumidoras de sustancias psicoactivas en comparación a las no consumidoras (*Ideación suicida*: OR 2.035, IC95% 1.016-3.745; *Intento suicida*: OR 2.735, IC95% 1.018-7.347). No obstante, a pesar de obtener resultados estadísticamente significativos, el tamaño de la muestra, la sobrerrepresentación de población menor de cuarenta años asiduos a refugios de emergencia y el uso del autoinforme (sin empleo de registros oficiales para la verificación posterior) limitan el estudio. Opong Asante & Meyer-Weitz (2017) describen la asociación existente entre conducta suicida, TUS y ausencia de hogar en población más joven y vulnerable. Los autores analizan la prevalencia de ideación e intento suicida en niños y adolescentes sin hogar en Ghana. Como predictores más influyentes en la conducta suicida destacan el abuso de sustancias. Los autores estiman riesgos estadísticamente significativos para tabaco (*Ideación suicida*: OR 10.32, IC95% 3.56-12.95, *Intento suicida*: 9.71; IC95% 7.34-12.21), historia de abuso de alcohol (*Ideación suicida*: OR 20.02, IC95% 12.68-24.40, *Intento suicida*: 5.54; IC95% 3.64-10.77), abuso de alcohol actual (*Ideación suicida*: OR 16.49, IC95% 13.87-20.34, *Intento suicida*: 5.53; IC95% 2.07-7.72) y abuso de marihuana (*Ideación suicida*: OR 17.06, IC95% 13.99-22.81, *Intento suicida*: 13.75; IC95% 8.54-15.01).

1.6.2.1.6. Adversidades en la Infancia

Las AI hacen referencia a un término acuñado por V. Felitti y colaboradores a raíz de la publicación de un estudio realizado entre 1995-1997 en la que identificaron peores resultados de salud física y mental en personas con AI. Aquellos que habían

MARCO TEÓRICO

experimentado cuatro o más AI presentaron un riesgo de 4 a 12 veces superior para TUS (alcohol y drogas ilícitas), depresión e intento de suicidio (Felitti et al., 2019). Los resultados de la investigación científica reciente determinan una clara asociación entre comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativas suicidas) y AI (enfermedad mental parental, trastorno por uso de sustancias en progenitores, criminalidad parental, violencia en el domicilio familiar, abuso físico y/o sexual, negligencia en el cuidado, muerte o ausencia de uno o ambos progenitores, divorcio parental, enfermedad física severa o problemas económicos familiares, entre otras). Choi et al. (2017) analizan la relación entre AI e intentos de suicidio, así como su vínculo con una edad de inicio de comportamiento suicida más temprana en población estadounidense mayor de 18 años. Los resultados estiman asociaciones significativas para abuso sexual (hombres: OR 1.62, IC95% 1.19-2.21; mujeres: OR 2.03, IC95% 1.58-2.60), y TM del progenitor (hombres: OR 1.92, IC95% 1.34-2.73; mujeres: 1.47, IC95% 1.01-2.14) en ambos sexos. La negligencia emocional (OR 1.84, IC95% 1.37-2.48) y la orientación sexual distinta a la heterosexual (OR 2.51, IC95% 1.58-4.00) también obtuvieron resultados significativos en el caso de los varones. Un mayor número de AI (tres o más) se relaciona con una primera tentativa suicida a una edad menor ($p < 0,001$). Sin embargo, las adversidades categorizadas y analizadas de forma individual no se asociaron con la edad de inicio de la tentativa suicida. Del mismo modo, las AI y su influencia en el desarrollo de TUS también ha sido ampliamente estudiado. (N. G. Choi et al., 2017) examinan el influjo de AI en el desarrollo de TUS a lo largo de la vida en población mayor de 50 años. En el caso de los hombres, el abuso físico presenta relación estadísticamente significativa con desarrollo de TUS por alcohol y otras drogas ilícitas (OR 1.38, IC95% 1.19-1.59; OR 1.64, IC95% 1.27-2.11, respectivamente) al igual que el abuso sexual (Alcohol: OR 1.56, IC95% 1.25-1.95; otras drogas ilícitas: OR 1.32, IC95% 1.04-1.66). En mujeres, el abuso físico presenta asociación significativa con TUS para otras drogas ilícitas (no para alcohol) mientras que para abuso sexual estiman una OR de 1.56, IC95% 1.25-1.95 para alcohol. En ambos sexos, se estima una asociación significativa entre desarrollo de TUS y el abuso de sustancias (Alcohol: 1.83, IC95% 1.60-2.10 para hombres, 1.94, IC95% 1.63-2.31 para mujeres; Otras drogas ilícitas: OR 1.59, IC95% 1.33-1.90 para hombres, OR 1.80, IC95% 1.33-2.45 para mujeres) y enfermedad mental (Alcohol: OR 1.36, IC95% 1.13-

1-65 para hombres, OR 1.36, IC95% 1.02-1.83 para mujeres; Otras drogas ilícitas: 1.37, IC95% 1.06-1.77 para hombres, 1.55, IC95% 1.07-2.24 para mujeres) en progenitor u otro miembro de la unidad familiar. Hughes et al. (2019) publican los resultados de asociación acumulativa identificados para número de AI y problemas relacionados con las drogas. Los autores revelaron un riesgo elevado desde la aparición de una sola ACE. En comparación con las personas que no habían identificado ninguna adversidad, los participantes que reportaron 4 o más AI presentaron el doble de posibilidades de informar que fumaban actualmente (OR 2.01, IC95% 1.70-2.38) y presentaron una iniciación temprana al alcohol (OR 2.25, IC95% 1.89-2.68), alrededor de 4 veces más riesgo de informar de la existencia de un problema de uso de alcohol (OR 4.32, IC95% 3.45-5.41) y/o otras drogas ilícitas (OR 3.72, IC95% 3.12-4.43), así como un riesgo 17 veces superior de haber presentado historia de tentativa suicida (OR 17.68, IC95% 112.93-24.17). Rhee et al. (2019) estima razones de probabilidad menores, pero igualmente significativas para TUS por alcohol (OR 1.76, IC95% 1.18-2.63) y para TUS por tabaco (OR 1.45, IC95% 1.17, 1.81). Estos autores además identificaron en personas que habían descrito cualquier AI (negligencia, maltrato físico y/o psicológico, violencia doméstica, abuso sexual y enfermedad psiquiátrica parental) una duplicidad del riesgo de padecer un TM en el último año (OR 2,11, IC95% 1.74-2.56).

La influencia de las AI en el desarrollo de comportamiento suicida en población con TUS fue analizada, entre otros, por (Berent et al., 2020) que estimó, en personas con trastorno de dependencia al alcohol que habían descrito al menos un intento suicida a lo largo de la vida, probabilidades significativamente más altas de reportar un número de AI superior (3.78 en los participantes con trastorno por dependencia al alcohol con historia de tentativa suicida vs. 2.13 en los participantes con trastorno por dependencia al alcohol sin historia de comportamiento suicida; $p < 0,001$). (Hung et al., 2013) identificó en población con TUS por alcohol un riesgo 4 veces superior de desarrollar comportamiento suicida en personas que habían experimentado maltrato a su progenitora durante la infancia (OR 3,99 IC95% 1,40-11,34) y un riesgo 7 veces superior para aquellos que experimentaron separación o divorcio de los padres (OR 7,35 IC95% 1.46-34.72). El número de AI predijo el riesgo de tentativa suicida. Para

cada AI aumentada, el riesgo de tentativa suicida se incrementó un 61% (OR 1.61 IC95% 1.16-2.25).

1.6.2.2. Factores de Riesgo Clínicos: Comorbilidad Psiquiátrica en Trastorno por Uso de Sustancias

La tipificación del cuadro psiquiátrico o TM y su coexistencia con TUS resulta complicado debido a los efectos mimetizantes que puede desarrollar la persona a raíz del inicio de consumo de sustancias, siendo preciso, dejar un periodo ventana, tras el cese definitivo del consumo, para realizar un diagnóstico seguro. El EMCDDA identifica cuatro posibilidades de conjunción de TM y TUS: (1) El TUS y el otro TM son independientes entre sí, con independencia de la posible catarsis ulterior al influir una sobre el desarrollo de la otra. (2) El TM actúa como factor de riesgo para el desarrollo del TUS. (3) El TUS es el causante del inicio y desarrollo tórpido posterior del TM. (4) El TUS y TM presentan un origen común en base a factores de riesgo individuales, lo que desarrolla el concepto de patología dual (Fernández-Miranda, 2017). En lo referente a esta conjunción, Lai et al. (2015) realiza un estudio comparativo de investigaciones epidemiológicas en base a estas premisas. Los resultados de la revisión sistemática y metaanálisis revelan fuertes asociaciones entre TUS y TM (trastornos de ansiedad y TDM) describiendo razones de probabilidad mayores para alcohol y drogas ilícitas en casos de dependencia (y no tanto de abuso) con independencia de la prevalencia del diagnóstico TUS de por vida o en los últimos 12 meses.

1.6.2.2.1. Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno por Uso de Sustancias

El TDM representa el TMG más comúnmente vinculado al comportamiento suicida. El TDM se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, una disminución del interés o placer por las cosas (anhedonia), alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), agitación o retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad, apatía, problemas de concentración, problemas cognitivos e ideas persistentes de suicidio (American Psychiatric Association, 2021). La comorbilidad de TDM y TUS ha sido ampliamente estudiada, conjeturando hipótesis que explicarían la concurrencia de ambos trastornos y su relación con la conducta suicida. Primeramente, los dos trastornos comparten factores de riesgo comunes (acontecimientos vitales,

vulnerabilidad genética, adversidades en la infancia, traumas, etc.). En segundo lugar, se considera que un TUS prolongado puede resultar en modificaciones neurológicas que deriven en TDM. En último lugar, la “Hipótesis de la Automedicación” describe, en personas diagnosticadas de TDM, la probabilidad del uso de sustancias psicoactivas como mediadoras emocionales que a su vez potencie conductas de riesgo y la génesis del TUS (Tirado-Muñoz et al., 2018). Con respecto a esta última hipótesis, McHugh & Weiss consideran que el desarrollo de síntomas de internalización (tristeza, sentimientos de inferioridad, miedos irracionales, apego excesivo, alteraciones dermatológicas, problemas de visión, etc.) constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de TUS en mujeres diagnosticadas de TDM, mientras que la existencia de síntomas de externalización (agresividad, ira, impulsividad, falta de gestión emocional, ansiedad, etc.) y la motivación para el consumo obedece a población masculina (McHugh & Weiss, 2019). En la descripción que hace E. Durkheim del suicidio y su relación con los estados psicopatológicos, el filósofo y sociólogo francés relaciona el “Suicidio Melancólico” a un estado general de depresión extrema donde la pérdida de vínculos relacionales junto a la anhedonia, la apatía y el sentimiento de soledad se truncan en el enfermo perpetuando en él una idea constante de acabar con su vida, con una extrema fijeza de motivos para el acto, que de forma general, siempre son los mismos (Durkheim, 2002). Referente al género y el TDM, los resultados de una cohorte de NESDA (Netherlands Study of Depression and Anxiety) indicaron un mayor riesgo entre la población masculina, específicamente para la variable intento de suicidio y suicidio consumado, a pesar de existir, a nivel de población general, una relación positiva entre ser mujer y presentar una mayor probabilidad de ideación e intento suicida (Wiebenga et al., 2021). Spijker et al. (2010) valiéndose de la *CIDI* ratifica un mayor riesgo en género masculino (OR 0.54, IC95% 0.30-0.99) así como constata otros determinantes de riesgo de ideación e intento suicida en trastornos del espectro depresivo en población general: rango de edad entre 25-34 años (OR 1.93, IC95% 1.04-3.55), vivir solo (OR 2.11, IC95% 1.36-3.28), nivel medio alto de neuroticismo (OR 3.81, IC95% 2.22-6.53) adversidades juveniles negativas (OR 2.56, IC95% 1.65-4.00), apoyo social bajo (OR 1.88, IC95% 1.11-3.19), duración de la depresión entre 19-24 meses (OR 5.60, IC95% 2.96–10.58) síntomas como anhedonia (OR 2.46, IC95% 1.43-4.23) o sensación de inutilidad (OR 5.26, IC95% 3.12-8.86),

MARCO TEÓRICO

ansiedad comórbida (OR 4.71, IC95% 3.00-7.40) e ideación suicida previa (OR 4.18, IC95% 2.14-8.17) (Spijker et al., 2010). Los resultados vertidos por un análisis de regresión de Cox de un estudio (Østergaard et al., 2017) en población danesa (registros desde 1969 [Registro Central de Investigación Psiquiátrica] hasta 2011) describen para personas diagnosticadas de TDM un incremento del riesgo de tentativa suicida ante la existencia de un diagnóstico comórbido de TUS (Actual, en tratamiento los dos años previos al registro: HR 3.50, IC95% 3.36-3.64; Anterior: HR 1.85, IC95% 1.74-1.97). Más concretamente para TDM y TUS por alcohol estiman una HR de 3.38 (IC95% 3.24-3.53) para un diagnóstico TUS por alcohol actual y una HR de 1.84 (IC95% 1.73-1.96) para un diagnóstico anterior. Para otras drogas ilícitas (cocaína, opioides, estimulantes y alucinógenos) estiman ante un diagnóstico actual una HR de 2.15 (IC95% 2.00-2.30) y HR 1.67 (IC95% 1.52-1.83) para diagnóstico anterior. Los riesgos estimados en relación con el cannabis, a pesar de describir la presencia de asociación, no fueron estadísticamente significativos. El riesgo de morir a consecuencia del suicidio con un diagnóstico por TUS se estima en HR 2.32 (IC95% 2.02-2.67) para cualquier TUS, HR 2.05 (IC95% 1.76-2.39) para TUS por alcohol y HR 2.55 (IC95% 2.05-3.19) para drogas ilícitas.

En 2020, los resultados de una revisión bibliográfica y metaanálisis estiman que una de cada tres personas que presenta TUS por vía parenteral tiene comorbilidad con TDM, describiendo en uno de cada cuatro intentos de suicidio en algún momento de la vida (Colledge et al., 2020). Los resultados del análisis de regresión multivariante realizados por Cheek et al. (2016) en un estudio que analiza la especificidad del uso de sustancias vía parenteral con finalidad suicida en muestra representativa de adultos con TDM revelan asociación positiva entre síntomas depresivos (excluyendo ideación suicida y comportamiento suicida) e ideación suicida (OR 1.19, IC95% 1.11-1.28), comunicación/planificación suicida (OR 1.38, IC95% 1.21-1.58) e intento suicida (OR 1.56, IC95% 1.36-1.80). Además, el uso de sustancias vía parenteral se asocia a un incremento del riesgo para intento suicida (OR 1.66, IC95% 1.18-2.34). Riesgos similares de tentativa suicida son descritos por los autores si se tiene en cuenta la historia de comunicación suicida concomitante al TDM (OR 1.76, IC95% 1.01-3.06) o la historia de ideación suicida (OR 1.64, IC95% 1.14-2.35). El uso de estimulantes también se relaciona con mayor riesgo de tentativa suicida (OR 1.10, IC95% 1.03-

1.18) no resultando significativos los resultados de ideación y planificación. Los síntomas de abuso y dependencia a la heroína presentan resultados estadísticamente significativos para intento suicida, mostrando una relación negativa (OR 0.92, IC95% 0.87-0.97). Con respecto al género, las mujeres presentan, para ideación suicida, una OR 0.83 (IC95% 0.69-0.99), sin embargo, presentan riesgos superiores para tentativa suicida (OR 1.37, IC95% 1.12-1.67). Riesgos superiores para tentativa suicida y género femenino si se tiene en cuenta la historia de ideación suicida concomitante al TDM (OR 1.44, IC95% 1.18-1.75).

1.6.2.2. Esquizofrenia y Trastorno por Uso de Sustancias

La Esquizofrenia es un TMG que afecta a funciones cerebrales como las emociones, la percepción o la conducta y que está caracterizado por síntomas positivos (delirios, alucinaciones, discurso disgregado o incoherente, comportamiento desorganizado) y síntomas negativos (abulia, apatía, anhedonia, alogia, aplanamiento afectivo, etc.) (American Psychiatric Association, 2021). Un metaanálisis de estudios longitudinales (Yates et al., 2019) estimó la duplicidad del riesgo de experimentar ideación suicida en aquellas personas que habían descrito al menos un brote psicótico (OR 2.39, IC95% 1.62-3.51), llegando a triplicar el riesgo de tentativa suicida (OR 3.15, IC95% 2.23-4.45) y cuadruplicando la probabilidad de morir por suicidio OR 4.39, IC95% 1.63-11.78). Similares resultados fueron obtenidos en metaanálisis anterior (Chapman et al., 2015) al estimar un riesgo seis veces superior (OR 6.49, IC95% 3.82-11.02) de ideación e intento suicida en personas que habían experimentado trastornos psicóticos en contexto de esquizofrenia. El catalogado como “Suicidio maniático” por E. Durkheim es resultado de concepciones delirantes o alucinaciones de la persona enferma en un intento por escapar de un peligro no real u obedecer órdenes que perturban su raciocinio, perpetuándose en la persona un estado de inestabilidad que responde a explosiones pasajeras a merced del curso de la enfermedad (Durkheim, 2002).

La investigación asevera un empeoramiento del curso general de la enfermedad y reporta un mayor riesgo de recaídas en aquellos pacientes con coocurrencia de TUS. Mayores tasas de morbilidad y mortalidad asociadas trascienden de una mayor probabilidad de hospitalización, empeoramiento de síntomas psicóticos, falta de

MARCO TEÓRICO

adherencia al tratamiento y aparición de interacciones, conducta suicida, falta de vivienda, marginalidad, agresión y violencia (ejerciendo rol tanto de víctima como de agresor) (Hunt et al., 2018; Lähteenvuo et al., 2021). Además, con respecto al inicio del cuadro psiquiátrico, la comorbilidad de TUS se asocia con edades más tempranas de aparición de los primeros pródromos de la esquizofrenia. En concreto, el TUS por cannabis presenta una fuerte relación causal de inicio de la esquizofrenia, siendo estimada su prevalencia en el debut de la esquizofrenia en un 36% frente al 22% de la esquizofrenia crónica. (Hunt et al., 2018). El género masculino, la edad joven y el nivel educativo bajo se relacionan con tasas más altas de comorbilidad del TUS (Brunette et al., 2018). Con respecto a la prevalencia de la concomitancia de ambos trastornos existe cierto desacuerdo a la hora de concretar sustancia más prevalente. Una revisión sistemática y metaanálisis publicado por Hunt et al. (2018) estima una prevalencia de TUS en esquizofrenia del 41,7% siendo las mayores tasas relacionadas con cannabis (26,2%), alcohol (24,3%), cocaína/anfetaminas (7,3%) y opioides (5,1%). Los resultados de Brunette et al. (2018) versan estimaciones similares con respecto a la toma de opioides y estimulantes, no obstante, sitúan el alcohol como TUS más común (36,4%) seguida de cerca del cannabis (34,7%). La prevalencia total de TUS en este estudio es levemente superior (51,7%), describiendo una experimentación de dos o más TUS en el 30,2% de los participantes. La prevalencia de comportamiento suicida en personas con esquizofrenia y TUS fue estudiada en un estudio de cohorte publicado en 2021 por Lähteenvuo et al. en población finlandesa y sueca (seguimiento cohorte de 22 y 11 años respectivamente). Los resultados del estudio describen prevalencias de comportamiento suicida en población esquizofrénica con TUS relativamente superiores (20,8% cohorte finlandesa, 21,4% cohorte sueca) frente a 8,4% (cohorte finlandesa) y 6,1% (cohorte sueca) para personas con esquizofrenia sin TUS.

1.6.2.2.3. Trastorno Bipolar y Trastorno por Uso de Sustancias

El Trastorno Bipolar (TB) es un TMG que incurre en afectación del estado de ánimo y está caracterizado por episodios recurrentes de depresión y manía/hipomanía interpolados por episodios de eutimia o estado de ánimo normal (Smith et al., 2012). El DSM-5 tipifica el TB en *Tipo I*, determinado por la irrupción de un episodio de manía, con o sin historia de episodios depresivos previos, y TB *Tipo II*, representado

por la presencia de un episodio de hipomanía en una persona con historia de episodios depresivos mayores (American Psychiatric Association, 2021). El TB es considerado una enfermedad multimórbida con otros trastornos psiquiátricos como TUS, trastornos de ansiedad, TEPT, trastornos de personalidad, trastornos del control de impulsos, etc. (Salloum & Brown, 2017). Los TUS agravan el cuadro clínico del TB al instaurar un clima de desestabilización del curso de la enfermedad, reduciendo la efectividad de los estabilizadores del ánimo, originando clínica más variada y compleja (agravamiento de síntomas depresivos, manifestaciones de violencia, acrecentamiento de autolesiones e intentos de suicidio) e incrementado el número de episodios que requieren hospitalización (Carrà et al., 2014; Hunt et al., 2016; Preuss et al., 2021). La prevalencia de por vida de TUS se ha estimado en un 56% para las personas diagnosticadas de TB, exhibiendo tasas más altas de TUS en TB-I (Preuss et al., 2021). Entre las principales sustancias consumidas por personas con TB se identifican el alcohol (sustancia lícita más consumida), seguida de cannabis (principal sustancia ilícita consumida), cocaína y anfetaminas (Hunt et al., 2016). Las personas diagnosticadas de TB tienen mayor riesgo de desarrollar un TUS, del mismo modo que una historia de consumo de sustancias psicoactivas de inicio precoz predispone a una mayor susceptibilidad de padecer TB. A respecto de esta dualidad de inicio de la comorbilidad, un estudio publicado en 2017 (Azorin et al., 2017) analizó, en población diagnosticada de TB tipo I supervisados en régimen ambulatorio, el inicio y coexistencia temporal de TUS por alcohol y TB-I. Las conclusiones del estudio confirman que entre los factores predictores más influyentes en el desarrollo de TUS por alcohol en TB se encuentra el género masculino, la coexistencia de TUS adicionales y los rasgos de personalidad irritantes e hipertímicos. En la secuencia de inicio TUS por alcohol-TB, el temperamento irritable como fuente de conflicto e inicio de relaciones interpersonales disfuncionales, trastornos de ansiedad y trastornos orgánicos conduce a una espiral de consumo de alcohol y sedantes que podrían desencadenar un subtipo de TB con polaridad de inicio depresivo. Por el contrario, en el estudio de la secuencia TB-TUS por alcohol, el inicio de consumo se debe a temperamentos hipertímicos que conducen a la génesis de un subtipo de TB representado por polaridad maníaca inicial. En contraposición, Janiri et al. describen un riesgo potencialmente mayor de desarrollar TUS por alcohol en pacientes con TB

MARCO TEÓRICO

de inicio depresivo. Además, asevera en su estudio que la polaridad predominante en el transcurso de la enfermedad en TB sin TUS fue maníaca, sin embargo, en TB-TUS por alcohol y TB con policonsumo (Alcohol + Cannabis [31,74%], Alcohol + Cocaína [30,15%], Alcohol + Cannabis + Cocaína [30,15%] y Alcohol + Opioides [7,93%]) fue predominantemente depresivo, no encontrando asociación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancias psicoactiva consumida de forma concomitante al TUS por alcohol y la polaridad predominante del TB (Janiri et al., 2017). Factores de vulnerabilidad como abuso sexual, abuso físico, TEPT, trastornos conductuales o intentos de suicidio previos denotan una mayor tasa de TUS en personas diagnosticadas de TB (Messer et al., 2017).

La prevalencia, a lo largo de la vida, de Conducta Suicida en TB es mayor que en otras patologías psiquiátricas. Autores como Costa et al. (2015) y Hayes et al. (2015) tasan, en personas diagnosticadas de TB, un riesgo de acontecer intentos de suicidio 20-30 veces superior, estimando una tasa de mortalidad estandarizada específica de suicidio de 14,4 (Icick et al., 2019). Resulta importante destacar, que la mitad del riesgo de por vida de comportamiento suicida ocurre los primeros 2-3 años de enfermedad, dato que contrasta bastante con el retraso en 8-10 años para el diagnóstico y tratamiento adecuados (Baldessarini, 2019). Los resultados de la investigación en personas con TB-TUS y comportamiento suicida versan resultados claros. Un metaanálisis desarrollado por Carrà et al. (2014) con relación a estos tres elementos, identifica una clara relación positiva con independencia del género o edad. Además, se relaciona una comorbilidad cronificada, más prolongada en el tiempo, a un mayor riesgo de desarrollo de comportamiento suicida (Carrà et al., 2014). Los resultados de la revisión sistemática de estudios datados de 1990-2015 publicada por Hunt et al. (2016) reveló, en su metaanálisis ulterior, que los hombres tenían mayor probabilidad de padecer un TUS (alcohol y cannabis) comórbido con TB (resultados similares para TB tipo I y II). En otro estudio, Icick et al. (2019) describen los resultados tras agregar a la investigación la conducta suicida como elemento de cierre en el triángulo de análisis conformado por TB-TUS-Conducta suicida estimando una recurrencia de intentos de suicidio mayor en género femenino.

1.6.2.2.4. Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno por Uso de Sustancias

Los Trastornos de Ansiedad son un grupo de entidades clínicas (Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Fobia social, Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada/TAG, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos) con tendencias comórbidas que se caracterizan por la aparición de miedo y ansiedad excesivos y persistentes que promueven la aparición de alteraciones conductuales. Grant et al. (2004) describen los resultados de la encuesta «National epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions» en población estadounidense. De forma general, los autores revelan un fuerte y consistente relación entre los trastornos de ansiedad independientes del DSM-IV (TAG, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico [con o sin agorafobia]) y los TUS por alcohol y/o drogas (OR 1.6-13.9). El TAG es una enfermedad caracterizada por una ansiedad y preocupación excesivas y/o desproporcionadas al impacto real que supone la exposición a un evento, rutina y/o desempeño habitual. La sintomatología descrita se percibe con una intensidad, frecuencia y durabilidad superior a los estados de ansiedad no patológicos, dificultando el funcionamiento psicosocial de la persona y deteriorando áreas ocupacionales y relacionales a consecuencia del malestar subjetivo frecuentemente vinculado a este trastorno (American Psychiatric Association, 2021). Gilmour (2016) describe los resultados de un estudio que analiza la ideación suicida en personas con TAG. Este autor determina un riesgo 19 veces superior (OR 18.6, IC95% 11.7-29.5) para los hombres y 12 veces superior (OR 12.0, IC95% 7.8-18.5) para las mujeres con relación a la población general. La introducción de variables de comorbilidad psiquiátrica en el análisis ulterior atenúa las tasas de riesgo (Hombres: OR 5.1, IC95% 2.9-9.0; Mujeres: OR 1.9, IC95% 1.1-3.3). No obstante, la presencia concomitante TAG y TUS los últimos 12 meses infiere un riesgo significativamente mayor para ideación suicida (Hombres: OR 2.3, IC95% 1.4-3.8; Mujeres: OR 3.2, IC95% 1.6-6.2) en comparación a la población con TAG sin TUS.

1.6.2.2.5. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno por Uso de Sustancias

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico de inicio temprano y curso crónico fluctuante que interfiere en la calidad de vida, el bienestar emocional y el funcionamiento global de la persona y sus familiares. Se estima un retraso del diagnóstico en torno a 7-9 años desde el inicio de la sintomatología y la búsqueda de asistencia profesional lo que repercute en la posterior respuesta al tratamiento y secunda la aparición de comorbilidades psiquiátricas (Pellegrini et al., 2020). Brakoulias et al. (2017) describen, como resultados de un estudio intercontinental que analiza la relación entre TOC, comorbilidad psiquiátrica y comportamiento suicida, una prevalencia del 50,5% de depresión entre los participantes. El TDM constituye el factor comórbido más frecuente en el grupo de trastornos del estado de ánimo. Si se categoriza por trastornos de ansiedad, existe un predominio de TAG, fobia social y fobia específica. La ideación suicida en el último mes y la prevalencia de intento suicida es 6,4% y 9% respectivamente. Tasas de riesgo de suicidio más altas describen Breet et al. (2019) para TDM (OR 2.4, IC95% = 1.50, 3.86) y trastorno límite de personalidad (OR 7.35, IC95% = 3.25, 16.61) como comorbilidades más frecuentes en TOC. Estos autores informan que cerca del 52% de los participantes de su estudio presentaron ideación suicida y el 16,5% informó de al menos un intento de suicidio. Con respecto al género, las mujeres con TOC triplican el riesgo de comportamiento suicida (OR 2.75, IC95% 1.28-5.94). Albert et al. (2019) publican los resultados de una revisión sistemática de estudios epidemiológicos y ratifican el aumento del riesgo en personas con TOC de ideación suicida (OR ajustadas por variables sociodemográficas y factores comórbidos que oscilan entre 3.80 y 5.58) e intento suicida (OR ajustada que oscila entre 1.6 y 9.9). Albert et al. concluyen el estudio estimando una tasa media de intentos de suicidio en personas con TOC del 14,2%, tasas que ascienden, si hablamos de ideación suicida, hasta el 25,9% y 44,1% en el momento actual y a lo largo de la vida respectivamente.

1.6.2.2.6. Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno por Uso de Sustancias

El TEPT es una enfermedad caracterizada por síntomas de intrusión (recuerdos recurrentes, flashbacks, pesadillas, terrores nocturnos, reacciones disociativas,

disforia, etc.) vinculados a un suceso traumático (experiencia directa, conocimiento de suceso traumático acontecido a familiar o amigo próximo, exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de sucesos traumáticos no autoidentificados, etc.) (American Psychiatric Association, 2021). El TEPT presenta alta tasa de comorbilidad psiquiátrica, generalmente a trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y conducta suicida. Los resultados de una revisión sistemática y metaanálisis publicados por Angelakis et al. (2019) establece fuerte relación entre AI y comportamiento suicida. Los autores estiman, para población general, un riesgo superior de intentos suicidas ante la AI abuso sexual (OR 3.17, IC95% 2.76-3.64), maltrato físico (OR 2.52, IC95% 2.09-3.04) maltrato emocional (OR 2.49, IC95% 1.64-3.77), y negligencia emocional (OR 2.29, IC95% 1.79-2.94). Además, la exacerbación de síntomas resultado de vivencias repetidas y exposiciones prolongadas al trauma infantil reportan un riesgo cinco veces superior (OR 5.18, IC95% 2.52-10.63) en comparación con población general. Jakubczyk et al. (2014) analizaron la relación existente entre AI y TUS por alcohol. Los autores identifican el abuso sexual (OR 2.52, IC95% 1.07-5.94) y la revictimización (OR 3.21, IC95% 1.01-10.2) como los predictores más fuertemente relacionados con intentos suicidas en la muestra. La gravedad y frecuencia del consumo también resultó significativa. La severidad de la dependencia al alcohol, medida a través del cuestionario autoadministrado MAST, también presenta riesgo significativo mayor (OR 1.03, IC95% 1.01-1.06). Los resultados de (Mergler et al., 2018) informaban además de una edad de inicio de consumo más temprana para alcohol y cannabis, más casos de sobredosis, y un uso más tórpido y prolongado en años del trastorno en aquellas personas con TEPT y AI. El uso de cannabis en TEPT incrementa el riesgo de consumo de otras sustancias (opiáceos, hipnóticos, cocaína, etc.) (Arias et al., 2017) En relación a cocaína y otros estimulantes, el trastorno por uso o la abstinencia incrementan los pensamientos intrusivos, el estado de alerta y la activación, motivando mayor impulsividad y agresividad. Es mayor la prevalencia de un TEPT en mujeres dependientes de cocaína que en hombres (Ochoa et al., 2018). Dore et al. (2012) publican los resultados de un estudio realizado en población australiana en deshabitación ambulatoria a alcohol, analgésicos opioides, estimulantes, cannabis y benzodiazepinas. El 80,7% de los participantes del estudio describieron al menos la presencia de una AI, situándose la

media en 2-3 traumas. El 44,9% cumplía criterios de diagnóstico de TEPT tras la realización del estudio. Los resultados versados tras los análisis de regresión logística multivariada controlando por edad, sexo y drogas de interés notificaron una relación positiva entre aquellos sujetos que identificaron las benzodiazepinas como sustancia psicoactiva principal y un mayor número de tipos de AI. Controlando por edad y sexo exclusivamente, aquellos que presentaban consumo de más de una sustancia psicoactiva informaban de una mayor cantidad de tipos de AI. Las principales adversidades reportadas por los participantes fueron haber estado involucrado o presenciado un incendio, inundación u otro desastre natural, haber presenciado lesiones graves o la muerte de una persona, haber sufrido abusos sexuales y/o violación, haber sufrido agresión física. En relación con el suicidio, los participantes con comportamiento suicida en tratamiento ambulatorio que cumplían criterios diagnósticos de TEPT presentaban una probabilidad mayor (48,6% frente a 27,2%) de presentar conducta suicida.

1.6.2.3. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias

El comportamiento suicida es un grave problema de salud pública. Según la OMS, en su informe de 2021, cerca de 700.000 personas fallecen por suicidio a nivel mundial cada año. La tasa de suicidio estandarizada por edad fue 2,3 veces mayor en género masculino (World Health Organization, 2021). El abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas está fuertemente ligado a un riesgo mayor de conductas suicidas. La *Teoría Interpersonal-psicológica del Comportamiento Suicida* de T. E. Joiner describe un riesgo potencial de desarrollo de comportamiento suicida con la presencia simultánea de una falta de pertenencia (o pertenencia frustrada), un sentimiento de carga y la capacidad adquirida para morir. Este autor ratifica que los sentimientos de pertenencia a un grupo o comunidad y el deseo de contribuir al bienestar global son necesidades que al considerarse frustradas justifican el deseo suicida (Van Orden et al., 2008). La soledad, la ausencia de relaciones conyugales significativas, la carencia de un grupo de amigos, el aislamiento social y el conflicto familiar son factores clave que, unidos a sentimientos de carga y lastre para los demás, contribuyen al desarrollo de comportamiento suicida. Además, si superponemos estos factores a la exposición reiterada a eventos dolorosos y perturbadores que aumentan

la tolerancia al dolor y reducen el miedo a la muerte, se cierra el triángulo que reproduce la teoría de T. E. Joiner (Calati et al., 2019). Es innegable que el TUS instiga un abandono del círculo social en detrimento de conductas que favorezcan el consumo, genera sentimientos de carga e inutilidad, así como produce merma de la autoestima y el autoconcepto. La desesperanza arraigada y/o la presencia de AI fraguan su impronta en el consumidor, impulsando un clima de rumiación constante que incita a la autolesión y la mitigación de cuadros de disforia emocional a través del uso excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Oliffe et al., 2017). La involucración de sustancias psicoactivas, y más en concreto el alcohol, reducen el miedo a la muerte, aturden las emociones y enajenan el raciocinio, lo que se relaciona con selección de métodos más violentos como el ahorcamiento o las armas de fuego (Chikritzhs & Livingston, 2021). Una revisión y metaanálisis publicado por Poorolajal et al. (2016) estima un riesgo de ideación suicida en TUS de 2.53 (IC95% 1.67-3.39, $I^2 = 90.1\%$) en estudios de calidad baja y una OR 1.37 (IC95% 0.98-1.75, $I^2 = 68.5\%$) en estudios de alta calidad metodológica. Para el riesgo de intento suicida, los autores estiman una OR 2.88 (IC95% 2.02-3.74, $I^2 = 93.4\%$) en estudios de baja calidad y OR 1.80 (IC95% 1.30-2.29, $I^2 = 84.6\%$) en estudios de calidad alta. El riesgo de muerte por suicidio consumado es estimado en OR 1.54 (IC95% 0.81-2.28, $I^2 = 74.1\%$). Miranda-Mendizabal et al. (2019) realiza un metaanálisis de estudios longitudinales para estudiar el género como factor de riesgo en conducta suicida. Los resultados de la investigación realizada por estos autores estiman un riesgo de intento de suicidio en abuso de alcohol (mujeres: OR 2.69, IC95% 1.32-5.50; hombres: OR 2.14, IC95% 1.09-4.20) y en abuso de drogas (mujeres: OR 4.44, IC95% 2.51-7.83; hombres: OR 3.11, IC95% 2.01-4.84). El riesgo de muerte por suicidio en TUS tuvo una asociación significativa en género masculino (OR 5.26, IC95% 5.26-2.27). A continuación, se describen los recientes resultados de la investigación para conducta suicida y su correlación con los TUS más frecuentes.

1.6.2.3.1. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (I): Alcohol

Los resultados del «*Global Burden of Disease Study*» de 2016 sitúan al alcohol como el principal factor de riesgo de muerte entre las personas de 15 a 49 años, estimando el suicidio como la tercera causa principal de fallecimiento atribuible al

MARCO TEÓRICO

alcohol (Kölves et al., 2020). Se estima que el 15% de las muertes por suicidio consumado se supeditan al alcohol. El TUS por alcohol está relacionado con un incremento de la ideación suicida, las autolesiones y el suicidio consumado, existiendo vinculación entre intoxicación etílica y selección de métodos considerados más violentos y letales como las armas de fuego o el ahorcamiento (Chikritzhs & Livingston, 2021). Entre los factores de riesgo de suicidio en personas con TUS por alcohol se encuentran: factores sociodemográficos (género masculino, estado civil soltero, bajo nivel educativo y desempleo), factores psicológicos (impulsividad, neuroticismo, agresividad, baja autoestima crónica y sentimientos de desesperanza), factores familiares (historia de suicidio en familiar de primer grado), factores sociales (bajo estatus social, aislamiento social, problemas legales, etc.) y factores genéticos (Alelo 5-HTTLPR, polimorfismo de los genes Clock, Timeless Clock y ARNTL) (Lasota, Pawłowski, et al., 2020). Una revisión sistemática y metanálisis publicada por Borges et al. (2017) reveló estimaciones de riesgo de suicidio variables en función de la cantidad de alcohol consumido de forma aguda, describiendo en niveles bajos de intoxicación etílica aguda una OR 2.71 (IC95% 1.56-4.71) mientras que el riesgo de suicidio alcanzaba una OR de 37.18 (IC95% 17.28-79.53) para intoxicación etílica aguda en alto grado. Para cualquier consumo agudo de alcohol, el riesgo estimado es siete veces superior (OR 6.97, IC95% 4.77-10.17) con relación a la población general. Riesgo que, según estiman Rizk et al. (2021), se mantiene las 24h posteriores a la ingesta abusiva de alcohol. Análisis de regresión logística condicional publicados por Bagge & Borges (2017), también, estiman un riesgo cuatro veces superior de intento de suicidio en aquellas personas que habían consumido alcohol las 24h previas al acto autolesivo (OR 4.07, IC95% 2.06-8.02), del mismo modo que concluyen un riesgo acrecentado para consumo de alcohol concomitante a otros depresores del SNC (OR 8.76, IC95% 1.02-75.44). Una reciente investigación estima que, de todas las sustancias psicoactivas, el alcohol es el factor predisponente más fuerte para el desarrollo de conductas agresivas e impulsivas (Lasota, Al-Wathinani, et al., 2020). Como describe el *Modelo de estrés-diátesis de la Conducta Suicida*, el alcohol actúa como método catalizador de la impulsividad reactiva al estrés, promoviendo la autoagresión y el comportamiento suicida (Rizk et al., 2021). Según revelan Lasota, Al-Wathinani, et al. (2020) entre un 18% y un 66% de los fallecidos por suicidio

consumado presentan una mayor o menor concentración de alcohol en sangre, identificando grado de intoxicación etílica en el 22% de los suicidios consumados. El resultado de un estudio de cohorte en Reino Unido ratifica la alta tendencia en la relación causal de autolesión y alcohol, estimando una prevalencia del 58,4% de los casos de asistencia en urgencias por esta causa. La repetición de la conducta autolesiva era más frecuente cuando el alcohol estaba involucrado en la primera conducta autolesiva y en casos de abuso crónico de alcohol, indistintamente a razón de género (Ness et al., 2015). No obstante, examinando la variable género, los resultados revelan un riesgo significativamente mayor de tentativa suicida en mujeres (Abdalla et al., 2019; Barroso, 2019; Icick et al., 2018; Morley et al., 2018; Ness et al., 2015; Roy & Janal, 2007) sobre todo en presencia de historia de antecedentes familiares de comportamiento suicida, AI (abuso físico y sexual), edad de inicio de consumo temprano y comorbilidad psiquiátrica (Rizk et al., 2021; Roy & Janal, 2007). El mayor número de muertes por suicidio consumado, en contexto de intoxicación etílica, se registra entre los hombres (Chong et al., 2020; Larkin et al., 2017; Lasota, Pawłowski, et al., 2020).

1.6.2.3.2. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (II): Opioides

El TUS por opioides se relaciona con un riesgo de suicidio mayor atribuible a múltiples factores. La falta de vivienda, el desempleo o la falta de apoyo o apego familiar son factores sociodemográficos comúnmente relacionados con TUS por opioides y comportamiento suicida. La presencia de AI (abuso sexual o abuso físico) subyugan a la persona, suscitando un riesgo prematuro de desarrollo de comportamiento suicida, dándose con relativa frecuencia un uso comórbido de sustancias opioides. Las comorbilidades psiquiátricas en TUS por opioides, generalmente trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad, se relacionan con el refuerzo negativo atribuido a la sustancia opioide como atenuante del dolor emocional y físico, lo que deriva en estados de tolerancia, tolerancia cruzada, sensibilización a emociones negativas y cuadros de estrés que consolidan al TUS por opioides como factor de riesgo, en sí mismo, para la conducta suicida (Rizk et al., 2021). La prevalencia del TUS por opioides difiere en función de la edad y el sexo. Generalmente el género masculino presenta una mayor prevalencia de TUS por

MARCO TEÓRICO

opioides y personifican la mayoría de las sobredosis relacionadas con esta sustancia. Con respecto a la edad, las personas en torno a los 40 o 50 años son más propensos al padecimiento de sobredosis por opioides. No obstante, si nos referimos exclusivamente a la heroína, el rango de edad alcanza su máxima incidencia entre los 20 y 30 años (Dydyk et al., 2022). Los resultados de la investigación acerca de la relación del TUS por opioides y comportamiento suicida secundan la presencia de una ilación positiva. Ali & Dubenitz (2021) estiman un riesgo tres veces superior de comportamiento suicida (ideación suicida e intento suicida) en población adulta con TUS por opioides (OR 2.90, IC95% 2.23-3.78) en comparación con población general, identificando un incremento del riesgo en trece veces (OR 12.97, IC95% 11.90-14.16) si concurren otras patologías psiquiátricas, más en concreto, el TDM. El estudio recoge resultados estadísticamente significativos para género femenino (OR 0.88, IC95% 0.80-0.96). Kuramoto et al. (2012) estiman un riesgo incrementado de conductas suicidas en el uso indebido de opioides recetados, con indiferencia de la dosis prescrita. Para ideación suicida, se estima una OR 1.52 (IC95% 1.21-1.91) para consumos mensuales, OR 1.41 (IC95% 1.04-1.93) para consumos mensuales/semanales; y OR 1.62 (IC95% 1.19-2.21) para consumo semanal. La planificación e intentos suicidas solo obtuvieron resultados estadísticamente significativos para consumos semanales de opioides (OR 1.76, IC95% 1.10-2.84 y OR 2.03, IC95% 1.11-3.71 respectivamente). Los diagnósticos comórbidos de depresión (OR 5.15, IC95% 4.54-5.84 para ideación suicida, OR 5.92, IC95% 4.77-7.35 para planificación suicida, y OR 4.74, IC95% 3.46-6.48 para intentos suicidas) y TUS (OR 2.35, IC95% 2.09-2.65 para ideación suicida, OR 2.58, IC95% 2.13-3.13 para planificación suicida, y OR 3.91, IC95% 3.02-5.05 para intentos suicidas) durante el último año se relacionaron con un mayor riesgo de comportamientos suicidas. Un estudio posterior (Kim-Godwin & Lee, 2019) de características similares reveló una duplicidad del riesgo similar en pacientes con uso indebido de opioides comórbidos de TUS (OR 2.03, IC95% 1.74-2.3 para ideación suicida, OR 2.36, IC95% 1.87-2.98 para planificación suicida, y OR 3.23, IC95% 2.23-4.68 para intentos suicidas). Sin embargo, la comorbilidad con TDM estima un riesgo mucho mayor que el anterior estudio, con una OR de 12.09 (IC95% 10.57-13.82) para ideación suicida, OR 11.24 (IC95% 8.80-14.35) para planificación suicida y OR 5.34 (IC95% 4.16-6.87) para intento suicida. Con respecto a la frecuencia

del consumo y su relación con tendencias suicidas, este estudio estima una duplicidad del riesgo de aparición de ideación suicida en consumidores actuales (OR 2.19, IC95% 1.44-3.33) y recientes (OR 2.18, IC95% 1.70-2.80) (Kim-Godwin & Lee, 2019). Los resultados del estudio realizado por Roy (2010) en población consumidora de heroína, revelan prevalencias de intento de suicidio a lo largo de la vida en torno al 39,3%, identificando como factores de riesgo asociados la historia de suicidio familiar (OR 2.98, IC95% 1.0-8.82), la concurrencia de TUS por alcohol (OR 2.90, IC95% 1.21-6.95) y cocaína (OR 2.49, IC95% 1.03-5.98) y el tratamiento antidepresivo (OR 3.26, IC95% 1.28-8.28) (Roy, 2010). Pan et al. (2014) publican los resultados de un estudio de casos controles anidado que refleja además un incremento cuatro veces superior del riesgo de mortalidad por suicidio (OR 4.29, IC95% 1.11-16.60) en presencia de historia de tentativas suicidas previas y un incremento del riesgo de 2.61 (IC95% 1.17-5.82) en comorbilidad asociada a depresión a lo largo de la vida.

1.6.2.3.3. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (III): Cannabis

Numerosos estudios se han centrado en la relación entre TUS por cannabis y comportamiento suicida, existiendo heterogeneidad en la metodología y resultados no del todo concluyentes. Sellers et al. (2019) estiman un riesgo superior para ideación suicida (OR 1.48, IC95% 1.14-1.92] e intento suicida (OR 1.94, IC95% 1.27-2.95) en población adolescente consumidora de cannabis. A la par, Gobbi et al. (2019) en una revisión sistemática y metaanálisis describe una OR combinada para ideación suicida de 1.50 (IC95% 1.11-2.03) e intento suicida (3.46, IC 95 % 1.53-7.84) en población adulta joven consumidora de cannabis. Kelly et al. (2021) corroboran en todos los grupos de edad un menor riesgo de ideación e intento suicida en comparación con la población adulta joven (18-25 años) estimando una duplicidad del riesgo de concurrencia de TUS por cannabis e ideación suicida entre los hombres (OR 2.06, IC95% 1.74-2.43) en comparación con las mujeres. Orri et al. (2021) estiman tasas de riesgo similares (OR 1.18, IC95% 1.01-1.37) para consumo de cannabis e intento suicida. Además, tras fortalecer la inferencia causal utilizando la aleatorización mendeliana multivariable, los autores describen una relación directa únicamente en cannabis (excluyen relación directa en tabaco y alcohol) e intento suicida (OR 1.25,

IC95% 1.09-1.43). En población adulta mayor de 50 años, los resultados publicados por Choi et al. (2016) tras examinar la relación entre consumo de cannabis y/u otras sustancias psicoactivas ilícitas con la depresión e ideación suicida en una muestra representativa, estiman un incremento del riesgo de 2.44 (IC95% 1.58-3.77) para concurrencia de consumo de cannabis y otras sustancias ilícitas. Únicamente en personas consumidoras de cannabis diagnosticadas de TDM resultó significativa la relación entre frecuencia de abuso e ideación suicida (OR 1.04, IC95% 1.01-1.07).

1.6.2.3.4. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (IV): Cocaína

El TUS por cocaína y su relación con la conducta suicida presenta menor reseña en la investigación científica en comparación con otras sustancias como el alcohol y el cannabis. Un estudio publicado por Roy (2009) describe una prevalencia de intentos de suicidio en usuarios con TUS por cocaína del 43%. Entre sus resultados, estima riesgos significativos para género femenino (OR 1.57, IC95% 0.54-4.56), dependencia comórbida al alcohol (OR 2.07, IC95% 1.06-4.05), haber recibido tratamiento antidepresivo (OR 6.11, IC95% 2.81-13.27), historia de negligencia y/o abandono emocional infantil (OR 1.04, IC95% 1.00-1.08) y presencia de abuso infantil (OR 1.11, IC95% 1.09-1.20). Con respecto a este último factor de riesgo, Ickick et al. (2022) estiman que cerca de un 58% de los participantes con TUS por cocaína de su estudio transversal identificaban presencia de AI, siendo el aumento del riesgo proporcional al número de traumas descritos por la persona. Los resultados de un estudio de cohorte en población sueca publicados por Crump et al. (2021) reportan un incremento del riesgo de muerte por suicidio en TUS por cocaína (HR 13.54, IC95% 6.45-29.41) en comparación con la población general. Los análisis de regresión logística multivariable describen una reducción significativa del riesgo de muerte por suicidio consumado tras ajustar por variables sociodemográficas (HR 5.75, IC95% 2.74-12.06) y variables sociodemográficas, comorbilidad psiquiátrica y TUS (HR 2.90, IC95% 1.33-5.88). Tasas de riesgo algo superiores son descritas por Abdalla et al. (2019) en un estudio transversal realizado en población representativa brasileña para analizar la relación entre TUS y comportamiento suicida. Abdalla et al. estiman un riesgo de comportamiento suicida cuatro veces mayor en personas con TUS por cocaína (ideación suicida: OR 4.3, IC95% 2.9-6.3); intento suicidio: OR 4.2, IC95% 2.2-7.8).

En relación a la forma de consumo, un estudio longitudinal en usuarios en régimen ambulatorio con TUS por cocaína publicado por Santis et al. (2016) estima un riesgo mayor de intento de suicidio (OR 2.68, IC95% 1.19-6.01) y conductas autolesivas (OR 1.97, IC95% 1.07-3.66) en usuarios con TUS por cocaína consumida en forma de pasta base frente a clorhidrato de cocaína.

1.6.2.3.5. Conducta Suicida y Trastorno por Uso de Sustancias (V): Hipnóticos y Sedantes

La muerte por suicidio consumado, según muestran estudios de toxicología, puede ser acontecida por un consumo de hipnóticos (como sustancia única) como forma de autoenvenenamiento (Zolpidem[®], Flurazepam[®], Triazolam[®], Temazepam[®]) o en combinación con otras sustancias psicoactivas depresivas como el alcohol o los opioides. La desinhibición o el incremento de conductas impulsivas durante el momento de máximo efecto de la sustancia podrían justificar el aumento del riesgo (Dodds, 2017; McCall et al., 2017). Pfeifer et al. (2020) analizan, a través de un estudio de cohorte retrospectiva en población sueca, la ingesta medicamentosa como acto de consecución de la conducta suicida. Entre los resultados vertidos, los autores describen una prevalencia de muerte por suicidio consumado por envenenamiento (sobreingesta medicamentosa) mayor para género femenino (54% frente al 46% masculino). El 48,7% hicieron uso de dos o más sustancias, mientras que el 52,2% emplearon una única sustancia. Los índices de mortalidad estimados (cociente de casos de suicidio ajustado/todos los casos de exposición a una sola sustancia x 100) por sustancia analizada oscilan desde un 11.5 (IC95% 6.6-18.2) para Oxazepam[®], hasta un índice de mortalidad de 0.8 (IC95% 0.1-2.8) para Lorazepam[®]. Diazepam[®] y Zolpidem[®] presentan índices de mortalidad similares (OR 10.2, IC95% 5.0-18.0 y OR 10.2, IC95% 7.1-14.2 respectivamente), Flurazepam[®] (OR 7.0, IC95% 3.2-13.3), Bromazepam[®] (OR 3.7, IC95% 1.6-7.2) y Alprazolam[®] (OR 1.7, IC95% 0.5-4.3). Lavigne et al. (2019) publican los resultados de un estudio comparativo del riesgo de comportamiento suicida en función del hipnótico consumido, estimando un RR de 1.61, IC95% 1.07-2.43) para Trazodona[®], un RR de 1.33, IC95% 0.85-2.08) para benzodiacepinas (Lorazepam[®], diazepam[®], lormetazepam[®]) y un RR de 1.37, IC95% 0.90-2.07) para antihistamínicos (Zolpidem[®], Diphenhydramine[®], Hydrozine[®]). El

MARCO TEÓRICO

riesgo de comportamiento suicida asociado a Zolpidem® fue estimado en un estudio de casos y controles publicado por Choi et al. (2019). En un modelo no ajustado, los autores estiman un riesgo siete veces superior (OR 7.24, IC95% 6.23-8.29), no obstante, tras controlar el modelo por uso de benzodiazepinas, antidepresivos y opioides, comorbilidad psiquiátrica (esquizofrenia, TB, trastornos de ansiedad, TDM e insomnio) el riesgo se redujo considerablemente, sin embargo, aún persistía una duplicidad de este (OR 2.09, IC95% 1.74-2.52).

Con respecto a la edad, Lim & Lee (2018) analizan los medicamentos involucrados en sobreingesta medicamentosa con finalidad autolítica en la vejez (personas > 65 años). Los autores describen un predominio femenino en la muestra (77,7% en ancianos no mayores de 65 años y 53,5% en > 65 años). Estadísticamente significativa resulta el uso de hipnóticos (sedantes y benzodiazepinas) como fármaco de elección para la autolisis (34.5% en grupo no anciano, frente al 59,1% en grupo > 65 años; $p < 0.001$). En contraposición, un estudio (Kokkevi et al., 2012) realizado en población adolescente europea analiza el policonsumo o sustancia única en el intento autolítico. A pesar de describir prevalencias de consumo superiores para alcohol, los resultados de la regresión logística para cualquier intento suicidio frente a ningún intento de suicidio estiman que los tranquilizantes y sedantes no prescritos muestran riesgos superiores (OR 3.34, IC95% 3.00-3.71) que otras sustancias psicoactivas como el alcohol (OR 1.47, IC95% 1.32-1.63) o el cannabis (OR 1.37, IC95% 1.18-1.58). Posteriormente, los resultados de una nueva regresión logística categórica indican una duplicidad del riesgo de intentos suicida por cada sustancia anexa utilizada en el policonsumo descrito.

1.7. El estudio PEGASUS-Murcia

El estudio PEGASUS-Murcia (*Psychiatric Enquiry of a General populAtion of SoUtheast Spain*) es un proyecto de investigación institucional focalizado en el estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en la Región de Murcia. Liderado por la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental del SMS y el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Murcia, se origina inicialmente como un estudio transversal en una muestra representativa de la población general no institucionalizada de la Región de Murcia con la finalidad de analizar la prevalencia de los trastornos mentales, la calidad de vida y la discapacidad asociada, los recursos sanitarios empleados y sus necesidades psicofarmacológicas y médicas.

La metodología utilizada en el proyecto PEGASUS-Murcia ha sido publicada con anterioridad (Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013). Brevemente, la población elegible fueron todas las personas no institucionalizadas con una edad igual o mayor de 18 años con tarjeta sanitaria. Fueron elegidos mediante un muestreo aleatorio estratificado por área sanitaria incluyendo a dos centros de atención primaria de cada área de salud. Finalmente, se entrevistó a un total de 2621 participantes, con una tasa de respuesta general del 67,4% (con un rango, dependiendo del área sanitaria, entre 62,0% y 70,0%). Además, el proyecto forma parte del consorcio internacional *The World Mental Health Survey Initiative* en el que participan más de 30 países en todo el mundo. En el marco de este consorcio internacional se han publicado más de 600 artículos internacionales, en cerca de 90 de ellos con los resultados del proyecto PEGASUS-Murcia.

Posteriormente, se han diseñado diversos estudios con un diseño caso-control en los que los controles fueron seleccionados entre los participantes del proyecto PEGASUS-Murcia. En concreto, la presente Tesis Doctoral se basa en el estudio caso-control específicamente diseñado para analizar los factores asociados con el comportamiento suicida en aquellos con trastorno por uso y abuso de sustancias.

2

MARCO EMPÍRICO

2. Marco Empírico

2.1. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Analizar la relación entre el trastorno por uso de sustancias y el comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicidas).

Objetivos Específicos

- Examinar las diferencias en el comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicidas) entre hombres y mujeres con trastorno por uso de sustancias.
- Conocer la relación existente entre la presencia de patología psiquiátrica previa y el comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicidas).
- Analizar la relación entre experiencias adversas infantiles (funcionamiento familiar desadaptativo y otras adversidades infantiles) y comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicidas) entre los participantes con trastorno por uso de sustancias.
- Analizar el comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicidas) en función del tipo de sustancia psicoactiva consumida.

2.2. Hipótesis de la Investigación

Hipótesis 1:

Las personas con trastorno por uso de sustancias presentan prevalencias superiores de comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicida) en relación con la población general sin este trastorno.

Hipótesis 2:

Desde una perspectiva de género, a pesar de que los hombres presentan tasas de muerte por suicidio consumado superiores al género femenino, en relación con el comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicida), las mujeres con trastorno por uso de sustancias presentan prevalencias superiores en relación con los hombres.

Hipótesis 3:

La presencia de patología psiquiátrica (trastorno del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del control de impulsos) previa al comportamiento suicida incrementa el riesgo de presentar ideación, planificación y tentativa suicidas.

Hipótesis 4:

La presencia de experiencias adversas infantiles en personas con trastorno por uso de sustancias es un factor de riesgo para el desarrollo de comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicida) en la edad adulta.

Hipótesis 5:

El trastorno por uso de sustancias por alcohol se relaciona con riesgos superiores para comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicida) en relación con otras sustancias psicoactivas (cannabis, cocaína, opioides, hipnóticos y sedantes, etc.).

2.3. Material y Método

2.3.1. Diseño del Estudio

Se realiza un estudio analítico, observacional y retrospectivo de casos y controles como parte integrante de la segunda fase de estudios segregados del Proyecto PEGASUS-Murcia. La Tesis Doctoral ha sido redactada siguiendo las recomendaciones de la Guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) (véase Anexo 1) para el fortalecimiento del diseño metodológico de estudios observaciones en epidemiología (Vandenbroucke et al., 2014).

2.3.2. Participantes del Estudio

2.3.2.1. Descripción de los Casos

Los criterios de inclusión para los casos seleccionados son tener al menos 18 años y encontrarse en el momento de la entrevista en tratamiento ambulatorio por TUS, principalmente alcohol, cocaína y opioides en la UCA del área metropolitana de Murcia (775.000 habitantes). Como criterios de exclusión se encuentra la presencia de barrera idiomática y la manifestación de un estado físico y mental que impidiera el correcto desarrollo de la entrevista. Los casos seleccionados para el estudio fueron entrevistados entre febrero de 2014 y marzo de 2014. Previa inclusión en el estudio ha sido necesaria la cumplimentación obligatoria de dos copias de un formulario de consentimiento informado, una para el entrevistado y otra para el equipo investigador.

2.3.2.2. Descripción de los Controles

Antes de iniciar el trabajo de campo se determinó utilizar una ratio control:caso de 3:1 (Navarro-Mateu et al., 2019). Los controles fueron seleccionados aleatoriamente entre los participantes del proyecto PEGASUS-Murcia encuadrado dentro de la iniciativa de la OMS “*World Mental Health survey Initiative*”. (Kessler et al., 2009) Este proyecto es un estudio transversal confeccionado para evaluar la prevalencia de trastornos mentales comunes e identificar factores de riesgo y protección asociados en una muestra representativa de adultos no institucionalizados en la población general de la Región de Murcia. Los criterios de inclusión para la

selección de los controles (entrevistados entre junio de 2010 y mayo de 2012) fueron tener 18 años o más, residir en la misma área metropolitana de la Región de Murcia y no haber presentado TUS a lo largo de la vida ni en el momento de la entrevista. (Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013b).

2.3.3. Instrumentos de Medida

Como instrumento de medida principal de este estudio se encuentra la *CIDI*, una entrevista diagnóstica internacional desarrollada por primera vez en 1990 por la OMS. El objetivo principal por el que se creó esta entrevista fue potenciar el desarrollo de la investigación comparativa intercultural en estudios epidemiológicos en psiquiatría. A este cuestionario, probado en 1997 por el Consorcio Internacional de epidemiología Psiquiátrica (ICPE) en 12 países, se sumó en 1998 la medición de factores de riesgo, consecuencias y tratamiento proporcionadas por la WHO-World Mental Health (WMH). De este modo se conforma la WHO WMH-CIDI. (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013a; Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013b).

El cuestionario CIDI está disponible en dos versiones, la edición en papel o PAPI (Paper and Pencil Interviewing) y la versión informatizada o CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing). Para la presente Tesis Doctoral se ha utilizado la versión CAPI (v.3.0) tras la adaptación cultural para su uso en España (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013a). Se trata de un total de 5.000 preguntas clasificadas en 42 secciones que a su vez se engloban en dos grupos: secciones de diagnóstico (screening, trastornos del ánimo, ansiedad, abuso de sustancias, infancia y otros) y otras secciones (funcionamiento y desorden físico, tratamiento, factores de riesgo, factores sociodemográficos y metodología).

Para su uso dentro del Proyecto PEGASUS-Murcia se realizaron una serie de modificaciones que buscaban acortar la duración del cuestionario. No fueron seleccionadas algunas secciones de la CIDI como el Trastorno de Personalidad I y II, Trastorno explosivo intermitente, Trastorno pre-menstrual, Neurastenia, así como aquellas secciones relacionadas con el juego. Además, se añadieron otros cuestionarios. Por ejemplo, no se incluyó el módulo específico de tabaco por su excesiva longitud y, en cambio, se añadieron algunas preguntas obtenidas de la Encuesta Nacional de Salud de España para valorar su consumo habitual.

2.3.3.1. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas comprendidas en el estudio fueron: sexo (medida como variable cualitativa nominal: «Hombre» y «Mujer»); edad (medida como variable continua que posteriormente se agrupó en 4 categorías: «18-34», «35-49», «50-64» y « \geq 65 años»); ingresos familiares (variable cualitativa ordinal: «Bajo», «Bajo/Medio», «Medio/Alto» y «Alto»; relación entre ingresos familiares en los últimos 12 meses dividida por los ingresos medios de España); estado civil (medido inicialmente como variable cualitativa nominal con 7 categorías [casado, separado, divorciado, viudo, soltero, cohabitando o con pareja de hecho] que posteriormente se agruparon en 2 categorías: «Casado/Cohabitando» y «Otros estados civiles»); nivel educativo (medida como variable categorizada en 2 niveles: «Ninguno/Primaria/Básicos» [personas con 0-11 años de escolarización] y «Secundaria/Universidad» [personas con 12-16 años de escolarización]) y situación laboral (variable cualitativa nominal medida a partir de 11 categorías que posteriormente fueron condensadas en dos categorías: «Trabajando» [trabajando, trabajando por cuenta propia] y «Otros» [desempleado, temporalmente desempleado, buscando empleo, estudiante, jubilado, con discapacidad, con licencia por maternidad, con licencia por enfermedad y otras situaciones]).

2.3.3.2. Evaluación Diagnóstica

Se utilizó la versión revisada de la entrevista CIDI (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013a) que hace uso de los criterios diagnósticos de la CIE-10 y el DSM-IV para determinar el número de trastornos mentales presentes a lo largo de la vida (Haro, Arbabzadeh-Bouchez, et al., 2006; Kessler & Ustün, 2004). Se midieron 4 grandes categorías: «Trastornos del estado de ánimo» que incluye Trastorno Depresivo Mayor (TDM), distimia, el Trastorno Bipolar (TB) I y II u otros (se codificaron como “Trastornos del estado de ánimo”); «Trastornos de ansiedad» que engloba el TAG, trastorno de pánico, TEPT, TOC u otros (se codificó únicamente “TEPT”); «Trastornos del control de impulsos» que incluye el trastorno oposicionista-desafiante, el TDAH u otros (no codificados en la presente investigación); y los «Trastornos por uso de sustancias» (TUS) que incluye los trastorno por abuso de alcohol y drogas ilícitas y trastorno por dependencia alcohol y drogas ilícitas. Para la

evaluación del hábito tabáquico se utilizaron ítems procedentes de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo & Instituto Nacional de Estadística, s. f.): “¿Podría decirme si actualmente fuma?” y se codificó como fumador o no fumador.

El módulo “Condiciones crónicas” de la entrevista CIDI fue diseñado para la detección de diversas enfermedades físicas de carácter crónico (Haro, Palacín, et al., 2006). Cada una de las preguntas se realizaron con la expresión inicial: “¿Alguna vez su médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades?” evaluando la existencia la existencia de artritis, enfermedades del corazón, tensión arterial alta, alguna enfermedad pulmonar crónica como asma, tuberculosis, EPOC o enfisema, problemas como diabetes o alteraciones neurológicas como la esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, convulsiones; así como otras enfermedades como problemas de estómago o intestino, enfermedades de tiroides, infecciones por VIH o SIDA, malaria u otras enfermedad parasitaria. Posteriormente se agruparon estas enfermedades en seis agrupaciones de enfermedades físicas crónicas: enfermedades osteomusculares/dolor, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares/alergias estacionales, diabetes, enfermedades neurológicas y cáncer.

2.3.3.3. Adversidades Infantiles (AI)

Para la evaluación de las AI se utilizó el módulo “Infancia” del CIDI. A través de 42 ítems se evaluaron las 12 categorías de AI agrupadas en dos grandes grupos (Kessler et al., 2010; Kessler & Ustün, 2004). Estos dos grupos de categorías fueron: el «Funcionamiento familiar desadaptativo» y «Otras adversidades infantiles». En el primer grupo se incluyeron la existencia de una enfermedad mental parental, el uso indebido de sustancias parental, criminalidad parental, violencia familiar, abuso físico, abuso sexual y negligencia. En el segundo grupo se incluyeron: muerte progenitor, divorcio progenitores, otra pérdida parental, enfermedad física severa o la existencia de problemas económicos familiares). Cada una de las 12 AI se evaluó en función de la ausencia/presencia de la experiencia.

2.3.3.3.1. *Funcionamiento Familiar Desadaptativo*

La «Enfermedad mental parental» se analizó por medio de los ítems referidos a cada uno de los tres TM evaluados (depresión, TAG y trastorno de pánico). El cuestionario CIDI se vale de la *History Research Diagnostic Criteria Interview* (Andreasen et al., 1977; Green et al., 2010) para establecer los ítems evaluadores de la presencia de trastorno mental parental (p.ej. “Durante sus años de infancia, ¿alguna vez su madre/padre tuvo periodos de 2 semanas o más donde estuvo triste o deprimida/o la mayor parte del tiempo?), la duración de los síntomas (p.ej. “¿Ocurrió durante toda, la mayor parte, una parte o solo un periodo de su infancia?), la afectación de la vida diaria (p.ej. “Durante el tiempo en que los síntomas fueron peores, ¿también tuvo otros síntomas como falta de energía, cambios en el sueño o apetito, y problemas de concentración?”) y la ayuda profesional (p. ej. “¿Alguna vez recibió tratamiento profesional para su depresión?”). Una respuesta afirmativa en 2 de los 3 últimos ítems asociados a cada trastorno evaluado (duración sintomatología, interferencia vida diaria y búsqueda de ayuda profesional) se codificó como “Enfermedad mental parental”.

El «Uso indebido de sustancias parental» se evaluó a través de los siguientes ítems: “¿Alguna vez tuvo su madre/padre un problema con el alcohol o las drogas?”, “¿Tuvo ese problema durante toda, la mayor parte, una parte o solo un periodo de su infancia?”, “¿Recibió alguna vez tratamiento profesional para su problema con las sustancias?”, “¿Estuvo hospitalizado a causa del uso de sustancias?”, “¿Hasta qué punto su consumo de sustancias interfirió con su vida o sus actividades? (mucho, algo, poco o nada)”. La respuesta afirmativa a uno o más ítems se codificó como “Uso indebido de sustancias parental”.

La «Criminalidad parental» fue evaluada a través de dos ítems: “¿Estuvo alguna vez involucrado/a (padre/madre) en actividades delictivas como robo o venta de propiedad privada? y “¿Alguna vez fue (padre/madre) arrestado/a o enviado/a a prisión? La respuesta afirmativa a al menos una de las dos preguntas enunciadas se codificó como “Criminalidad parental”.

La «Violencia familiar» fue codificada cuando la persona respondió de forma afirmativa (a menudo, a veces o rara vez) al ítem: “¿Con que frecuencia sus padres (o

MARCO EMPÍRICO

personas que lo criaron) se hacían alguna de las cosas de la lista A (empujar, agarrar, arrastrar, tirar algo, abofetear y golpear) mientras usted era niño?”.

El «Abuso físico» se evaluó con el ítem: “Cuando era niño ¿Con qué frecuencia alguien de su hogar le hacía alguna de las cosas que aparecen reflejadas en la lista A (empujar, agarrar, arrastrar, tirar algo, abofetear y golpear)?”. Una respuesta afirmativa (a menudo, a veces o rara vez) se codificó como “Abuso físico”.

El «Abuso sexual» se evaluó a través del enunciado de dos ítems incluidos en el módulo “Trastorno de estrés postraumático” de la CIDI: “La siguiente pregunta es sobre la violación. Definimos esto como un evento durante el cual una persona tiene relaciones sexuales o penetra el cuerpo de otra sin su consentimiento o cuando eran demasiado jóvenes para saber lo que estaba pasando. ¿Alguna vez experimentó un evento como el que acabo de describir?” y “La siguiente pregunta es sobre agresión sexual. Definimos esto como un evento durante el cual una persona toca a otra de manera inapropiada o sin el consentimiento de esa persona. A parte de la violación, ¿Alguna vez ha experimentado un evento como el que acabo de describir?”. Para ambas experiencias, se analizó la edad de primera aparición del evento y el número de veces que ha experimentado la persona la violación o la agresión sexual. La WMH Survey Initiative codifica como “abuso sexual crónico” la repetición de la experiencia 3 o más veces, así como cataloga como “abuso sexual” la manifestación de la experiencia 1 o 2 veces (Benjet et al., 2010). En la presente investigación, una respuesta afirmativa en cualquiera de las dos preguntas, con independencia del número de repeticiones, se codificó como “Abuso sexual”.

La variable «Negligencia» se codificó mediante los siguientes ítems: “¿Con qué frecuencia (sus padres/cuidadores) le obligaron a realizar tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para alguien de su edad?”, “¿Con qué frecuencia (sus padres/cuidadores) lo dejaron solo o sin supervisión cuando era demasiado joven para estarlo?”, “¿Con qué frecuencia se quedó sin cosas que necesitaba como ropa, zapatos o material escolar porque sus padres/cuidadores gastaron el dinero en sí mismos?”, “¿Con qué frecuencia sus padres/cuidadores le hicieron pasar hambre o no le prepararon comidas de forma regular? Y “¿Con qué frecuencia sus padres/cuidadores no le dieron tratamiento médico cuando estaba enfermo?”.

2.3.3.3.2. Otras Adversidades Infantiles

La variable «Muerte del progenitor» fue evaluada y codificada teniendo en cuenta las siguientes preguntas: “¿Sigue viva/o su madre/padre biológica/o?”, “¿Qué edad tenía cuando su madre/padre falleció?” y “¿Podría decirme la causa del fallecimiento de su madre/padre?”. Al evaluar y codificar esta variable únicamente se consideraron los progenitores biológicos, no incluyéndose cuidadores principales u otras figuras adoptivas.

El «Divorcio de los padres» fue evaluado a través de los ítems: “¿Vivió con sus dos padres biológicos hasta los 16 años?”, “¿Murió su madre o padre biológicos, se separaron o divorciaron, o hubo alguna otra razón?”. Se codifica la variable “divorcio de los padres” cuando el entrevistado ratifica esa causa.

Los ítems de evaluación de la variable «Otra pérdida parental» recogen información acerca de aquellas experiencias acontecidas antes de los 16 años que implican para el entrevistado una ruptura en su ciclo vital. Se enunciaron los siguientes ítems: “Hasta los dieciséis años, ¿estuvo alguna vez fuera de casa durante seis meses o más, ya sea en un hogar de acogida, con otros familiares, en un internado, en un hospital, en un centro de menores u otro lugar?”

La «Enfermedad física severa» se evaluó a través del ítem: “¿Alguna vez ha tenido una enfermedad potencialmente mortal?”. Una respuesta afirmativa con una edad inferior a 18 años se codificó como “enfermedad física severa”.

La variable «Problemas económicos familiares» se evaluó mediante el siguiente ítem: “Durante su niñez y adolescencia, ¿hubo alguna vez un periodo de seis meses o más en que su familia recibiera dinero del programa de asistencia del gobierno como asistencia social, ayuda a familias con niños dependientes, asistencia general o asistencia temporal para familias necesitadas?”. Además, también se codificó la variable “Problemas económicos familiares” si durante la infancia, los progenitores estuvieron desempleados la mayor parte del tiempo. Para ello, se utilizó el ítem: “¿Qué parte de su infancia (su padre/madre) trabajó por un salario o trabajó en un negocio familiar? ¿Diría que todo el tiempo, la mayoría, algo, poco tiempo o nada?”.

2.3.3.4. Evaluación del Comportamiento Suicida

Para la evaluación del comportamiento suicida se dispuso del módulo de “Suicidalidad” del cuestionario CIDI. Se utilizó un cuadernillo impreso donde las experiencias ideación, planificación y tentativa suicida fueron vinculadas a una letra alfabética (A, B y C respectivamente) con el objetivo de analizar la ocurrencia de estas tres experiencias a lo largo de la vida. Con los recursos materiales al alcance visual de los participantes, se plantearon las siguientes preguntas: “¿Le ha ocurrido alguna vez la experiencia A (Pensó seriamente en suicidarse)?”, “¿Le ha ocurrido alguna vez la experiencia B (Hizo un plan para suicidarse)?”, “¿Le ha ocurrido alguna vez la experiencia C (Intentó suicidarse)?”. En caso de que el participante no fuera capaz de leer el cuadernillo, las tres experiencias se enunciaron sin la letra asociada. Tras introducir el contenido del módulo: “Las siguientes preguntas son acerca de los pensamientos de lastimarse a sí mismo”, se formularon las preguntas: “¿Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse?”, “¿Alguna vez ha hecho un plan para suicidarse?”, “¿Alguna vez ha intentado suicidarse?”. Cada una de las experiencias relacionadas con el comportamiento suicida (ideación, planificación y tentativa suicidas) a lo largo de la vida fueron expresadas como variables cualitativas nominales (dicotómicas: SI/NO). Además, se creó la categoría «Comportamiento suicida» que indicó la presencia de cualquiera de estas tres experiencias.

2.3.4. Tamaño Muestral

La muestra final del estudio se compone de 142 casos (personas que recibieron tratamiento ambulatorio para TUS en la UCA de la Región de Murcia) y 531 controles (personas sin TUS de por vida) seleccionados al azar de entre los 1.456 participantes elegibles del Proyecto PEGASUS-Murcia. La ratio casos-contrroles empleada es de aproximadamente 3:1 (Navarro-Mateu et al., 2019). De entre los casos, el 57.04% (n=81) por uso de alcohol, el 36.63% (n=52) por consumo de cocaína y el 6.33% (n=9) por consumo de opioides.

2.3.5. Análisis Estadístico

El análisis estadístico se diseñó en dos etapas. En la primera se analizó el comportamiento suicida y los diferentes factores de riesgo investigados en la base de

datos general centrándose en las diferencias entre casos y controles. En la segunda, se analizaron las diferencias entre los casos con y sin comportamiento suicida para identificar aquellos factores de riesgo entre los pacientes en tratamiento por TUS. En ambas etapas, los análisis se iniciaron con una descripción de las variables y la utilización de la prueba t de Student para variables cuantitativas con distribución normal (edad) y el test de la Chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas nominales y ordinales (sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ingresos económicos familiares, ideación suicida, planificación suicida, tentativa suicida, comportamiento suicida, variables incluidas en las categorías AI, trastorno mental previo y enfermedad física crónica). Cuando no se cumplieron las condiciones para la utilización de la prueba de significación estadística chi-cuadrado se utilizó el test exacto de Fisher.

A continuación, se utilizaron diferentes modelos de regresión logística simple y multivariante. En la primera etapa, la variable dependiente fue el estado caso-control y las variables independientes el comportamiento suicida (Modelo 1). Posteriormente, se repitieron los análisis mediante una regresión logística multivariante en la que se añadieron al modelo anterior las variables sociodemográficas, la comorbilidad física y mental, así como las AI como variables de ajuste (Modelo 2). En la segunda etapa, para el análisis de los predictores del comportamiento suicida entre los casos (participantes con TUS) se realizó un análisis de regresión logística simple para cada una de las variables sociodemográficas, comorbilidad física y AI (Modelo 3) y posteriormente un análisis de regresión logística multivariante introduciendo todas las variables anteriores en el modelo (Modelo 4). No se incorporó la comorbilidad psiquiátrica como variable de ajuste porque ninguno de los casos sin antecedentes de comportamiento suicida presentó antecedentes de patología psiquiátrica previa. Para tratar de identificar la posible asociación del comportamiento suicida con las diferentes sustancias consumidas o con los diagnósticos de TUS según la DSM-IV, se realizaron diferentes análisis de regresión logística simple para cada una de ellas por separado (Modelo 5) y, posteriormente, se ajustaron los mismos análisis por las variables sociodemográficas, comorbilidad física y AI (Modelo 6).

Como medida de asociación se calculó la Odd Ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Un valor de OR igual a 1 implica una ausencia de relación

entre el factor de riesgo y variable dependiente. Un valor superior a 1 se interpreta como una asociación positiva entre el factor de riesgo y la variable dependiente, mientras que un valor inferior a 1 supone una disminución del riesgo. Si el IC95% incluye el valor nulo (OR=1) implica que la asociación no es significativa. Para rechazar la hipótesis nula se aceptó un nivel de significación de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el software estadístico SPSS.

2.3.6. Consentimiento Informado y Consideraciones Éticas

Para la realización del presente estudio de investigación, se han tenido en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964) y el Informe Belmont (1974). El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Código interno_2016-4-1-HCUVA) el 25 de abril de 2016. Además, se han tenido en cuenta las disposiciones establecidas por la Jefatura del Estado en lo concerniente al tratamiento de los datos, los derechos fundamentales al honor y a la intimidad personal y las libertades públicas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 298, páginas 43088-43099); cumplimentación de Consentimiento Informado por escrito (*véase Anexo 2*), elaborado por el investigador principal del Proyecto PEGASUS-Murcia mediante el cual el usuario autoriza su participación en la investigación bajo el conocimiento pleno de la naturaleza del procedimiento seleccionado, los beneficios y los riesgos. Capacidad de libre elección y sin coacción. Libertad para revocar el consentimiento informado sin perjuicio para su cuidado y tratamiento en la institución. Todos los participantes del estudio han sido concedores de los fines de la entrevista y han firmado el consentimiento informado previo a la misma.

2.3.7. Conflictos de Interés

El autor del presente estudio y los investigadores implicados declaran la no existencia de conflictos de interés. Este estudio forma parte del proyecto “*Mecanismo moleculares implicados en la etiología de la dependencia a múltiples sustancias (alcohol, heroína y/o cocaína): interacciones genético-ambientales, análisis epigenético y expresión del gen SLC6A4*” que recibió financiación del Plan Nacional sobre Drogas en la convocatoria 2013 (Referencia: 2013/052).

2.4. Resultados

2.4.1. Análisis Comparativo

Un total de 142 casos y 531 controles fueron incluidos en el estudio. Todos los sujetos eran adultos mayores de 18 años con una edad media significativamente superior en el grupo control. Se encontraron diferencias significativas respecto al género entre ambos grupos. Entre los casos predominaban los hombres con mayor frecuencia que entre los controles (78,9% de los casos fueron varones vs. 35,8% de los controles, $p < 0,001$). El 61% de los controles estaban casados o describían una cohabitación con una pareja actual mientras que el 69% de los casos reportó un estado civil distinto (soltero, viudo o divorciado). La situación laboral y los ingresos familiares difirieron entre casos y controles ($p < 0,001$), sin embargo, no hubo diferencias significativas respecto al nivel educativo. Información más detallada aparece representada en la *Tabla 1*.

Como se muestra en la *Tabla 2*, los casos presentaron mayores probabilidades que los controles de adolecer patología psiquiátrica a lo largo de la vida (14,4% de los casos reportó trastorno depresivo vs. 7,7% de los controles, $p = 0,024$; de igual modo, un 6% de los casos presentó TEPT vs. 0,4% de los controles, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre casos y controles cuando se examinó la patología psiquiátrica en el último año. Con relación a la comorbilidad física, los controles fueron significativamente más proclives a reportar una o más enfermedades físicas crónicas (78,7% de los controles vs. 64,1% de los casos, $p < 0,001$). Únicamente los análisis de tres de las ocho categorías mostraron resultados significativos. Se obtuvo una prevalencia de VIH/SIDA significativamente más alta para los casos ($p < 0,001$), al igual que sucedió con la diabetes ($p = 0,005$). En contraposición, las enfermedades reumáticas fueron más propensas a ser identificadas por el grupo control (61,4% de los controles vs. 39,4% de los casos, $p < 0,001$).

MARCO EMPÍRICO

Tabla 1

Análisis descriptivo bivariante entre participantes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y controles en función de las variables sociodemográficas.

	Control		Caso		p -valor*
	N	%	N	%	
Sexo					
Mujer	341	64.2	30	21.1	
Hombre (ref.)	190	35.8	112	78.9	< 0.001
Edad					
Categorías:					
18-34	115	21,7	33	23,2	
35-49	166	31,3	76	53,5	
50-64	158	29,8	28	19,7	
65+	92	17,7	5	3,5	< 0.001
Edad media (media; SD) ^a	48,4	(16,1)	42,3	(10,3)	< 0.001
Estado civil					
Casado/cohabitando	324	61.0	44	31.0	
Otros estados	207	39.0	98	69.0	< 0.001
Nivel educativo ^b					
Ninguno/Primaria/Básicos	270	51.9	77	54.2	
Secundaria/Universitario	250	48,1	65	45.8	0.626
Situación laboral					
Trabajando y Otros ^c	480	92,7	66	46,8	
Desempleado	38	7,3	75	53,2	< 0.001
Ingresos familiares ^d					
Bajo/bajo-medio	342	64,4	70	49,3	
Alto-promedio/bajo	189	35,6	72	50,7	< 0,001

*La p-valor se calcula mediante las pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

^a Media y desviación típica.

^b Categorías según años de escolarización: ninguno/primaria/básicos (de 0 a 11 años de escolarización), secundaria (de 12 a 15 años de escolarización) y universitarios (de 16 años de escolarización en adelante).

^c Otras situaciones laborales: desempleado, temporalmente desempleado, buscando trabajo, estudiante, jubilado, con discapacidad, licencia por maternidad, licencia por enfermedad y otros.

^d Categorías de los ingresos basadas en el ingreso per cápita de la familia del encuestado dividido por el ingreso medio para España: bajo (0,5 ó <) medio-bajo (0,5-1) medio-alto (1-2) y alto (>2).

Tabla 2

Descripción de las enfermedades crónicas y análisis descriptivo bivariante entre participantes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y controles en función de las variables comorbilidad física y mental.

	Control		Caso		p -valor*
	N	%	N	%	
Trastornos mentales antes del comportamiento suicida ^a					
A lo largo de la vida					
Depresión	32	7,7	18	14,4	0,024
TEPT	2	0,4	8	6,0	< 0.001 #
En el año previo					
Depresión	24	5,8	10	8,0	0,375
TEPT	1	0,2	1	0,7	0,367
Enfermedades crónicas ^b					
Reumáticas	326	61.4	56	39.4	< 0.001
Cardiovasculares	136	25.6	28	19.7	0.146
Diabetes	36	6.8	20	14.2	0.005
Pulmonar	130	24.5	33	23.2	0.759
Neurológica	6	1.1	4	2.8	0.148 #
Cáncer	23	4.3	6	4.2	0.956
VIH/SIDA	0	-	5	3.5	< 0.001 #
Gastrointestinal (úlceras)	36	6.8	5	3.5	0.149
Nº enfermedades crónicas (Media, (SD)) ^c	1.30	(0.99)	1.10	(1.08)	0.037
0	113	21,3	51	35,9	
1+	418	78,7	91	64,1	< 0.001

* p-valor calculada mediante las pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

Test exacto de Fisher

^a Trastornos a lo largo de la vida incluidos en las diferentes categorías: depresión (depresión mayor y distimia), trastorno de estrés postraumático (TEPT), Manía (Trastorno Bipolar [TB] tipo 1 y 2) y otros (trastorno oposicionista-desafiante y trastorno por déficit de atención y de conducta).

^b Se tienen en consideración 14 comorbilidades físicas a lo largo de la vida: artritis, accidente cerebrovascular, dolor de espalda, cuello u otros dolores crónicos, dolores de cabeza, alergias estacionales, cáncer, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, diabetes, epilepsia, úlcera péptica, asma o enfermedad pulmonar crónica.

^c Media y desviación típica.

En relación con el uso de sustancias en ambos grupos, los casos resultaron significativamente mucho más propensos que los controles al uso de todas las sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína u otras drogas ilícitas y medicamentos fuera de prescripción) categorizadas de forma individual a lo largo de la vida ($p < 0,001$). Entre los diagnósticos de TUS a lo largo de la vida de los casos, el trastorno por abuso de alcohol fue el diagnóstico con criterios DSM-IV más prevalente (77,5%), seguido de trastorno de abuso de drogas ilícitas (63,4%), trastorno por

MARCO EMPÍRICO

dependencia de alcohol (57%) y trastorno por dependencia de drogas ilícitas (49,3%). Entre los diagnósticos en los últimos 12 meses, el alcohol representó la sustancia psicoactiva más prevalente (45,1% para trastorno de abuso y 43% para trastorno de dependencia) seguida de los trastornos de abuso y dependencia de drogas ilícitas (37,3% y 28,9% respectivamente) (*ver Tabla 3*).

Tabla 3

Uso de sustancias y diagnósticos de trastorno por uso de sustancias (TUS) entre los participantes.

	Control		Casos		p-valor*
	N	%	N	%	
Uso de sustancias a lo largo de la vida					
Tabaco ^a	271	51	131	92,3	< 0.001
Alcohol	71	44,7	89	96,7	< 0.001
Cannabis	95	17,9	96	67,6	< 0.001
Cocaína	21	4	109	76,8	< 0.001
Heroína u otras drogas ilícitas ^b	5	0,9	54	38,0	< 0.001
Medicamentos fuera de prescripción ^c	5	0,9	39	27,5	< 0.001
Número de sustancias /persona (media y DS) ^d	1,4	(1,2)	4,1	(1,5)	< 0.001
Diagnósticos DSM-IV de Trastorno por uso de sustancias (TUS)**					
A lo largo de la vida					
Trastorno por abuso de alcohol			110	77,5	
Tr. dependencia por alcohol			81	57	
Tr. abuso drogas ilícitas			90	63,4	
Tr. por dependencias de drogas ilícitas			70	49,3	
En los últimos 12 meses					
Trastorno por abuso de alcohol			64	45,1	
Tr. dependencia por alcohol			61	43,0	
Tr. abuso drogas ilícitas			53	37,3	
Tr. por dependencias de drogas ilícitas			41	28,9	

* p-valor calculada mediante las pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

** Según criterios DSM-IV. Cada una de las sustancias es medida como variable dicotómica (No/Si).

^a Fuma o ha fumado habitualmente.

^b Otras drogas ilícitas: opio, pegamento, speedball, LSD, peyote u otras.

^c Incluye tranquilizantes o sedantes.

^d Media y desviación típica.

Continuando con el análisis descriptivo según el estado caso-control, los resultados relacionados con las AI se presentan en la *Tabla 4*. Se encontraron

prevalencias significativamente superiores entre los casos para todas las categorías individuales, a excepción de la AI «enfermedad física severa», en la que los resultados de análisis no reportaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los casos resultaron significativamente más propensos a identificar al menos una AI (63,4% de los casos vs. 22,4% de los controles, $p < 0,001$). Las prevalencias detalladas se presentan en la *Tabla 4*.

Tabla 4

Adversidades en la Infancia según estado caso-control.

	Control		Casos		p-valor*
	N	%	N	%	
Adversidades en la Infancia					
Funcionamiento familiar desadaptativo					
Enfermedad mental parental	27	5,1	112	78,9	< 0.001
Uso indebido sustancias parental	17	3,2	26	18,3	< 0.001
Criminalidad parental	6	1,1	10	7,0	< 0.001 #
Violencia familiar	32	6,0	37	26,1	< 0.001
Abuso físico	28	5,3	40	28,2	< 0.001
Abuso sexual	3	0,6	5	3,5	0,013 #
Negligencia	15	2,8	19	13,4	< 0.001
Otras adversidades en la infancia					
Muerte progenitor	17	3,2	10	7,0	0,038
Divorcio progenitores	5	0,9	10	7,0	< 0.001 #
Otra pérdida parental	12	2,3	11	7,7	0,003 #
Enfermedad física severa	10	1,9	6	4,2	0,120 #
Problemas económicos familiares	6	1,1	13	9,2	< 0.001 #
Adversidades Infancia	119	22,4	90	63,4	< 0.001

* p-valor calculada mediante pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

Test exacto de Fisher

2.4.2. Análisis del Comportamiento Suicida entre Casos y Controles

Los casos fueron significativamente más propensos a presentar cualquier conducta suicida a lo largo de la vida (39,4% de los casos vs. 10,5% de los controles, $p < 0,001$). A tenor de los resultados del análisis de regresión logística recogidos en la *Tabla 5*, todas las categorías comportamentales suicidas se asociaron significativamente con TUS en ambos modelos. Tanto los resultados del modelo en crudo (Modelo 1) como el modelo de análisis ajustado por variables

MARCO EMPÍRICO

sociodemográficas, comorbilidad física y mental y AI (Modelo 2) revelan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.001$) para todas las categorías individuales (ideación, planificación y tentativa suicidas) y agrupadas (comportamiento suicida). El riesgo no ajustado para los casos para las diferentes categorías de comportamiento suicida osciló entre un riesgo de tentativa suicida 10,6 veces mayor (OR 10,6; IC95% 5,2-21,5, $p < 0,001$) y un riesgo de ideación suicida 5,5 veces superior (OR 5,5; IC95% 3,6-8,5, $p < 0,001$) en comparación con los controles. El ajuste por datos sociodemográficos, comorbilidad física, comorbilidad mental y AI modificó levemente el riesgo asociado manteniéndose con niveles estadísticamente significativos en todas ellas.

Tabla 5

Análisis del Comportamiento Suicida a lo largo de la vida entre casos y controles.

	Control		Casos		Modelo 1**				Modelo 2***			
	N	%	N	%	IC (95%)			p-valor*	IC (95%)			p-valor*
					OR	Inf	Sup		AOR	Inf	Sup	
Ideación suicida ^a	56	10,5	56	39,4	5,5	3,6	8,5	< 0.001	8,6	3,4	21,8	< 0.001
Planificación suicida ^b	18	3,4	32	22,5	8,3	4,5	15,3	< 0.001	8,0	2,6	26,1	< 0.001
Tentativa suicida ^c	12	2,3	28	19,7	10,6	5,2	21,5	< 0.001	9,1	2,8	29,2	< 0.001
Comportamiento suicida ^d	56	10,5	56	39,4	5,5	3,6	8,5	< 0.001	8,6	3,4	21,8	< 0.001

* p-valor calculada mediante pruebas de significación estadística Chi cuadrado y t de Student según corresponda.

** Modelo 1: cada línea representa el análisis de regresión logística simple (bivariante) con el estatus caso-control como variable dependiente y el tipo de comportamiento suicida como variable independiente.

*** Modelo 2: cada línea representa la OR (Odd Ratio) de cada una de las variables calculada mediante regresión logística multivariante con el estado caso-control como variable dependiente y el comportamiento suicida como variable independiente ajustado por las variables sociodemográficas, comorbilidad física, patología mental y adversidades en la infancia.

^a Pensamiento autoinformado de involucrarse en un comportamiento relacionado con el suicidio (cogniciones).

^b Acto interpersonal en el que se transmiten deseos o intencionalidad de involucrarse en comportamientos relacionados con el suicidio, sin que existe evidencia implícita o explícita de que esta comunicación suponga una conducta suicida por sí misma. Incluye amenaza y plan suicidas.

^c Comportamiento potencialmente autoagresivo para el cual existe evidencia, explícita o implícita, de que la persona tenía intención de quitarse la vida o deseaba usar la apariencia de tener intención de morir para otro fin. Incluye autolesión/gesto suicida, conducta suicida no determinada (con o sin lesiones) e intento de suicidio (con o sin lesiones).

^d Incluye cualquiera de los tres elementos relacionados con el suicidio (ideación, comunicación/planificación y tentativa suicidas).

2.4.3. Análisis del Comportamiento Suicida entre los Casos

Un total de 142 casos fueron reclutados para la investigación. Todos los sujetos eran adultos con diagnóstico de TUS (DSM-IV). En la *Tabla 6* se presenta un análisis descriptivo de los casos para variables sociodemográficas, comorbilidad física y comorbilidad psiquiátrica según comportamiento suicida a lo largo de la vida. Se encontraron diferencias significativas respecto a la edad y género entre ambos grupos. Los casos sin comportamiento suicida fueron significativamente más propensos a ser hombres (84,9% vs. 69,6%; $p < 0,03$) y reportaron una edad significativamente superior en comparación con los casos con comportamiento suicida ($p < 0,015$). Referente a la comorbilidad psiquiátrica, los resultados revelaron, entre los casos con comportamiento suicida, probabilidades significativamente superiores de presentar diagnóstico psiquiátrico previo (un 32% de los casos con comportamiento suicida presentó a lo largo de la vida un trastorno del estado del ánimo [depresión mayor, trastorno bipolar y distimia] y un 14,7% fue diagnosticado de TEPT; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre los casos con y sin comportamiento suicida cuando se examinó el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral, los ingresos familiares y la comorbilidad física.

Tabla 6

Descripción de los participantes con un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) según el comportamiento suicida a lo largo de la vida

	Casos sin Comportamiento Suicida		Casos con Comportamiento Suicida		p -valor*
	N	%	N	%	
Sexo					
Mujer	13	15,1	17	30,4	
Hombre (ref.)	73	84,9	39	69,6	0,03
Edad					
Grupo de edades:					
18-34	20	23,3	13	23,2	
35-49	38	44,2	38	67,9	
50-64	23	26,7	5	8,9	
65+	5	5,8	0	-	
Edad media (media; (SD)) ^a	43,8	(11.311)	39,9	(7.963)	0,015
Estado civil					
Casado/cohabitando	28	32,6	16	26,6	
Otros estados	58	67,4	40	71,4	0,616
Nivel educativo^b					
Ninguno/Primaria/Básicos	48	55,8	29	51,8	
Secundaria/Universitario	38	44,2	27	48,2	0,638
Situación laboral					
Trabajando	45	52,9	21	37,5	
Otros ^c	40	47,1	35	62,5	0,072
Ingresos^d					
Bajo/Bajo-medio	38	44,2	32	57,1	
Medio-alto/Alto	48	55,8	24	42,9	0,131
Comorbilidad física^e					
0	30	34,9	21	37,5	
1+	56	65,1	35	62,5	0,751
Trastornos mentales previo^f					
Cualquier Tr del estado de ánimo	0	0,0	18	32,1	<0,001
TEPT	0	0,0	8	14,5	<0,001

* p-valor calculada mediante las pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

^a Media y desviación típica.

^b Categorías según años de escolarización: ninguno/primaria/básicos (de 0 a 11 años de escolarización), secundaria (de 12 a 15 años de escolarización) y universitarios (de 16 años de escolarización en adelante).

^c Otras situaciones laborales: desempleado, temporalmente desempleado, buscando trabajo, estudiante, jubilado, con discapacidad, licencia por maternidad, licencia por enfermedad y otros

^d Categorías de los ingresos basadas en el ingreso per cápita de la familia del encuestado dividido por el ingreso medio para España: bajo (0,5 ó <), medio-bajo (0,5-1), medio-alto (1-2) y alto (>2)

^e Se tienen en consideración 14 comorbilidades físicas a lo largo de la vida: artritis, accidente cerebrovascular, dolor de espalda, cuello u otros dolores crónicos, dolores de cabeza, alergias estacionales, cáncer, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, diabetes, epilepsia, úlcera péptica, asma o enfermedad pulmonar crónica.

^f Trastornos a lo largo de la vida incluidos en las diferentes categorías: trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno bipolar y distimia), trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad por separación), trastorno de los impulsos (trastorno oposicionista-desafiante y trastorno por déficit de atención).

En relación con la prevalencia de AI en función del comportamiento suicida en los participantes con TUS, se encontró una tendencia significativa a identificar en mayor probabilidad al menos una AI en los casos con comportamiento suicida en comparación con los casos sin comportamiento suicida (82,1% de casos con comportamiento suicida identificaron al menos una AI vs. 51,2% de los casos sin comportamiento suicida, $p < 0,001$). Únicamente se encontró, para 3 de las 12 categorías individuales de AI, una asociación significativa con el comportamiento suicida entre los casos. Por ejemplo, para el total de los casos, el porcentaje de participantes con diagnóstico TUS y comportamiento suicida que describieron violencia familiar durante la infancia fue casi tres veces mayor que los casos sin comportamiento suicida (42,9% de los casos con comportamiento suicida vs. 15,1% para los casos sin comportamiento suicida, $p < 0,001$). El abuso físico (42,9% vs. 18,6%) y la negligencia en el cuidado (23,2% vs. 7%) reportaron tendencias similares. El análisis del resto de AI categorizadas de forma individual no obtuvo diferencias significativas entre ambos grupos. Información más detallada aparece representada en la *Tabla 7*.

Tabla 7

Adversidades en la Infancia según el comportamiento suicida entre los participantes con Trastornos por Uso de Sustancias.

	Casos sin Comportamiento Suicida		Casos con Comportamiento Suicida		p-valor*
	N	%	N	%	
Adversidades en la Infancia					
Funcionamiento familiar desadaptativo					
Enfermedad mental parental	14	16,3	16	28,6	0,079
Uso indebido sustancias parental	12	14	14	25	0,096
Criminalidad parental	5	5,8	5	8,9	0,478
Violencia familiar	13	15,1	24	42,9	<0.001
Abuso físico	16	18,6	24	42,9	0,002
Abuso sexual	2	2,3	3	5,4	0.383 #
Negligencia	6	7	13	23,2	0,005
Otras adversidades en la infancia					
Muerte progenitor	5	5,8	5	8,9	0,478
Divorcio progenitores	5	5,8	5	8,9	0,478
Otra pérdida parental	4	4,7	7	12,5	0,087
Enfermedad física severa	4	4,7	2	3,6	1.000 #
Problemas económicos familiares	7	8,1	6	10,7	0,603
Cualquier adversidad infantil	44	51,2	46	82,1	<0.001

* p-valor calculada mediante pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

Test exacto de Fisher.

En la *Tabla 8* se presentan los resultados del análisis de predictores del comportamiento suicida entre los participantes con TUS. A pesar de obtener resultados significativos para las variables sexo y edad en los análisis del modelo en crudo (Modelo 3), al ajustar por variables sociodemográficas, comorbilidad física y AI (Modelo 4), únicamente las AI muestran una asociación significativa al informar de un incremento del riesgo de comportamiento suicida superior a 4 veces entre personas con TUS en comparación con aquellos casos que no identificaron ninguna AI (OR 4,3 IC95% 1.8-10,50; p 0,001).

Tabla 8

Predictores del comportamiento suicida entre los participantes con un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).

	Modelo 3 **				Modelo 4 ***			
	OR	IC (95%)		p-valor*	AOR	IC (95%)		p-valor*
		Inf	Sup			Inf	Sup	
Sexo (<i>ref: hombre</i>)	2,40	1,10	5,60	0,032	1,7	0,7	4,1	0,264
Edad ^a	0,60	0,40	0,90	0,026	0,7	0,4	1,2	0,212
Estado civil (<i>ref: casado/cohabitando</i>) ^b	1,2	0,6	2,5	0,616	0,7	0,3	1,7	0,498
Nivel educativo (<i>ref: secundaria/universitaria</i>) ^c	1,2	0,6	2,3	0,638	1,3	0,6	2,7	0,569
Situación laboral (<i>ref: otros</i>) ^d	1,9	0,9	3,7	0,074	1,5	0,7	3,3	0,265
Ingresos (<i>ref: bajo/bajo-medio</i>) ^e	0,6	0,3	1,2	0,132	0,6	0,3	1,4	0,249
Comorbilidad física ^f	0,9	0,4	1,8	0,751	0,7	0,3	1,7	0,439
Adversidades Infancia ^g	4,4	2	9,8	<0,0001	4,3	1,8	10,50	0,001

* p-valor calculada mediante las pruebas de significación estadística Chi cuadrado y t de Student según corresponda.

** Modelo 3: análisis de regresión logística simple con el comportamiento suicida entre los participantes con un trastorno por uso de sustancias (TUS) como variable dependiente y cada una de las variables analizadas de forma individual como variable independiente.

*** Modelo 4: al modelo 3 se añaden las variables sociodemográficas, comorbilidad física y los antecedentes de adversidades en la infancia como variables de ajuste.

^a Cuatro categorías de edad: 18-34 años, 35-49 años, 50-64 años y 65 o más años.

^b Otros estados: soltero, divorciado, viudo.

^c Categorías según años de escolarización: ninguno/primaria/básicos (de 0 a 11 años de escolarización), secundaria (de 12 a 15 años de escolarización) y universitarios (de 16 años de escolarización en adelante).

^d Otras situaciones laborales: desempleado, temporalmente desempleado, buscando trabajo, estudiante, jubilado, con discapacidad, licencia por maternidad, licencia por enfermedad y otros.

^e Categorías basadas en el ingreso per cápita de la familia del encuestado dividido por el ingreso medio para España: bajo (0,5 ó <), medio-bajo (0,5-1), medio-alto (1-2), y alto (>2).

^f Se tienen en consideración 14 comorbilidades físicas a lo largo de la vida: artritis, accidente cerebrovascular, dolor de espalda, cuello u otros dolores crónicos, dolores de cabeza, alergias estacionales, cáncer, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, diabetes, epilepsia, úlcera péptica, asma o enfermedad pulmonar crónica.

^g Enfermedad mental parental, uso indebido de sustancias parental, criminalidad parental, violencia familiar, abuso físico, abuso sexual, negligencia, muerte progenitor, divorcio progenitores, otra pérdida parental, enfermedad física severa y problemas económicos familiares.

Por último, el análisis de datos relacionados con el comportamiento suicida entre los participantes con TUS según el tipo de sustancia consumida se presentan en la *Tabla 9*. Las razones de probabilidad no ajustadas para las diferentes categorías individuales de uso de sustancias a lo largo de la vida (Modelo 5) no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, los resultados del modelo ajustado (Modelo 6) determinaron una asociación positiva para

MARCO EMPÍRICO

uso de tabaco y comportamiento suicida una vez se introdujeron todas las sustancias en el modelo (AOR 9,4; IC95% 1,0-84,7; p 0,046). Para las diferentes categorías clínicas establecidas de acuerdo con el DSM-IV a lo largo de la vida, las razones de probabilidad no ajustadas para las categorías individuales de dependencia y abuso determinaron un riesgo superior a dos veces de desarrollo de comportamiento suicida en personas diagnosticadas de dependencia al alcohol y drogas ilícitas (OR 2,1; IC95% 1,0-4,3 y OR 2,4; IC95% 1,2-4,8 respectivamente). Los resultados del análisis ajustado revelaron únicamente una asociación positiva entre Trastorno de dependencia por alcohol y comportamiento suicida (OR 2,5; IC95% 1,1-5,3; p 0,021). El número de TUS aumentó significativamente el riesgo de haber presentado comportamiento suicida a lo largo de la vida. El número de TUS fue capaz de predecir el riesgo de comportamiento suicida, de tal manera que, la adición de una categoría diagnóstica (TUS) aumentó la probabilidad de comportamiento suicida en un 70% (OR 1.7; IC95% 1.1-2.3; p 0,010).

Tabla 9
Comportamiento suicida entre los participantes con un trastorno por uso de sustancias (TUS) según el tipo de sustancia consumida

	Casos sin Comportamiento Suicida		Casos con Comportamiento Suicida		Modelo 5 *				Modelo 6 **				
	N	%	N	%	OR	IC(95%)		p-valor	OR	IC(95%)		p-valor	
						Inf	Sup			Inf	Sup		
Uso de sustancias a lo largo de la vida													
Tabaco ^a	77	89,5	54	96,4	3,2	0,7	15,2	0,152	9,4	1,0	84,7	0,046	
Alcohol	51	96,2	38	97,4	1,5	0,1	17,0	0,748	3,7	0,2	77,8	0,404	
Cannabis	56	65,1	40	71,4	1,4	0,6	2,8	0,433	0,5	0,1	1,9	0,295	
Cocaína	63	73,3	46	82,1	1,7	0,7	3,9	0,223	3,8	0,6	24,6	0,159	
Heroína u otras drogas ilícitas ^b	30	34,9	24	42,9	1,4	0,7	2,8	0,340	0,5	0,1	1,9	0,295	
Medicamentos fuera de prescripción ^c	20	23,3	19	33,9	1,7	0,8	3,6	0,166	2,0	0,6	6,6	0,239	
Número de sustancias (Media (SD)) ^d	3,9	(1,5)	4,3	(1,4)	1,2	0,9	1,6	0,169	1,3	0,9	1,8	0,227	
Diagnósticos DSM-IV de Trastorno por uso de sustancias (TUS)**													
A lo largo de la vida													
Trastorno por abuso de alcohol	65	75,6	45	80,4	1,3	0,6	3,0	0,506	2,0	0,8	5,8	0,108	
Tr. Dependencia por alcohol	43	50,0	38	67,9	2,1	1,0	4,3	0,037	2,5	1,1	5,3	0,021	
Tr abuso drogas ilícitas	51	59,3	39	69,6	1,6	0,8	3,2	0,213	1,2	0,5	2,7	0,713	
Tr. por dependencias de drogas ilícitas	35	40,7	35	62,5	2,4	1,2	4,8	0,012	2,0	0,9	4,5	0,077	
Nº TUS a lo largo de la vida (Media (SD)) ^d	2,3	1,1	2,9	1,1	1,5	1,1	2,1	0,006	1,7	1,1	2,3	0,010	
En los últimos 12 meses													
Trastorno por abuso de alcohol	38	44,2	26	46,4	1,1	0,6	2,1	0,793	1,2	0,6	2,7	0,585	
Tr. Dependencia por alcohol	32	37,2	29	51,8	1,8	0,9	3,6	0,088	1,7	0,8	3,6	0,161	
Tr abuso drogas ilícitas	30	34,9	23	41,1	1,3	0,6	2,6	0,457	1,0	0,5	2,2	0,963	
Tr. por dependencias de drogas ilícitas	22	25,6	19	33,9	1,5	0,7	3,1	0,285	1,2	0,5	2,6	0,704	
Nº TUS 12 meses (Media (SD)) ^d	1,4	1,1	1,9	1,2	1,2	0,9	1,6	0,139	1,1	0,8	1,5	0,355	

*La p-valor se calcula mediante las pruebas de significación estadística Chi-cuadrado y t de Student según corresponda.

**Según criterios DSM-IV. Cada una de las sustancias es medida como variable dicotómica (No/Sí).

^a Fuma o ha fumado habitualmente.

^b Otras drogas ilícitas: opio, pegamento, speedball, LSD, peyote u otras.

^c Incluye tranquilizantes o sedantes.

^d Media y desviación típica.

* Modelo 5: análisis de regresión logística simple con el comportamiento suicida entre los participantes con un trastorno por uso de sustancias (TUS) como variable dependiente y cada una de las variables analizadas de forma individual como variable independiente.

**Modelo 6: Al modelo 5 se le añaden las variables sociodemográficas, comorbilidad física y antecedentes de adversidades en la infancia como variables de ajuste. NOTA: en el caso del análisis por uso de sustancias, se introducen todas las sustancias en el modelo

2.5. Discusión

2.5.1. Resultados Clave

El objetivo general de la presente Tesis Doctoral era valorar la presencia de comportamiento suicida (ideación, planificación e intentos suicidas) en población con TUS (alcohol, cocaína y opioides principalmente) residente en el área metropolitana de Murcia (Región de Murcia, España). La justificación para el desarrollo de una investigación con tal propósito se encuentra avalada por varias razones. Primeramente, el comportamiento suicida y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas ha sido fuertemente analizado de conformidad con la categorización del uso de sustancias como factor de riesgo vinculante (Armoon et al., 2021; Darvishi et al., 2015; Lynch et al., 2020; Page et al., 2014; Poorolajal et al., 2016; Rioux et al., 2021; Schneider, Kõlves, et al., 2009; Yarborough et al., 2021). La dualidad existente entre sobredosis accidental y suicidio intencional entendidas como dos experiencias discordantes, pero no necesariamente excluyentes, permite conjeturar que detrás de una sobreingesta de sustancias psicoactivas accidental pudieran existir predictores y/o indicadores de una conducta suicida real. Existen estudios que abalan el efecto desinhibidor de las sustancias psicoactivas que posibilita el paso al acto (Fernández-Quintana et al., 2018; Richer et al., 2013), así como otros que inciden en el análisis de elementos transgresores del desarrollo psicosocial, como pueden ser las AI, que denotan estrategias de afrontamiento ineficaces, conflictividad relacional y, en general, un malfuncionamiento psicosocial durante la edad adulta (Angelakis et al., 2019; Berent et al., 2020; Guillén et al., 2020; Hughes et al., 2019; Icick et al., 2022). En segundo lugar, se han realizado en España pocos estudios que analicen la relación entre comportamiento suicida y TUS hasta la fecha (Arribas-Ibar et al., 2017; López-Goñi et al., 2018, 2019; Masferrer et al., 2018; Pérez de los Cobos et al., 2009; Rodríguez-Cintas et al., 2018). La participación en el proyecto PEGASUS-Murcia y su avenencia con el consorcio *The World Mental Health Survey Initiative*, no solo ha permitido disponer de un amplio grupo comparativo representativo poblacional, sino que además supone un impulso para el desarrollo de una investigación comparativa internacional.

Los resultados de la investigación indican una prevalencia superior de comportamiento suicida a lo largo de la vida en personas con TUS en comparación

MARCO EMPÍRICO

con población general sin este trastorno (*Tabla 5, Modelo 1*) incluso después de ajustar los modelos de análisis por otros factores influyentes como son la existencia de enfermedad psiquiátrica previa al inicio de la conducta suicida, las comorbilidades de salud física y las AI (*Tabla 5, Modelo 2*). Señalar la estrecha relación entre variables independientes, como las categorías de comportamiento suicida, y el estatus caso-control. Los resultados indican que todas las categorías de comportamiento suicida medidas de forma individual (ideación, planificación y tentativa suicidas) están significativamente asociadas a un incremento del riesgo en personas con TUS (Ideación suicida: AOR 8,6 IC95% 3,4-21,8; Planificación suicida: AOR 8,0 IC95% 2,6-26,1; Tentativa suicida: AOR 9,1 IC95% 2,8-29,2). Si bien se necesita investigación adicional para determinar las razones de esta asociación, este resultado sigue la línea de otros estudios que concluyen que los TUS están fuertemente asociados a la conducta suicida (Armoon et al., 2021; Rioux et al., 2021; Schneider, Kølves, et al., 2009; Yarborough et al., 2021). La justificación de este resultado podría estar mediado por la influencia de factores significativamente relevantes entre ambos grupos: género, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico, comorbilidad psiquiátrica o física previa y/o el padecimiento de AI.

El análisis descriptivo bivariante entre participantes con TUS y controles (*Tabla 1*) muestra diferencias estadísticamente significativas con relación al género ($p < 0,001$). De igual forma, los resultados del análisis descriptivo de los casos categorizados en base a la presencia o ausencia de comportamiento suicida a lo largo de la vida (*Tabla 6*) indican diferencias estadísticamente significativas conforme al género ($p = 0,03$). El análisis de regresión logística simple con el comportamiento suicida entre los participantes con TUS como variable dependiente y cada una de las variables comportamentales suicidas analizadas de forma individual como variable independiente (*Tabla 8, Modelo 3*) indicaron inicialmente una duplicidad significativa del riesgo de comportamiento suicida en género femenino (OR 2,40 IC95% 1.10-5.60; p -valor 0,032). Sin embargo, después de introducir al modelo las variables de ajuste (*Tabla 8, Modelo 4*), los resultados del análisis de regresión multivariante no permitieron considerar el género como predictor del comportamiento suicida al no obtener un nivel de significación estadística que permitiera rechazar la hipótesis nula. Esta falta de significación en los resultados derivados del análisis de la influencia del

género en el comportamiento suicida en personas con TUS podría estar justificada por una muestra de mujeres infrarrepresentada. De acuerdo con otros estudios y epidemiología conocida, la presencia de TUS se relaciona con un incremento del riesgo suicida en ambos sexos. No obstante, el TUS por ansiolíticos, hipnóticos y sedantes presenta prevalencias de comportamiento suicida y suicidio consumado superiores en mujeres (Adams et al., 2021; Icick et al., 2018; Myhre et al., 2020). La razón de este predominio femenino podría estar relacionado con el aprendizaje social de la masculinidad y feminidad como roles categóricos que suscitan subjetividad en la gestión emocional, el desarrollo de las relaciones interpersonales o la percepción de necesidad de ayuda entre otros; elementos condicionados por cualidades socialmente consentidas y sancionadas en cada rol. La minusvaloración del trabajo doméstico, el estrés consecuencia de la doble jornada laboral, la asunción del rol de cuidadora como medio de complacencia, la tradicional dependencia económica del hombre o el control ejercido sobre su sexualidad (discriminación, embarazo o aborto) son solo algunas de las dimensiones simbólicas y normativas implícitas en el constructo social “mujer”. En consecuencia, la medicalización, el TUS y finalmente el suicidio se convierte en instrumentos de catarsis y cese del sufrimiento. En contraposición, el hombre es clásicamente relacionado con el coraje, la fuerza o el raciocinio. Por ende, los principios tácitos en el constructo social “hombre” convierten los conflictos relacionados con el sustento familiar (inestabilidad en los ingresos económicos y/o pérdida de trabajo) y la represión emocional en una amenaza para el género masculino. Por ejemplo, los resultados de una revisión sistemática y posterior metaanálisis publicados por Miranda-Mendizabal et al. (2019) describieron la presencia de insatisfacción en las relaciones interpersonales como resultado de la intimidación y el maltrato transigido durante la infancia, la violencia del entorno, la historia de abuso de sustancias y la presencia de ideación y tentativa suicidas en el pasado en ambos géneros. En las mujeres, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de personalidad, los trastornos de conducta alimentaria, los TEPT, los TUS, el aborto, las dificultades interpersonales y problemas relacionales y/o de violencia en la pareja circunscriben, en un contexto internalizado, los factores de riesgo de tentativa suicida. El maltrato infantil, el suicidio familiar previo y el abuso fueron reportados como principales factores de riesgo de suicidio consumado en mujeres. En contraposición,

MARCO EMPÍRICO

estos autores exhibieron prevalencias de riesgo de suicidio superiores para trastornos externalizantes (alteración conductual, comportamiento antisocial, agresividad, etc.) TUS y AI (maltrato o abuso, antecedentes de suicidio familiar, divorcio parental, pérdida pareja, etc.) en género masculino. La tentativa suicida en hombres se mostró ligada a la presencia de AI, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, TUS y comportamiento disruptivo principalmente. En la misma línea, otra revisión sistemática y metaanálisis publicado por Armoon et al. (2021) reportó un riesgo superior en género femenino (OR 1,95 IC95% 1,70-2,24; p-valor 0,04; I² 0,43).

Siguiendo con los resultados de la investigación, el análisis descriptivo bivariante entre casos y controles (*Tabla 2*) muestra diferencias estadísticamente significativas en relación con la presencia de TM a lo largo de la vida. Un 14% de los participantes con TUS presentó depresión a lo largo de la vida frente al 7,7% de los controles (p-valor 0,024). La evidencia actual muestra una asociación moderadamente fuerte entre TDM y TUS. Los estudios y epidemiología recientes describen principalmente tres relaciones de causalidad: el TUS causa trastorno depresivo (Colledge et al., 2020; Grant et al., 2004; Luo et al., 2022); el trastorno depresivo precede al TUS (McHugh & Weiss, 2019); o ambos son trastornos mutuamente influyentes en su origen (Cottencin, 2009; Hasin et al., 2002). Por ejemplo, una revisión sistemática de estudios de diseño transversal y longitudinal publicada por Najt et al. (2011), informó de peores resultados de remisión y pronóstico para los participantes con TUS, TDM y TEPT concurrente. Los autores además apuntan que el mayor riesgo dentro de la comorbilidad se produce cuando el trastorno depresivo precede al TUS. La razón de esta secuenciación temporal podría estar relacionada con la posibilidad de uso de sustancias psicoactivas como mediadores emocionales (hipótesis de automedicación) como sustentan otras investigaciones (Lembke, 2012; McKernan et al., 2015; Schofield et al., 2006).

Se planteó como uno de los objetivos de estudio la evaluación de la patología psiquiátrica previa al comportamiento suicida como predictor de riesgo en personas con TUS. Específicamente, se esperaba que los casos con TM previo exhibieran mayores tasas de comportamiento suicida en comparación con los pacientes con TUS únicamente. El análisis descriptivo realizado entre los casos categorizados en función del comportamiento suicida reflejó diferencias estadísticamente significativas entre

ambos grupos. Un 32% de los participantes con TUS y comportamiento suicida identificaron al menos un trastorno del estado de ánimo, así como un 14,5% presentaron TEPT a lo largo de la vida (p-valor <0,001). No obstante, debido a que el número de participantes con TUS sin comportamiento suicida que habían presentado TM previo era cero (*Tabla 6*), no se pudo concretar el carácter predictivo del TM previo en el comportamiento suicida en personas con TUS al decidir excluir, en lugar de ajustar, la categoría patología psiquiátrica del análisis de regresión logística de los modelos de análisis (*Tabla 8, Modelo 3 y 4*) debido al posible efecto desmedido en los predictores de riesgo para toda la población de estudio. Otras investigaciones si han podido establecer una fuerte asociación entre TUS y comportamiento suicida en personas con TMG concurrente (Cheek et al., 2016; Colledge et al., 2020). Por ejemplo, Østergaard et al. (2017) describen una fuerte relación entre riesgo de suicidio y tentativa suicida en personas con TUS concomitante con TMG. Más específicamente, los resultados de la regresión de Cox estimaron para trastorno depresivo y TUS actual un cociente de riesgo (HR) de tentativa suicida de 3,50 (IC95% 3,36-3,64) $p < 0,001$ y HR 2,32 (IC95% 2,02-2,67) $p < 0,001$ para suicidio consumado. El cociente de riesgo de tentativa suicida y suicidio consumado en trastorno depresivo y TUS anterior fue HR 1,85 (IC95% 1,74-1,97) $p < 0,001$ y HR 1,19 (IC95% 0,95-1,49) respectivamente, aunque este último cociente no obtuvo significación estadística ($p = 0,135$).

Otro de los interrogantes al que se buscaba dar respuesta con esta investigación era analizar la influencia de las AI (enfermedad mental parental, uso indebido de sustancias parental, criminalidad parental, violencia familiar, abuso físico, abuso sexual, negligencia, muerte del progenitor, divorcio progenitores, enfermedad física severa, problemas económicos familiares u otros) en el comportamiento suicida del consumidor de sustancias psicoactivas en edad adulta. Los resultados del análisis descriptivo entre casos y controles (*Tabla 3*) mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para 11 de las 12 adversidades analizadas. Únicamente el análisis comparativo de la AI «enfermedad física severa» no adquirió significación estadística. Las diferencias encontradas entre ambos grupos podrían justificarse por el truncamiento del normo-desarrollo de la resiliencia primaria, vinculada al apego, las estrategias emocionales y a la maduración de los mecanismos

MARCO EMPÍRICO

de afrontamiento. La familia como eje central del aprendizaje vicario durante los primeros años de desarrollo no solo supone una fuente de estrés, sino que ante una amenaza ésta instruye en el desarrollo de las capacidades de autoevaluación y recompensa. La ausencia o pérdida de personas significativas, la privación de afecto, la vulneración de las necesidades básicas, el arraigo de referentes comportamentales de base disfuncional (violencia intrafamiliar, violencia social, maltrato físico, etc.) y el sobredimensionamiento de las recompensas inmediatas impulsan el desarrollo de estrategias de afrontamiento compulsivas carentes en último término de fundamento terapéutico, pero que indudablemente, y como expone la evidencia actual, elucida el origen del comportamiento adictivo. En la línea de nuestro hallazgo, otros estudios han señalado prevalencias superiores para AI en población con TUS (N. G. Choi et al., 2016, 2017; Hughes et al., 2019; Navarro-Mateu et al., 2019; Rhee et al., 2019; Villamil Grest et al., 2021).

A su vez, los resultados del análisis bivariante de los casos en función de la presencia o ausencia de comportamiento suicida (*tabla 7*) mostró diferencias estadísticamente significativas únicamente para las variables «violencia familiar» ($p < 0,001$), «negligencia» ($p 0,005$) y «abuso físico» ($p 0,002$). Señalar la importancia de la significación de estas tres variables pues, como informan recientes investigaciones (Dubowitz et al., 2021; Hagborg et al., 2020; Moilanen et al., 2010; Oshri et al., 2011; Proctor et al., 2017; Skeer et al., 2009), el maltrato infantil en todos sus tipos (negligencia, abuso físico, abuso emocional y abuso sexual) se relaciona con la internalización y externalización de los problemas de comportamiento en la adolescencia, los mecanismos de afrontamiento congruentes al nivel de control y la resiliencia del ego, y el desarrollo ulterior de TUS en la edad adulta.

El análisis de regresión logística simple (*Tabla 8, Modelo 3*), tomando como variable independiente la categoría AI, informó en población con TUS un riesgo de comportamiento suicida superior a cuatro veces (OR 4,4 IC95% 2,0-9,8; $p < 0,001$) en presencia de al menos una AI. Asimismo, los análisis de regresión multivariante (*Tabla 8, Modelo 4*) redujeron moderadamente la razón de probabilidad (OR 2,90 IC95% 1,10-8,20; $p 0,038$) tras introducir al modelo variables de ajuste (sociodemográficas, comorbilidad física y AI), infiriendo que la presencia de AI responde como predictor de comportamiento suicida (triplicación del riesgo) en personas con TUS. Estos

resultados reafirman la relación entre TUS, AI y comportamiento suicida expuesta anteriormente en otras investigaciones con población de estudio equivalente (Berent et al., 2020; Hung et al., 2013; Icick et al., 2022).

Por último, este estudio quería analizar la variabilidad del comportamiento suicida de acuerdo con el tipo de sustancia psicoactiva consumida. Los resultados del análisis descriptivo de participantes con TUS y controles (*Tabla 3*) reveló un consumo medio de 4 sustancias psicoactivas/persona ($DS \pm 1,5$) en casos ($p < 0,001$). Entre los integrantes de este grupo de estudio, un 77,5% presentó a lo largo de la vida un trastorno por abuso de alcohol, un 57% un trastorno por dependencia por alcohol, un 63,4% un trastorno por abuso de drogas ilícitas (heroína, opio, pegamento, speedball, LSD, peyote u otras) y un 48,3% manifestó trastorno por dependencia de drogas ilícitas. Los análisis de regresión logística multivariante (*Tabla 9*, Modelo 6) indicaron un aumento del riesgo de comportamiento suicida 1,7 veces por cada TUS incrementado (OR 1,7 IC95% 1,1-2,3; $p < 0,010$). Este resultado sigue en la línea de otras investigaciones que describen las exposiciones al policonsumo como factor de riesgo de comportamiento suicida (Artenie et al., 2015; N. G. Choi et al., 2016; Kim-Godwin & Lee, 2019; Roy, 2010). Por ejemplo, Lynch et al. (2020) describieron un riesgo de suicidio incrementado con una oscilación de resultado de 5 veces superior para trastorno por uso de alcohol y drogas ilícitas (OR 5,8 IC95% 4,7-7,1 y OR 5,3 IC95% 3,9-7,0 respectivamente) hasta una estimación de riesgo 8 u 11 veces superior en uso concurrente de sustancias psicoactivas (Alcohol + drogas ilícitas: OR 8,1 IC95% 5,7-11,5; Alcohol + drogas ilícitas + tabaco: OR 11,2 IC95% 8,0-15,6).

En nuestro estudio, el análisis de la influencia del diagnóstico de TUS en los últimos 12 meses no obtuvo significación estadística. Sin embargo, el análisis de cada uno de los TUS acontecidos a lo largo de la vida medidos de forma individual nos permitió tipificar el trastorno de dependencia por alcohol como indicador de riesgo de comportamiento suicida. Los resultados indicaron que el trastorno por dependencia de alcohol a lo largo de la vida incrementó en 2,5 veces el riesgo de presentar comportamiento suicida (OR 2,5 IC95% 1,1-5,3; $p < 0,02$). La investigación y epidemiología reciente muestran evidencia suficiente de que el TUS por alcohol se relaciona con un aumento del riesgo de comportamiento suicida y suicidio consumado (Bae et al., 2015; Borges et al., 2017; Darvishi et al., 2015). La justificación de este

MARCO EMPÍRICO

resultado podría estar mediado por la agresividad e impulsividad inherente al estado de embriaguez, la afectación cognitiva o el estrés psicológico resultado del abuso de alcohol y las adversidades psicosociales.

El resto de TUS a lo largo de la vida no resultaron estadísticamente significativos. En contraposición, otros autores si corroboran la asociación entre comportamiento suicida y drogas ilícitas (Abdalla et al., 2019; Ali & Dubenitz, 2021; Gobbi et al., 2019). Por ejemplo, Crump et al. (2021) informaron de las asociaciones entre TUS específicos y riesgo de suicidio. Tras ajustar el modelo de análisis de regresión logística multivariante por factores sociodemográficos, comorbilidades psiquiátricas, TUS y comorbilidad física, estos autores realizaron estimaciones de riesgo que oscilaron entre OR 6,39 (IC95% 5,53-7,35) para opioides hasta OR 3,10 (IC95% 2,42-3,97) para cannabis.

Para finalizar, el análisis de regresión logística multivariante con el uso de sustancias a lo largo de la vida como variable independiente y el comportamiento suicida en TUS como variable dependiente (*Tabla 9, Modelo 6*) reveló, tras ajustar por variables sociodemográficas, comorbilidad física y AI, un incremento del riesgo de comportamiento suicida prácticamente diez veces superior en personas que identificaron hábito tabáquico actual o reciente (OR 9,4 IC95% 1,0-84,7; p 0,005). Existe evidencia suficiente basada en estudios epidemiológicos de que el tabaquismo está fuertemente relacionado con un mayor riesgo de comportamiento suicida (Bohnert et al., 2014; Evins et al., 2017; D. Li et al., 2012; Rasouli et al., 2019). Por ejemplo, una revisión sistemática y metaanálisis publicado por Poorolajal & Darvishi (2016) estimó en personas con hábito tabáquico una duplicidad del riesgo de comportamiento suicida (en base a estudios de cohorte longitudinal: OR 2,05 IC95% 1,53-2,58 p<0,001 I² 80,8%; a razón de estudios transversales y de casos-controles: OR 1,98 IC95% 1,72-2,23 p<0,001 I² 81,5%). A pesar de obtener razones de probabilidad para comportamiento suicida en hábito tabáquico superiores a otras investigaciones, resulta improbable en nuestro estudio que la alta dependencia entre estas dos variables sea debida a los efectos de confusión que infieren del resto de sustancia psicoactivas, como sí arguyen otros autores (Schneider, Wetterling, et al. 2009), teniendo en cuenta que en el análisis de las variables «uso de sustancias a lo largo de la vida» se introdujeron todas las sustancias psicoactivas en el modelo de regresión logística multivariante

(Tabla 9, Modelo 6). Dicho esto, la justificación a esta fuerte asociación podría residir en un factor biológico a causa de las alteraciones neuroquímicas que produce la nicotina en el cerebro (limitación de la función de la serotonina cerebral, desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, etc.) que infunden alteraciones del comportamiento derivadas del TUS. Además, existe evidencia de que con el incremento del consumo y la aparición de la dependencia a la nicotina se produce un aumento del riesgo suicida (Martínez-Ortega et al., 2008). Por ejemplo, Campbell-Sills et al. (2019) tras ajustar sus análisis de regresión por variables sociodemográficas, AI, TUS y TM, estimaron un riesgo superior de desarrollar ideación suicida en fumadores (OR 1,27 IC95% 1,10-1,46; $p < 0,01$). Entre los participantes con ideación suicida, estos autores informaron de una duplicidad del riesgo de tentativa suicida no planificada asociada al hábito tabáquico (OR 2,03 IC95% 1,36-3,03).

2.5.2. Limitaciones del Estudio y Fortalezas

Varias limitaciones merecen consideración. El diseño retrospectivo del estudio implica la posible influencia de dos posibles sesgos. En primer lugar, existe la posibilidad de encontrar un sesgo de memoria presumiblemente aceptado al requerir en población adulta información relativa a adversidades que transcurren durante la infancia o adolescencia. Sin embargo, diversos estudios sugieren una concordancia sustancial entre informes retrospectivos de adultos jóvenes e informes prospectivos de cuidadores principales (Hardt & Rutter, 2004). Por ejemplo, Naicker et al. (2017) estiman tasas de concordancia de informes retrospectivos/prospectivos que muestran una concordancia de moderada a sustancial para muerte del progenitor (81,8%), fallecimiento de otro miembro de la familia (74,1%), divorcio/separación de los padres (66,8%), abuso sexual (63,8%), problemas legales en la familia (62,7%) o negligencia emocional (59,7%). Otra investigación publicada por Hardt et al. (2006) identifica para una misma muestra examinada por dos entrevistadores un valor kappa de Cohen de 0,95 para divorcio/separación de los padres, kappa 0,64 para abuso sexual severo o un kappa de 0,56 para abuso físico. En segundo lugar, el diseño retrospectivo del estudio nos podría influir en un posible sesgo de deseabilidad social (Davis et al., 2010) al emplear el autoinforme como método de obtención de datos de la muestra a través de la entrevista CIDI. Ambos sesgos se intentaron reducir con el entrenamiento

en habilidades de entrevista de los entrevistadores, la utilización de la CIDI como herramienta validada (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013b), el establecimiento de cuestiones con alto grado de precisión y concreción, así como con la disposición de categorías de codificación claramente definidas.

La infrarrepresentación femenina en la muestra y la ausencia de representatividad en la muestra de participantes con TUS con TM previo sin comportamiento suicida limitó en cierta medida los análisis de regresión logística. No se pudo analizar la presencia de comorbilidad psiquiátrica previa como predictor de riesgo de comportamiento suicida ni ajustar los modelos por esta variable al considerar más oportuna su exclusión del modelo, que el ajuste, por la posible sobredimensión de los resultados. Considerar además, que no se incluyeron variables que si tienen en consideración otros investigadores como son el acoso escolar o bullying como AI (Azami & Taremian, 2020; Cardoso et al., 2018; Litwiler & Brausch, 2013) o la categorización de la variable género teniendo en cuenta elementos que escapan de tipificación clásica de la identidad de género binaria (cisgénero, transgénero, intersexual, género fluido, sin género, bigénero o intergénero) que si han sido recogidos en otros estudios que incluso identifican mayores tasas de TUS y comportamiento suicida en determinados géneros (Azeem et al., 2019; Johns et al., 2019; Newcomb et al., 2020; Raynor et al., 2020; Rimes et al., 2019; Valentine & Shipherd, 2018). Además, en nuestra investigación no se ha considerado la orientación sexual (heterosexualidad, homosexualidad, antrosexualidad, polisexualidad, bisexualidad, antrosexualidad, lithsexualidad, pansexualidad y autosexualidad) como factor confusional a tener en cuenta por su relación con el TUS y comportamiento suicida según informan algunas investigaciones (Bolton & Sareen, 2011; McCabe et al., 2022; Ong et al., 2021; Spittlehouse et al., 2020; Turpin et al., 2020).

En contraposición, nos encontramos ante una investigación que abogó desde un inicio por el cumplimiento de las recomendaciones de la Iniciativa para el Fortalecimiento de los Informes sobre Estudios Observacionales en Epidemiología (STROBE) lo que se traduce en la delimitación de estándares bien definidos que permiten su replicación y posterior análisis comparativo con estudios similares. El empleo de la versión adaptada para su uso en España de la Entrevista CIDI (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013b), la existencia de un manual protocolizado y el

empleo de entrevistadores capacitados (Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería), formados y supervisados por el investigador principal del proyecto PEGASUS-Murcia, así como la incorporación del mismo a la *WMH Survey Initiative* (colaboración entre la OMS, la Universidad de Michigan, Universidad de Harvard e investigadores de países de todo el mundo) permite la reproducción de estudios a gran escala, la obtención de información transnacional y el desarrollo de una investigación comparativa que versa sobre la prevalencia de los trastornos mentales, los factores de riesgo/protección asociados y la efectividad de las políticas, planes y programas de salud mental.

2.5.3. Implicaciones e Investigaciones Futuras

A pesar de las limitaciones, esta investigación presenta implicaciones para la práctica. Los resultados de la investigación reflejan una asociación entre la presencia de AI en personas con TUS y el comportamiento suicida. Se requieren investigaciones futuras que identifiquen y analicen los factores de protección moduladores de los efectos adversos sobre la salud a largo plazo (trastornos de la conducta, trastornos del estado de ánimo, TUS, etc.) en personas con AI. Señalar la adolescencia como punto de inflexión en esa cadena secuencial que se desarrolla desde el padecimiento de las AI hasta la aparición del TUS en la edad adulta. Para el adolescente, las consecuencias relacionadas con el uso de sustancias representan una amenaza para el desarrollo de TUS en las sucesivas etapas vitales. Debido a esto, la identificación de posibles variables que relacionen las AI con el inicio del uso de sustancias debería ser una prioridad para futuras investigaciones. El profesional de Enfermería acompaña a la persona a lo largo de todo su ciclo vital. Por ende, esta posición privilegiada próxima a la persona permite identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidado inconstantes de los menores y sus familias. El desarrollo de un PAE focalizado en esta etapa concreta del desarrollo permitiría desde el establecimiento de medidas de promoción de la salud y buen trato a la infancia en coordinación con políticas sanitarias, sociales y educativas (prevención primaria), hasta la intervención directa con el niño/adolescente y su familia (remitir a CSM a progenitores con TUS y/o TMG, programas de reducción/cese del hábito tabáquico en población adolescente [Enfermería escolar], educación en inteligencia emocional, etc.), pasando por un nivel

MARCO EMPÍRICO

de prevención secundaria dirigido a población de riesgo (en este caso los niños y adolescentes) para potenciar los factores protectores (recursos comunitarios de ayuda psicológica, social y económica, gabinetes de orientación familiar, etc.) y disminuir los factores de riesgo (uso de sustancias psicoactivas, delincuencia, violencia familiar, duelo patológico, embarazo no deseado en jóvenes, etc.) mediante educación psicoafectiva, el entrenamiento en mecanismos de afrontamiento y la capacitación de los padres.

Además, se ha comprobado que el abordaje terapéutico conjunto del TUS junto a trastornos del estado de ánimo y TEPT reduce la evolución tórpida, el deterioro y el número de recaídas en ambos trastornos (Back et al., 2019; Empson et al., 2017; Flanagan et al., 2016; Ruglass et al., 2017). Por este motivo, la modulación del comportamiento suicida en personas con TUS y TM concurrente en tratamiento vinculado debería ser una futura línea de investigación para tener en cuenta.

2.6. Conclusiones

La presente Tesis Doctoral ha permitido analizar el comportamiento suicida en personas con trastorno por uso de sustancias. A continuación, se presentan las conclusiones extraídas del estudio caso-control realizado con personas en tratamiento ambulatorio por un trastorno por uso de sustancias en la Unidad de Conductas Adictivas de la Región de Murcia (casos) y una muestra aleatoria de personas sin trastorno por uso de sustancias de la misma zona metropolitana de Murcia:

1. Las personas con un trastorno por uso de sustancias presentan significativamente más antecedentes de cualquiera de los comportamientos suicidas analizados (ideación, planificación y tentativa suicidas) a lo largo de la vida que las personas sin este trastorno.
2. Al ajustar por otros factores de riesgo (las variables sociodemográficas, la comorbilidad física y los antecedentes de adversidades en la infancia) no se han encontrado diferencias significativas en la distribución por sexo (hombres y mujeres) entre los casos con y sin antecedentes de comportamientos suicidas a lo largo de la vida.
3. Entre los casos con comportamiento suicida existen más antecedentes de trastornos del ánimo y de trastorno por estrés postraumático previos al comportamiento suicida que en los casos que no tienen antecedentes de este comportamiento.
4. Entre los pacientes con trastorno por uso de sustancias, la exposición a diferentes adversidades en la infancia aumenta significativamente el riesgo de comportamiento suicida a lo largo de la vida.
5. El análisis del riesgo de comportamiento suicida en función de las sustancias psicoactivas consumidas o de los diferentes trastornos por uso de sustancias analizados sugiere que:
 - a. Las personas con un diagnóstico de trastorno por dependencia al alcohol a lo largo de la vida, según criterios DSM-IV, tienen un mayor riesgo de antecedentes de comportamiento suicida que las personas con otro tipo diferente de trastorno por uso de sustancias.

MARCO EMPÍRICO

- b. A mayor número de trastornos por uso de sustancias en una misma persona, aumenta el riesgo de comportamiento suicida.
 - c. Los pacientes con trastorno por uso de sustancias con antecedentes de comportamiento suicida consumen más tabaco que aquellos sin comportamiento suicida.
 - d. No se han encontrado diferencias significativas en el consumo del resto de sustancias psicoactivas ni en el resto de los trastornos por uso de sustancias específicos analizados entre los pacientes con y sin comportamiento suicida.
6. El desarrollo de educación para la salud psicoafectiva junto con el establecimiento de medidas de promoción de la salud y buen trato a la infancia son elementos clave que deben incorporarse en las políticas y programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

3

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3. Referencias Bibliográficas

- Abdalla, R. R., Miguel, A. C., Brietzke, E., Caetano, R., Laranjeira, R., Madruga, C. S., Abdalla, R. R., Miguel, A. C., Brietzke, E., Caetano, R., Laranjeira, R., & Madruga, C. S. (2019). Suicidal behavior among substance users: Data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). *Brazilian Journal of Psychiatry, AHEAD*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0054>
- Acosta, C. L. (2011). Adicción a sustancias químicas: ¿enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico? *Praxis: revista de psicología, 20 (II Semestre)*, 41-60.
- Adams, R. S., Jiang, T., Rosellini, A. J., Horváth-Puhó, E., Street, A. E., Keyes, K. M., Cerdá, M., Lash, T. L., Sørensen, H. T., & Gradus, J. L. (2021). Sex-Specific Risk Profiles for Suicide Among Persons with Substance Use Disorders in Denmark. *Addiction (Abingdon, England)*, *116*(10), 2882-2892. <https://doi.org/10.1111/add.15455>
- Ahmad, S., Whiting, A., Song, D., Reyes, J. V., Ireifej, B., Almas, T., & Lieber, J. J. (2021). Chasing the dragon and stumbling upon an octopus: A case of heroin-induced leukoencephalopathy and reverse takotsubo cardiomyopathy. *Annals of Medicine and Surgery*, *69*, 102797. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102797>
- Ahuja, M., Awasthi, M., Records, K., & Lamichhane, R. R. (2021). Early Age of Alcohol Initiation and its Association with Suicidal Behaviors. *Substance Use & Misuse*, *56*(9), 1332-1338. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1922452>
- Albert, U., De Ronchi, D., Maina, G., & Pompili, M. (2019). Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, *17*(8), 681-696. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180620155941>
- Alfaro, R. (1992). *Aplicación del Proceso de enfermería. Guía práctica*. Ediciones Doyma, S.A.
- Alfaro, R. (1998). *Aplicación del proceso enfermero: Guía paso a paso*. Springer Science & Business Media.
- Ali, M. M., & Dubenitz, J. (2021). Suicidal behavior, opioid use disorder, and behavioral health treatment: Prevalence and correlates among adults in the United States 2015-2018. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *130*, 108413. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108413>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2021). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. (5.^a ed.). Médica Panamericana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andoni Anseán Ramos. (2014). *SUICIDIOS: MANUAL DE PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y POSTVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA* (2ª Edición, Vol. 1-1). Fundación Salud Mental España.
- Andreasen, N. C., Endicott, J., Spitzer, R. L., & Winokur, G. (1977). The family history method using diagnostic criteria. Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 34(10), 1229-1235. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770220111013>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1057-1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Anjos, T. G. D., Carvalho, D. S. B. de, Machado, A. C., Carvalho, M. do S. L. de, Lyrio, A. O., Souza, E. S., Gomes, J. de A., Hintz, A. M., Cruz, S. S. da, Gomes-Filho, I. S., Figueiredo, A. C. M. G., & Pereira, M. G. (2021). Associated factors to abusive alcoholic beverage consumption in suicide victims. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108613. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108613>
- Apaud, I. E. A., & Romání, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and addictions: salud y drogas*, 16(2), 115-125.
- Arias, F., Rentero, D., Fernández, S., & Balcells-Oliveró, M. M. (2017). *Trastorno por uso de cannabis y otros trastornos mentales* (2017.ª ed.). Socidrogalcohol.
- Armoon, B., SoleimanvandiAzar, N., Fleury, M.-J., Noroozi, A., Bayat, A.-H., Mohammadi, R., Ahounbar, E., & Fattah Moghaddam, L. (2021). Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases*, 39(4), 550-569. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1912572>
- Arnau, D. C. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: Una apuesta de futuro. *Revista española de drogodependencias*, 3, 238-254.
- Arribas-Ibar, E., Suelves, J. M., Sanchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., & T Brugal, M. (2017). Suicidal behaviours in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 292-298. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.011>
- Artenie, A. A., Bruneau, J., Roy, É., Zang, G., Lespérance, F., Renaud, J., Tremblay, J., & Jutras-Aswad, D. (2015). Licit and illicit substance use among people who inject drugs and the association with subsequent suicidal attempt. *Addiction*, 110(10), 1636-1643. <https://doi.org/10.1111/add.13030>
- Attilia, F., Perciballi, R., Rotondo, C., Capriglione, I., Iannuzzi, S., Attilia, M. L., Coriale, G., Vitali, M., Cereatti, F., Fiore, M., & Ceccanti, M. (2018). Alcohol withdrawal syndrome: Diagnostic and therapeutic methods. *Rivista di Psichiatria*, 53(3), 118-122.

- Azami, M. S., & Taremian, F. (2020). Victimization in traditional and cyberbullying as risk factors for substance use, self-harm and suicide attempts in high school students. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 8, 101-109. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-010>
- Azeem, R., Zubair, U. B., Jalil, A., Kamal, A., Nizami, A., & Minhas, F. (2019). Prevalence of Suicide Ideation and its Relationship with Depression among Transgender Population. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 29(4), 349-352. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2019.04.349>
- Azorin, J.-M., Perret, L. C., Fakra, E., Tassy, S., Simon, N., Adida, M., & Belzeaux, R. (2017). Alcohol use and bipolar disorders: Risk factors associated with their co-occurrence and sequence of onsets. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.005>
- Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373–380.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Ana, E. S., Lozano, B., Korte, K. J., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive Behaviors*, 90, 369-377. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>
- Bae, H.-C., Hong, S., Jang, S.-I., Lee, K.-S., & Park, E.-C. (2015). Patterns of Alcohol Consumption and Suicidal Behavior: Findings From the Fourth and Fifth Korea National Health and Nutritional Examination Survey (2007–2011). *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 48(3), 142-150. <https://doi.org/10.3961/jpmph.14.027>
- Bagge, C. L., & Borges, G. (2017). Acute Substance Use as a Warning Sign for Suicide Attempts: A Case-Crossover Examination of the 48 Hours Prior to a Recent Suicide Attempt. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), 691-696. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10541>
- Baldessarini, R. J. (2019). Epidemiology of suicide: Recent developments. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e71. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000672>
- Barroso, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: Una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Bauer, I. (2019). Travel medicine, coca and cocaine: Demystifying and rehabilitating Erythroxylum – a comprehensive review. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines*, 5, 20. <https://doi.org/10.1186/s40794-019-0095-7>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: Una revisión. *Adicciones*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.20882/adicciones.326>
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2011.pdf>
- Bellido Vallejo, J. C. (2006). Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes: Revista de enfermería*, 12(35), 21-29.
- Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicología*, 9(16), 89-99. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.620>
- Benjet, C., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>
- Berent, D., Szymańska, B., Kulczycka-Wojdala, D., Macander, M., Pawłowska, Z., & Wojnar, M. (2020). The role of childhood adversities, FKBP5, BDNF, NR1, and generalized self-efficacy in suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Pharmacological Reports*, 72(3), 730-743. <https://doi.org/10.1007/s43440-020-00080-8>
- Berkelmans, G., van der Mei, R., Bhulai, S., & Gilissen, R. (2021). Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level. *BMC Public Health*, 21(1), 1702. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11743-3>
- Bohnert, K. M., Ilgen, M. A., McCarthy, J. F., Ignacio, R. V., Blow, F. C., & Katz, I. R. (2014). Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(1), 155-162. <https://doi.org/10.1111/add.12381>
- Bolton, S.-L., & Sareen, J. (2011). Sexual orientation and its relation to mental disorders and suicide attempts: Findings from a nationally representative sample. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(1), 35-43. <https://doi.org/10.1177/070674371105600107>
- Borges, G., Bagge, C., Cherpitel, C. J., Conner, K., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. *Psychological medicine*, 47(5), 949-957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: Situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30, 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., & Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in

- obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>
- Breet, E., Kidd, M., McGregor, N. W., Stein, D. J., & Lochner, C. (2019). Suicide ideation and attempts in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 31(3), 192-199.
- Breslin, K., Balaban, J., & Shubkin, C. D. (2020). Adolescent suicide: What can pediatricians do? *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 595-600. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000916>
- Brunette, M. F., Mueser, K. T., Babbin, S., Meyer-Kalos, P., Rosenheck, R., Correll, C. U., Cather, C., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Penn, D. L., Addington, J., Estroff, S. E., Gottlieb, J., Glynn, S. M., Marcy, P., Robinson, J., & Kane, J. M. (2018). Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 194, 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.039>
- Burke, H., Jiang, S., & Cohen-Oram, A. (2021). Heroin-Induced Toxic Leukoencephalopathy From «Chasing the Dragon» and the Proposed Synergistic Effect of Amantadine and Antioxidants in Its Treatment. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(3), 353-356. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2020.12.007>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Campbell-Sills, L., Kessler, R. C., Ursano, R. J., Sun, X., Heeringa, S. G., Nock, M. K., Jain, S., & Stein, M. B. (2019). Nicotine Dependence and Pre-Enlistment Suicidal Behavior Among U.S. Army Soldiers. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(3), 420-428. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.09.016>
- Cardoso, J. B., Szlyk, H. S., Goldbach, J., Swank, P., & Zvolensky, M. J. (2018). General and Ethnic-Biased Bullying Among Latino Students: Exploring Risks of Depression, Suicidal Ideation, and Substance Use. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(4), 816-822. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0593-5>
- Caro, S. E., & Guerra, C. E. (2014). *El Proceso de atención en enfermería*. Universidad del Norte.
- Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 167, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrasco-Farfán, C. A., Quispe-Nolazco, C. M., Quispe-Nolazco, J. A., & Ávalos-Moreyra, L. (2015). Nuevas vías de administración de alcohol en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 818-819.
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 9(2), e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
- Casas, M., & Roncero, C. (2016). *Patología dual: Fundamentos clínicos y terapéuticos*. MARGE BOOKS.
- Chapman, C. L., Mullin, K., Ryan, C. J., Kuffel, A., Nielssen, O., & Large, M. M. (2015). Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 162-173. <https://doi.org/10.1111/acps.12359>
- Cheek, S. M., Nestor, B. A., & Liu, R. T. (2016). SUBSTANCE USE AND SUICIDALITY: SPECIFICITY OF SUBSTANCE USE BY INJECTION TO SUICIDE ATTEMPTS IN A NATIONALLY REPRESENTATIVE SAMPLE OF ADULTS WITH MAJOR DEPRESSION. *Depression and Anxiety*, 33(6), 541-548. <https://doi.org/10.1002/da.22407>
- Chica, J., Juárez, M., & Canillo, R. (2019). Programas de reducción de daños en la drogopendencia. *Med fam Andal*, 20(2), 7.
- Chikritzhs, T., & Livingston, M. (2021). Alcohol and the Risk of Injury. *Nutrients*, 13(8), 2777. <https://doi.org/10.3390/nu13082777>
- Choi, B., Sung, H. G., Nam, J. H., & Shin, J.-Y. (2019). Zolpidem Use and Suicide Death in South Korea: A Population-Based Case-Control Study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1653-1667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12548>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Choi, B. Y. (2016). Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 577-589. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001738>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Choi, B. Y. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 359-372. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001800>
- Chong, D. G., Buckley, N. A., Schumann, J. L., & Chitty, K. M. (2020). Acute alcohol use in Australian coronial suicide cases, 2010-2015. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, 108066. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108066>
- Colledge, S., Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Hickman, M., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2020). Depression, post-traumatic stress disorder, suicidality and self-harm among people who inject drugs: A systematic review

- and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 207, 107793. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107793>
- Coppersmith, D. D. L., Nada-Raja, S., & Beautrais, A. L. (2017). Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of Affective Disorders*, 221, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.029>
- Correa, J., Ballesta, M., & Chirlaque, M. (2019). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en la Región de Murcia 2018*. (N.º 6/2019; Informes epidemiológicos, p. 39). Consejería de Salud. <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/7832/ie.2019.06.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cottencin, O. (2009). [Severe depression and addictions]. *L'Encephale*, 35 Suppl 7, S264-268. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)73483-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73483-9)
- Courey, T. J., Martsof, D. S., Draucker, C. B., & Strickland, K. B. (2008). Hildegard Peplau's Theory and the Healthcare Encounters of Survivors of Sexual Violence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(2), 136-143. <https://doi.org/10.1177/1078390308315613>
- Crump, C., Sundquist, J., Kendler, K. S., Edwards, A. C., & Sundquist, K. (2021). Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.017>
- Culatto, P., Bojanić, L., Appleby, L., & Turnbull, P. (2021). Suicide by homeless patients in England and Wales: National clinical survey. *BJPsych Open*, 7(2), e65. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.2>
- Dändliker, T., & Kolbe, N. (2017). Withdrawal Phenomena: A Concept Analysis for the Development of a Nursing Diagnosis. *Journal of Addictions Nursing*, 28(2), 79-87. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000168>
- Darling, N. (2007). Ecological Systems Theory: The Person in the Center of the Circles. *Research in Human Development*, 4(3-4), 203-217. <https://doi.org/10.1080/15427600701663023>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>
- Dávila Cervantes, C. A., Luna Contreras, M., Dávila Cervantes, C. A., & Luna Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 90(6), 606-616. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>
- Dávila-Cervantes, C. A. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Universidad y Salud*, 21(3), 235-239. <https://doi.org/10.22267/rus.192103.160>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davis, C. G., Thake, J., & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, *35*(4), 302-311. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.11.001>
- De la Fuente, L., Bravo, M. J., Jiménez-Mejías, E., Sordo, L., Pulido, J., & Barrio, G. (2012a). Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas en las prisiones españolas, 1992-2009: Una estimación corregida. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *14*(3), 86-90.
- De la Fuente, L., Bravo, M. J., Jiménez-Mejías, E., Sordo, L., Pulido, J., & Barrio, G. (2012b). [Evolution of the need and coverage of opioid substitution treatments and needle exchange programmes in Spanish prisons, 1992-2009]. *Revista Espanola De Sanidad Penitenciaria*, *14*(2), 67-77. <https://doi.org/10.1590/S1575-06202012000200005>
- Demaret, I., Lemaître, A., & Ansseau, M. (2013). [Heroin]. *Revue Medicale De Liege*, *68*(5-6), 287-293.
- Departamento de Sanidad Osakidetza. (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Dodds, T. J. (2017). Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, *19*(2). <https://doi.org/10.4088/PCC.16r02037>
- Dolder, P. C., Schmid, Y., Müller, F., Borgwardt, S., & Liechti, M. E. (2016). LSD Acutely Impairs Fear Recognition and Enhances Emotional Empathy and Sociality. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *41*(11), 2638-2646. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.82>
- Dolengevich, H., Gómez-Arnau, J., Rogríguez, B., & Sánchez-Mateos, D. (2015). *Nuevas Drogas Psicoactivas*. ENTHEOS.
- Dore, G., Mills, K., Murray, R., Teesson, M., & Farrugia, P. (2012). Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, *31*(3), 294-302. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00314.x>
- dos Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Riba, J., Zuardi, A. W., & Hallak, J. E. C. (2016). Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): A systematic review of clinical trials published in the last 25 years. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *6*(3), 193-213. <https://doi.org/10.1177/2045125316638008>
- Dragan, M., & Hardt, J. (2016). Childhood adversities and risk for problematic alcohol use. *Addictive Behaviors*, *59*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.015>

- Dubowitz, H., Roesch, S., & Lewis, T. (2021). Child Maltreatment, Early Adult Substance Use, and Mediation by Adolescent Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 26(2), 238-248. <https://doi.org/10.1177/1077559520941919>
- Durkheim, É. (2002). *Suicide: A study in sociology* (1. publ. in Routledge classics). Routledge.
- Dydyk, A. M., Jain, N. K., & Gupta, M. (2022). Opioid Use Disorder. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553166/>
- Edwards, G., Arif, A., & Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A WHO Memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59(2), 225-242.
- Elbogen, E. B., Lanier, M., Montgomery, A. E., Strickland, S., Wagner, H. R., & Tsai, J. (2020). Financial Strain and Suicide Attempts in a Nationally Representative Sample of US Adults. *American Journal of Epidemiology*, 189(11), 1266-1274. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa146>
- EMCDDA. (2018). *Perspectivas sobre las drogas. Salas de consumo supervisado de la droga: Una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles* (p. 10). https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_ES.pdf
- EMCDDA. (2021). *Informe europeo sobre drogas 2021: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/964347>
- Empson, S., Cuca, Y. P., Cocohoba, J., Dawson-Rose, C., Davis, K., & Machtinger, E. L. (2017). Seeking Safety Group Therapy for Co-Occurring Substance Use Disorder and PTSD among Transgender Women Living with HIV: A Pilot Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(4), 344-351. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1320733>
- Escotado, A. (2018). *APRENDIENDO DE LAS DROGAS: Usos, abusos, prejuicios y desafíos*. Independently published.
- Esmaili, E. D., Farahbakhsh, M., Sarbazi, E., Khodamoradi, F., Gaffari fam, S., & Azizi, H. (2022). Predictors and incidence rate of suicide re-attempt among suicide attempters: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 69, 102999. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102999>
- Esteva de Sagrera, J. (2005). El opio. *Offarm*, 24(10), 97-110.
- Evins, A. E., Korhonen, T., Kinnunen, T. H., & Kaprio, J. (2017). Prospective association between tobacco smoking and death by suicide: A competing risks hazard analysis in a large twin cohort with 35-year follow-up. *Psychological Medicine*, 47(12), 2143-2154. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000587>
- Farran, J. C., Casas, M., Cobos, J. P. de los, Río, M. del, Roncero, C., Castells, X., Valero, S., Eiroa-Orosa, F. J., Batlle, F., Trujols, J., & Group, on behalf of the C. O. H. S. (2012). Feasibility of Double-Blind Clinical Trials with Oral

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diacetylmorphine: A Randomized Controlled Phase II Study in an Inpatient Setting. *European Addiction Research*, 18(6), 279-287. <https://doi.org/10.1159/000336849>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Fernández-Miranda, J. (2017). *Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales: Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Guía clínica Socidrogalcohol*. Socidrogalcohol.
- Fernández-Quintana, A., Miguel-Arias, D., & Pereiro-Gómez, C. (2018). Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociadas al consumo de drogas. *Revista de Toxicología*, 35(1), 37-44.
- Flanagan, J. C., Korte, K. J., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2016). Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 18(8), 70. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0709-y>
- Fornés, J. (2018). *Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados*. (2ª edición). Panamericana.
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- García del castillo, J. A., Espada, J. P., Segura, M. C., López-Sanchez, C., & García del Castillo-López, Á. (2015). *Fundamentos de prevención de adicciones* (1º). EDAF.
- García-Martín, A. F., Santiago-Sáez, A., Labajo-González, E., Albarrán-Juan, M. E., Olivares-Pardo, E., & Perea-Pérez, B. (2020). Evaluación de Factores de Riesgo del Intento Suicida en población Clínica Hospitalaria en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 94, 8.
- Garro Vargas, K. (2011). Cocaína: Actualización medico legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 28(2), 57-62.
- Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 513-520. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000113>
- Gentil, L., Grenier, G., & Fleury, M.-J. (2021). Determinants of suicidal ideation and suicide attempt among former and currently homeless individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(5), 747-757. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01952-3>

- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M.-M., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Gilmore, D. D. (1994). *Hacerse hombre: Concepciones culturales de la masculinidad*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=194236>
- Gilmour, H. (2016). Threshold and subthreshold Generalized Anxiety Disorder (GAD) and suicide ideation. *Health Reports*, 27(11), 13-21.
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
- Goldman, L., Ausiello, D. A., & Schafer, A. I. (2016). *Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna*. Elsevier España.
- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2015). Cocaína: Una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>
- González Méndez, G. (2020). Patología dual: Definición, historia y recursos. *Educación social : revista de intervención socioeducativa*, 75, 81-96.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807-816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Griffin, E., Arensman, E., Perry, I. J., Bonner, B., O'Hagan, D., Daly, C., & Corcoran, P. (2018). The involvement of alcohol in hospital-treated self-harm and associated factors: Findings from two national registries. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 40(2), e157-e163. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox049>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grover, S., & Ghosh, A. (2018). Delirium Tremens: Assessment and Management. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 8(4), 460-470. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2018.04.012>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias de Galicia, (avalia-t). Consellería de Sanidad.
- Guillén, A. I., Marín, C., Panadero, S., & Vázquez, J. J. (2020). Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive Behaviors*, 103, 106246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>
- Hagborg, J. M., Thorvaldsson, V., & Fahlke, C. (2020). Child maltreatment and substance-use-related negative consequences: Longitudinal trajectories from early to mid adolescence. *Addictive Behaviors*, 106, 106365. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106365>
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 45(2), 260-273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hardt, J., Sidor, A., Bracko, M., & Egle, U. T. (2006). Reliability of retrospective assessments of childhood experiences in Germany. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 676-683. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235789.79491.1b>
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J. P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4), 167-180. <https://doi.org/10.1002/mpr.196>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., & Grupo ESEMeD-España. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clinica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hasin, D., Liu, X., Nunes, E., McCloud, S., Samet, S., & Endicott, J. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 375-380. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.375>
- Heal, D. J., Smith, S. L., Gosden, J., & Nutt, D. J. (2013). Amphetamine, past and present – a pharmacological and clinical perspective. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 27(6), 479-496. <https://doi.org/10.1177/0269881113482532>

- Heinbockel, T., & Csoka, A. B. (2018). Epigenetic Effects of Drugs of Abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(10), 2098. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102098>
- Hernández-Conesa, J. M., Esteban-Albert, M., & Moral de Calatrava, P. (2003). *Fundamentos de la enfermería teoría y método*. McGraw-Hill.
- Hochberger, J. M., & Lingham, B. (2017). Utilizing Peplau's Interpersonal Approach to Facilitate Medication Self-Management for Psychiatric Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(1), 122-124. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.006>
- Huerta-Ramírez, R. (2017). Conducta suicida en población general adulta española. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, *227*, 25-42.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Włodarczyk, J., & Zakhosha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *The European Journal of Public Health*, *29*(4), 741-747. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz037>
- Hung, G. C.-L., Huang, M.-C., Yip, P. S. F., Fan, H.-F., & Chen, Y.-Y. (2013). Association between childhood adversities and suicide attempts among alcoholic inpatients in Taiwan. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *74*(4), 559-564. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.559>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *191*, 234-258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Sitharthan, T. (2016). Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *206*, 331-349. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.011>
- Icick, R., Karsinti, E., Brousse, G., Chrétienneau, C., Trabut, J.-B., Belforte, B., Coeuru, P., Moisan, D., Deschenau, A., Cottencin, O., Gay, A., Lack, P., Pelissier-Alicot, A.-L., Dupuy, G., Fortias, M., Etain, B., Lépine, J.-P., Laplanche, J.-L., Bellivier, F., ... Bloch, V. (2022). Childhood trauma and the severity of past suicide attempts in outpatients with cocaine use disorders. *Substance Abuse*, *43*(1), 623-632. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1975875>
- Icick, R., Melle, I., Etain, B., Ringen, P. A., Aminoff, S. R., Leboyer, M., Aas, M., Henry, C., Bjella, T. D., Andreassen, O. A., Bellivier, F., & Lagerberg, T. V. (2019). Tobacco smoking and other substance use disorders associated with

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- recurrent suicide attempts in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 256, 348-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.075>
- Icick, R., Vorspan, F., Karsinti, E., Ksouda, K., Lépine, J.-P., Brousse, G., Mouly, S., Bellivier, F., & Bloch, V. (2018). Gender-specific study of recurrent suicide attempts in outpatients with multiple substance use disorders. *Journal of Affective Disorders*, 241, 546-553. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.076>
- Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Corcoran, P., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2017). Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- Insúa, P. (2000). *Programa de formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual de Educación sanitaria: Recursos para diseñar talleres de Prevención con Usuarios de Drogas* (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Krasowska, A., Kopera, M., Sławińska-Ceran, A., Brower, K. J., & Wojnar, M. (2014). History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1560-1568. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.010>
- Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J., & Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into “hard drugs” and “soft drugs”: A critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(6), 636-646. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1335736>
- Janiri, D., Di Nicola, M., Martinotti, G., & Janiri, L. (2017). Who’s the Leader, Mania or Depression? Predominant Polarity and Alcohol/Polysubstance Use in Bipolar Disorders. *Current Neuropharmacology*, 15(3), 409-416. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160607101400>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students—19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67-71. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Jones, A. (1996). The value of Peplau’s theory for mental health nursing. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 5(14), 877-881. <https://doi.org/10.12968/bjon.1996.5.14.877>
- Kelly, L. M., Drazdowski, T. K., Livingston, N. R., & Zajac, K. (2021). Demographic risk factors for co-occurring suicidality and cannabis use disorders: Findings from a nationally representative United States sample. *Addictive Behaviors*, 122, 107047. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107047>

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., & Üstün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttgart, Germany)*, 6(1), 5-9.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Khaderi, S. A. (2019). Introduction: Alcohol and Alcoholism. *Clinics in Liver Disease*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2018.09.009>
- Kim, A. M., Jeon, S.-W., Cho, S. J., Shin, Y. C., & Park, J.-H. (2021). Comparison of the factors for suicidal ideation and suicide attempt: A comprehensive examination of stress, view of life, mental health, and alcohol use. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102844. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102844>
- Kim-Godwin, Y., & Lee, M. H. (2019). Suicidal ideation, plan, and attempts and nonmedical prescription opioid use among U.S. adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.04.009>
- Kittirattanapaiboon, P., Suttajit, S., Junsirimongkol, B., Likhitsathian, S., & Srisurapanont, M. (2014). Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 453-458. <https://doi.org/10.2147/NDT.S56441>
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K., & Bjarnason, T. (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(8), 443-450. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0276-7>
- Kolb, B., & Wishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Ed. Médica Panamericana.
- Kölves, K., Koo, Y. W., & de Leo, D. (2020). A drink before suicide: Analysis of the Queensland Suicide Register in Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e94. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000062>
- Koob, G. F. (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction: Studies on the extended amygdala. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 13(6), 442-452. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2003.08.005>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Koob, G. F., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science (New York, N.Y.)*, 278(5335), 52-58. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0)
- Korolkovas, A., Burckhalter, J. H., Granados Jarque, R., & Bosch Cartes, J. (1979). *Compendio de química farmacéutica*. Reverté.
- koskenvuo, K., & Koskenvuo, M. (2015). Childhood adversities predict strongly the use of psychotropic drugs in adulthood: A population-based cohort study of 24,284 Finns. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(4). <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204732>
- Kuramoto, S. J., Chilcoat, H. D., Ko, J., & Martins, S. S. (2012). Suicidal ideation and suicide attempt across stages of nonmedical prescription opioid use and presence of prescription opioid disorders among U.S. adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 178-184. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.178>
- Lafaye, G., Karila, L., Blecha, L., & Benyamina, A. (2017). Cannabis, cannabinoids, and health. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(3), 309-316.
- Lähteenvuo, M., Batalla, A., Luykx, J. J., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2021). Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(1), 42-49. <https://doi.org/10.1111/acps.13291>
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Larkin, C., Griffin, E., Corcoran, P., McAuliffe, C., Perry, I. J., & Arensman, E. (2017). Alcohol Involvement in Suicide and Self-Harm. *Crisis*, 38(6), 413-422. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000488>
- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R.-A. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33.
- Lasheras, B. (Berta), Aguirre, N. (Norberto), Beitia, G. (Guadalupe), & Ariño-Plana, A. H. (Arturo H. (2001). *Drogodependencias: XX curso de actualización para postgraduados en farmacia*. Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/36294>
- Lasota, D., Al-Wathinani, A., Krajewski, P., Mirowska-Guzel, D., Goniewicz, K., Hertelendy, A. J., Alhazmi, R. A., Pawłowski, W., Khorram-Manesh, A., & Goniewicz, M. (2020). Alcohol and the Risk of Railway Suicide. *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), E7003. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197003>
- Lasota, D., Pawłowski, W., Krajewski, P., Staniszewska, A., Goniewicz, K., Czerski, R., & Goniewicz, M. (2020). Alcohol Intoxication and Suicide by Hanging in Poland. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 55(3), 278-283. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aaa013>
- Lavigne, J. E., Hur, K., Kane, C., Au, A., Bishop, T. M., & Pigeon, W. R. (2019). Prescription Medications for the Treatment of Insomnia and Risk of Suicide Attempt: A Comparative Safety Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(8), 1554-1563. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05030-6>
- Le Boisselier, R., Alexandre, J., Lelong-Boulouard, V., & Debruyne, D. (2017). Focus on cannabinoids and synthetic cannabinoids. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 101(2), 220-229. <https://doi.org/10.1002/cpt.563>
- Le, T. L., Levitan, R. D., Mann, R. E., & Maunder, R. G. (2018). Childhood Adversity and Hazardous Drinking: The Mediating Role of Attachment Insecurity. *Substance Use & Misuse*, 53(8), 1387-1398. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1409764>
- Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1, 5-18.
- Lego, S. (1999). The one-to-one nurse-patient relationship. 1980. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35(4), 4-23. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1999.tb00591.x>
- Lembke, A. (2012). Time to abandon the self-medication hypothesis in patients with psychiatric disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(6), 524-529. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694532>
- Li, D., Yang, X., Ge, Z., Hao, Y., Wang, Q., Liu, F., Gu, D., & Huang, J. (2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1257-1266. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.013>
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine (1982)*, 72(4), 608-616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Liechti, M. E. (2017). Modern Clinical Research on LSD. *Neuropsychopharmacology*, 42(11), 2114-2127. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.86>
- Lim, J. Y., & Lee, D. H. (2018). Characteristics of Drugs Ingested for Suicide Attempts in the Elderly. *Journal of Korean Medical Science*, 33(11), e86. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e86>
- Litwiller, B. J., & Brausch, A. M. (2013). Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: The role of violent behavior and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 675-684. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9925-5>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lizasoain, I., Moro, M. A., & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: Aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14(1), 57. <https://doi.org/10.20882/adicciones.513>
- López Sáez, J. A. (2017). *Los alucinógenos*. Editorial CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5045274>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Haro, B. (2018). Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. *Psychiatry Research*, 269, 542-548. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.100>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Haro, B. (2019). Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. *Addictive Behaviors*, 89, 5-9. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.006>
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (3ª Edición). Ed. Médica Panamericana.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. (3ª EDICIÓN). Editorial Medica Panamericana.
- Luo, D., Tan, L., Shen, D., Gao, Z., Yu, L., Lai, M., Xu, J., & Li, J. (2022). Characteristics of depression, anxiety, impulsivity, and aggression among various types of drug users and factors for developing severe depression: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03933-z>
- Lynch, F. L., Peterson, E. L., Lu, C. Y., Hu, Y., Rossom, R. C., Waitzfelder, B. E., Owen-Smith, A. A., Hubley, S., Prabhakar, D., Keoki Williams, L., Beck, A., Simon, G. E., & Ahmedani, B. K. (2020). Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: A case control study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-0181-1>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de enfermería*. (1ª edición). Ediciones ROL, S.A.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019a). What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(1), 91-99. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12878>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019b). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A

- population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327-337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Martínez, M., Aguilar, A., & Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Ediciones Díaz de Santos.
- Martínez-Ortega, J. M., Jurado, D., & Gurpegui, M. (2008). Nicotine dependence vs. daily smoking as a meaningful variable: Implications for clinical and epidemiological psychiatric studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(8), 1972-1977. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.09.015>
- Martínez-Ruiz, M., & Rubio-Valladolid, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Díaz de Santos.
- Masferrer, L., Escalé-Muntaña, E., Malagón, R., Cid, J., & Caparrós, B. (2018). Which Psychopathological Syndromes Could Be Associated with the Risk of Suicide among Substance Users? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), E2279. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102279>
- Mastrapa, Y. E., & Lamadrid, M. del P. G. (2016). Relación enfermera-paciente: Una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Beal, S., Evans-Polce, R. J., Kcomt, L., Engstrom, C., West, B. T., Veliz, P., Leary, K., McCabe, V. V., & Boyd, C. J. (2022). Sexual orientation differences in childhood sexual abuse, suicide attempts, and DSM-5 alcohol, tobacco, other drug use, and mental health disorders in the US. *Child Abuse & Neglect*, 123, 105377. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105377>
- McCall, W. V., Benca, R. M., Rosenquist, P. B., Riley, M. A., McCloud, L., Newman, J. C., Case, D., Rumble, M., & Krystal, A. D. (2017). Hypnotic Medications and Suicide: Risk, Mechanisms, Mitigation, and the FDA. *The American Journal of Psychiatry*, 174(1), 18-25. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030336>
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- McKernan, L. C., Nash, M. R., Gottdiener, W. H., Anderson, S. E., Lambert, W. E., & Carr, E. R. (2015). Further evidence of self-medication: Personality factors influencing drug choice in substance use disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(2), 243-275. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.2.243>
- Mead, J., & Parrott, A. (2020). Mephedrone and MDMA: A comparative review. *Brain Research*, 1735, 146740. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2020.146740>
- Medina Arias, N., & Ferriani, M. das G. C. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 504-512. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700004>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., O'Campo, P., Wiens, K., Nisenbaum, R., Wang, R., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2020). Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PloS One*, *15*(2), e0229385. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229385>
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Teunißen, S., Weirich, S., Kemper, U., Renner, W., Schäfer, I., & TRAUMAB Studygroup. (2018). Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *93*, 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.010>
- Messer, T., Lammers, G., Müller-Siecheneder, F., Schmidt, R.-F., & Latifi, S. (2017). Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *253*, 338-350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.067>
- Miccarelli, M. E. (2000). *Drogodependencia. Viaje de vuelta. Perfil psicológico del adicto*. Ediciones Jurídicas Cuyo.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1990). Benzodiazepines: Tolerance, dependence, abuse, and addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, *22*(1), 23-33. <https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472194>
- Milner, A. J., LaMontagne, A. D., Spittal, M. J., Pirkis, J., & Currier, D. (2018). Job Stressors and Employment Precarity as Risks for Thoughts About Suicide: An Australian Study Using the Ten to Men Cohort. *Annals of Work Exposures and Health*, *62*(5), 583-590. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy024>
- Milner, A. J., Shields, M., Currier, D., & King, T. L. (2020). Male-Dominated Occupations, Employment Status, and Suicidal Behaviors Among Australian Men. *Crisis*, *41*(1), 54-63. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000610>
- Ministerio de sanidad. (2020). *Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida*. MINISTERIO DE SANIDAD CENTRO DE PUBLICACIONES PASEO DEL PRADO 18-20. 28014 Madrid.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, & Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Encuesta Nacional de Salud. Cuestionario de Adultos*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/ENS_06_Adultos_definitivo.pdf#:~:text=La%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%28ENS%202006%29%20es,dise%C3%B1ada%20con%20la%20finalidad%20de%20obtener%20datos%20sobreelestadodelasalud%2Cutilizaci%C3%B3ndeserviciossanitarios%2Cprevenci%C3%B3n%2Cfactoresderiesgo%2C...delaspersonas.

- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health, 64*(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Moazen, B., Dolan, K., Saeedi Moghaddam, S., Lotfizadeh, M., Duke, K., Neuhann, F., Stöver, H., & Jahn, A. (2020). Availability, Accessibility, and Coverage of Needle and Syringe Programs in Prisons in the European Union. *Epidemiologic Reviews, 42*(1), 19-26. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa003>
- Moilanen, K. L., Shaw, D. S., & Maxwell, K. L. (2010). Developmental cascades: Externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology, 22*(3), 635-653. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000337>
- Molina Mansilla, M. del C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences, 2*, 2-30.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (Noc): Medición de Resultados En Salud*. Elsevier Health Sciences.
- Morales, A. D., & Morales, N. L. (2007). Epistemología del Proceso de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm, 15*(2). <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-84-3107.pdf>
- Morley, K. C., Sitharthan, G., Haber, P. S., Tucker, P., & Sitharthan, T. (2018). Characteristics of Suicide Attempters and Ideators in a Clinical Sample of Substance Users. *Substance Use & Misuse, 53*(11), 1811-1818. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1435075>
- Moya, C., González, J., Sánchez, A., Álvarez, C., Brime Beteta, B., Sendino Gómez, R., Farré Albadalejo, M., Bobes García, J., Torrens Melich, M., Sanchís Fortea, M., Flores Cid, J., Luna Maldonado, A., & Díez Tejedor, E. (2009). *Heroína*. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL CENTRO DE PUBLICACIONES.
- Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., & Walby, F. A. (2020). Suicide after contact with substance misuse services: A national registry study. *BJPsych Open, 6*(3), e45. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.23>
- Næss, E. O., Mehlum, L., & Qin, P. (2021). Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM - Population Health, 15*, 100853. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100853>
- Naicker, S. N., Norris, S. A., Mabaso, M., & Richter, L. M. (2017). An analysis of retrospective and repeat prospective reports of adverse childhood experiences

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- from the South African Birth to Twenty Plus cohort. *PloS One*, *12*(7), e0181522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181522>
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, *186*(2), 159-164. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.042>
- NANDA-I. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023, doceava edición*. Elsevier España.
- Nathan, P. E., Conrad, M., & Skinstad, A. H. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 29-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093546>
- Navarro, M., & Fonseca, F. R. (1999). Drogas, cerebro y emoción. *Arbor*, *162*(640), 507-522. <https://doi.org/10.3989/arbor.1999.i640.1657>
- Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., Aguilar-Gaxiola, S., & Navarro, C. (2013a). Adaptación cultural de la versión latinoamericana de la WHO Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) para su uso en España. *Gaceta Sanitaria*, *27*(4), 325-331. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.005>
- Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., Aguilar-Gaxiola, S., & Navarro, C. (2013b). Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain. *Gaceta Sanitaria*, *27*(4), 325-331. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.005>
- Navarro-Mateu, F., Quesada, M. P., Escámez, T., Alcaráz, M. J., Peña, C. S. de la, Salmerón, D., Huerta, J. M., Vilagut, G., Chirlaque, M. D., Navarro, C., Husky, M., Kessler, R. C., Alonso, J., & Martínez, S. (2019). Childhood adversities and 5-HTTLPR polymorphism as risk factors of substance use disorders: Retrospective case-control study in Murcia (Spain). *BMJ Open*, *9*(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030328>
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., Júdez, J., Martínez, S., Kessler, R. C., & Alonso, J. (2015). Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PloS One*, *10*(9), e0137293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137293>
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M., Vilagut, G., Alonso, J., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., Salmerón, D., Júdez, J., Martínez, S., & Navarro, C. (2013a). Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: The PEGASUS-Murcia project. *BMJ Open*, *3*(12), e004035. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004035>

- Navarro-Mateu, F., Tormo, M., Vilagut, G., Alonso, J., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., Salmerón, D., Júdez, J., Martínez, S., & Navarro, C. (2013b). Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: The PEGASUS-Murcia project. *BMJ Open*, 3(12), e004035. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004035>
- Ness, J., Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Steeg, S., Kapur, N., Clarke, M., & Waters, K. (2015). Alcohol use and misuse, self-harm and subsequent mortality: An epidemiological and longitudinal study from the multicentre study of self-harm in England. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 32(10), 793-799. <https://doi.org/10.1136/emered-2013-202753>
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645-659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. (p. 243). Ministerio de sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Ochoa, E., Molins, S., & Seijo, P. (2018). *Trastornos por uso de cocaína y otros trastornos mentales*. Socidrogalcohol.
- Oliffe, J. L., Creighton, G., Robertson, S., Broom, A., Jenkins, E. K., Ogradniczuk, J. S., & Ferlatte, O. (2017). Injury, Interiority, and Isolation in Men's Suicidality. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 888-899. <https://doi.org/10.1177/1557988316679576>
- Ong, C., Tan, R. K. J., Le, D., Tan, A., Tyler, A., Tan, C., Kwok, C., Banerjee, S., & Wong, M. L. (2021). Association between sexual orientation acceptance and suicidal ideation, substance use, and internalised homophobia amongst the pink carpet Y cohort study of young gay, bisexual, and queer men in Singapore. *BMC Public Health*, 21(1), 971. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10992-6>
- Opong Asante, K., & Meyer-Weitz, A. (2017). Prevalence and predictors of suicidal ideations and attempts among homeless children and adolescents in Ghana. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 29(1), 27-37. <https://doi.org/10.2989/17280583.2017.1287708>
- Orri, M., Séguin, J. R., Castellanos-Ryan, N., Tremblay, R. E., Côté, S. M., Turecki, G., & Geoffroy, M.-C. (2021). A genetically informed study on the association of cannabis, alcohol, and tobacco smoking with suicide attempt. *Molecular Psychiatry*, 26(9), 5061-5070. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0785-6>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Orts, R. S. (2004). Los cuidados de enfermería en salud mental y en las drogodependencias. *Revista española de drogodependencias*, 1-2, 5-8.
- Oshri, A., Rogosch, F. A., Burnette, M. L., & Cicchetti, D. (2011). Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: Child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(4), 634-644. <https://doi.org/10.1037/a0023151>
- Østergaard, M. L. D., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: A Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(7), 1250-1259. <https://doi.org/10.1111/add.13788>
- Page, A., Morrell, S., Hobbs, C., Carter, G., Dudley, M., Duflou, J., & Taylor, R. (2014). Suicide in young adults: Psychiatric and socio-economic factors from a case-control study. *BMC Psychiatry*, 14, 68. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-68>
- Paloczi, J., Varga, Z. V., Hasko, G., & Pacher, P. (2018). Neuroprotection in Oxidative Stress-Related Neurodegenerative Diseases: Role of Endocannabinoid System Modulation. *Antioxidants & Redox Signaling*, 29(1), 75-108. <https://doi.org/10.1089/ars.2017.7144>
- Pan, C.-H., Jhong, J.-R., Tsai, S.-Y., Lin, S.-K., Chen, C.-C., & Kuo, C.-J. (2014). Excessive suicide mortality and risk factors for suicide among patients with heroin dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.021>
- Park, E.-H., Hong, N., Jon, D.-I., Hong, H. J., & Jung, M. H. (2017). Past suicidal ideation as an independent risk factor for suicide behaviours in patients with depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(1), 24-28. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1249489>
- Partis, M. (2000). Bowlby's attachment theory: Implications for health visiting. *British Journal of Community Nursing*, 5(10), 499-503. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2000.5.10.12988>
- Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M., & Hintzen, A. (2008). The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(4), 295-314. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00059.x>
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343-349. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5)
- Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Fineberg, N. A., & Albert, U. (2020). Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-

- compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1001-1021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.115>
- Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P., & Ferrans, C. E. (2011). Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing science quarterly*, 24(2), 146-151. <https://doi.org/10.1177/0894318411399454>
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pereiro, C. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*.
- Pérez de los Cobos, J., Trujols, J., Ribalta, E., & Pinet, C. (2009). A typology of heroin-dependent patients based on their history of self-injurious behaviours. *Psychiatry Research*, 167(1-2), 169-177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.01.004>
- Pfeifer, P., Greusing, S., Kupferschmidt, H., Bartsch, C., & Reisch, T. (2020). A comprehensive analysis of attempted and fatal suicide cases involving frequently used psychotropic medications. *General Hospital Psychiatry*, 63, 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.011>
- Piazza, P. V., & Deroche-Gamonet, V. (2013). A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology*, 229(3), 387-413. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3224-4>
- Pineda-Ortiz, J., & Torrecilla-Sesma, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 1(1), 13-21.
- Pons-Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Therapeutic communication in Nursing: Essential instrument of care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>
- Poorolajal, J., & Darvishi, N. (2016). Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PloS One*, 11(7), e0156348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156348>
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 38(3), e282-e291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
- Poorolajal, J., Rostami, M., Mahjub, H., & Esmailnasab, N. (2015). Completed suicide and associated risk factors: A six-year population based survey. *Archives of Iranian Medicine*, 18(1), 39-43. <https://doi.org/0151801/AIM.0010>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Potter, P. J., & Frisch, N. (2007). Holistic assessment and care: Presence in the process. *The Nursing Clinics of North America*, 42(2), 213-228, vi. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.03.005>
- Poyatos, L., Pérez-Acevedo, A. P., Papaseit, E., Pérez-Mañá, C., Martín, S., Hladun, O., Siles, A., Torrens, M., Busardo, F. P., & Farré, M. (2020). Oral Administration of Cannabis and Δ -9-tetrahydrocannabinol (THC) Preparations: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(6), E309. <https://doi.org/10.3390/medicina56060309>
- Preuss, U. W., Schaefer, M., Born, C., & Grunze, H. (2021). Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina*, 57(11), 1256. <https://doi.org/10.3390/medicina57111256>
- Proctor, L. J., Lewis, T., Roesch, S., Thompson, R., Litrownik, A. J., English, D., Arria, A. M., Isbell, P., & Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and age of alcohol and marijuana initiation in high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 75, 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.021>
- Quezada, G. F. C., Paredes, T. D., Zanetti, A. C. G., & Ventura, C. A. A. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista CUIDARTE*, 3(1), 260-269.
- Quimby, E. G., Brogan, L., Atte, T., Diamond, G., & Fein, J. A. (2022). Evaluating Adolescent Substance Use and Suicide in the Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 38(2), e595-e599. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002453>
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: Efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*, 12(5), 117-133. <https://doi.org/10.20882/adicciones.676>
- Rasouli, N., Malakouti, S. K., Rezaeian, M., Saberi, S. M., Nojomi, M., De Leo, D., & Ramezani-Farani, A. (2019). Risk Factors of Suicide Death Based on Psychological Autopsy Method; a Case-Control Study. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 7(1), e50.
- Raynor, P. A., Nation, A., & Outlaw, F. (2020). Exploring substance use and mental health for minority transgender youth: Implications for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(3), 229-243. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000316>
- Redolar, D. (2008). *Cerebro y adicción: Neurobiología del refuerzo* (1. ed. en lengua castellana). Ed. UOC.
- Remington, J. p., & Gennaro, A. R. (2003). *Farmacología*. Médica Panamericana.
- Rhee, T. G., Barry, L. C., Kuchel, G. A., Steffens, D. C., & Wilkinson, S. T. (2019). Associations of Adverse Childhood Experiences with Past-Year DSM-5 Psychiatric and Substance Use Disorders in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2085-2093. <https://doi.org/10.1111/jgs.16032>

- Richer, I., Bertrand, K., Vandermeerschen, J., & Roy, E. (2013). A prospective cohort study of non-fatal accidental overdose among street youth: The link with suicidal ideation. *Drug and Alcohol Review*, 32(4), 398-404. <https://doi.org/10.1111/dar.12003>
- Rimes, K. A., Goodship, N., Ussher, G., Baker, D., & West, E. (2019). Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 230-240. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1370627>
- Rioux, C., Huet, A.-S., Castellanos-Ryan, N., Fortier, L., Le Blanc, M., Hamaoui, S., Geoffroy, M.-C., Renaud, J., & Séguin, J. R. (2021). Substance use disorders and suicidality in youth: A systematic review and meta-analysis with a focus on the direction of the association. *PloS One*, 16(8), e0255799. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255799>
- Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S., & Stanley, B. (2021). Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Current Addiction Reports*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research. Brain Research Reviews*, 18(3), 247-291. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(93\)90013-p](https://doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-p)
- Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 166-174. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)76363-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)76363-3)
- Rodrigo, A., Oviedo-Joekes, E., & PESPSA. (2005). Nuevas experiencias de tratamiento para heroínómanos: Programas de prescripción de heroína. *Behavioral Psychology*, 13(3), 371-382.
- Rodríguez, E., & Plaza, A. (2018). *Manual de enfermería en adicciones a sustancias y patología dual*. Ediciones Díaz de Santos.
- Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, M. D., Palma-Alvarez, R. F., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Rodríguez-Martos, L., Abad, A. C., & Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 262, 440-445. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021>
- Rosemberg, L., Davidson, L., Smith, J., Berman, A., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G., Moore-Lewis, B., Mills, D., & Murray, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 33(6), 1445-1456.
- Roy, A. (2009). Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(1), 46-51. <https://doi.org/10.1080/13811110802572130>
- Roy, A. (2010). Risk factors for attempting suicide in heroin addicts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(4), 416-420. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.4.416>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Roy, A., & Janal, M. N. (2007). Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 211-217. <https://doi.org/10.1080/13811110701250150>
- Ruglass, L. M., Lopez-Castro, T., Papini, S., Killeen, T., Back, S. E., & Hien, D. A. (2017). Concurrent Treatment with Prolonged Exposure for Co-Occurring Full or Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 150-161. <https://doi.org/10.1159/000462977>
- Sable, P. (2004). Attachment, ethology and adult psychotherapy. *Attachment & Human Development*, 6(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/14616730410001663498>
- Salloum, I. M., & Brown, E. S. (2017). Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 366-376. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1292279>
- Sander, G., Scandurra, A., Kamenska, A., MacNamara, C., Kalpaki, C., Bessa, C. F., Laso, G. N., Parisi, G., Varley, L., Wolny, M., Moudatsou, M., Pontes, N. H., Mannix-McNamara, P., Libianchi, S., & Antypas, T. (2016). Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduction Journal*, 13(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0118-x>
- Sander, G., Shirley-Beavan, S., & Stone, K. (2019). The Global State of Harm Reduction in Prisons. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 25(2), 105-120. <https://doi.org/10.1177/1078345819837909>
- Santana, A. (2004). *El narcotráfico en América Latina*. Siglo XXI.
- Santis, R., Hidalgo, C. G., Hayden, V., Anselmo, E., Jaramillo, A., Padilla, O., & Torres, R. (2016). [Suicide attempts and self inflicted harm: A one year follow up of risk behaviors among out of treatment cocaine users]. *Revista Medica De Chile*, 144(4), 526-533. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000400016>
- Santos, B., & Guerrero, M. D. (1994). *Administración de medicamentos: Teoría y práctica*. Ediciones Díaz de Santos.
- Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 227-237. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000332>
- Saunders, J. B., & Latt, N. C. (2015). Diagnostic Definitions, Criteria and Classification of Substance Use Disorders. En N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 167-189). Springer Milan. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_107
- Schneider, B., Kølves, K., Blettner, M., Wetterling, T., Schnabel, A., & Värnik, A. (2009). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a

- Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Research*, 165(3), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.022>
- Schneider, B., Wetterling, T., Georgi, K., Bartusch, B., Schnabel, A., & Blettner, M. (2009). Smoking differently modifies suicide risk of affective disorders, substance use disorders, and social factors. *Journal of Affective Disorders*, 112(1), 165-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.04.018>
- Schofield, D., Tennant, C., Nash, L., Degenhardt, L., Cornish, A., Hobbs, C., & Brennan, G. (2006). Reasons for cannabis use in psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 570-574. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01840.x>
- Segura-Munguía, S. (2014). *Diccionario etimológico de Medicina*. Universidad de Deusto.
- Sellers, C. M., Diaz-Valdes Iriarte, A., Wyman Battalen, A., & O'Brien, K. H. M. (2019). Alcohol and marijuana use as daily predictors of suicide ideation and attempts among adolescents prior to psychiatric hospitalization. *Psychiatry Research*, 273, 672-677. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.006>
- Sessa, B., Higbed, L., & Nutt, D. (2019). A Review of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-Assisted Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00138>
- Siefried, K. J., Acheson, L. S., Lintzeris, N., & Ezard, N. (2020). Pharmacological Treatment of Methamphetamine/Amphetamine Dependence: A Systematic Review. *CNS Drugs*, 34(4), 337-365. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00711-x>
- Sierra, J. A. M., Iglesias, J. T., Jiménez, A. M., Molina, J. P., & Fernández, C. R. (2001). Evaluación de tipologías en toxicomanías. *Apuntes de Psicología*, 19(2), 263-282.
- Siles González, J. (2016). La utilidad práctica de la Epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 86-92.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Simmler, L. D., & Liechti, M. E. (2018). Pharmacology of MDMA- and Amphetamine-Like New Psychoactive Substances. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 252, 143-164. https://doi.org/10.1007/164_2018_113
- Skeer, M., McCormick, M. C., Normand, S.-L. T., Buka, S. L., & Gilman, S. E. (2009). A prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1-2), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.017>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Smith, D. J., Whitham, E. A., & Ghaemi, S. N. (2012). Bipolar disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 251-263. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00015-2>
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado S.E.T. de Trastornos Adictivos*. Ed. Médica Panamericana.
- Spijker, J., de Graaf, R., Ten Have, M., Nolen, W. A., & Speckens, A. (2010). Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 513-521. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0093-6>
- Spittlehouse, J. K., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2020). Sexual orientation and mental health over the life course in a birth cohort. *Psychological Medicine*, 50(8), 1348-1355. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001284>
- Stone, K., & Shirley-Beavan, S. (2018). *Global State of Harm Reduction 2018*. Harm Reduction International.
- Tadros, A., Sharon, M., Crum, M., Johnson, R., Quedado, K., & Fang, W. (2020). Coexistence of Substance Abuse among Emergency Department Patients Presenting with Suicidal Ideation. *BioMed Research International*, 2020, 7460701. <https://doi.org/10.1155/2020/7460701>
- Téllez, J., & Cote, M. (2005). EFECTOS TOXICOLÓGICOS Y NEUROPSIQUIÁTRICOS PRODUCIDOS POR CONSUMO DE COCAÍNA. *Faculty of Medicine Journal*, 53. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000100003
- Tirado-Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., & Torrens, M. (2018). Dual diagnosis in Depression: Treatment recommendations. *Adicciones*, 30(1), 66-76. <https://doi.org/10.20882/adicciones.868>
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2020). Nursing Process. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., & Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Toyne, J. M. (1999). The Transformation of Coca to Cocaine: An Overview of Traditional Drug Use and Modern Drug Use. *The University of Western Ontario Journal of Anthropology*, 7(1), Article 1. <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/uwoja/article/view/8770>
- Turpin, R. E., Rosario, A. D., & Dyer, T. V. (2020). Substance Use and Suicide Attempts Among Adolescent Males Who Are Members of a Sexual Minority: A Comparison of Synthesized Substance-Use Measures. *American Journal of Epidemiology*, 189(9), 900-909. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa055>

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *Terminología e Información sobre Drogas*. UNODC. <https://doi.org/10.18356/ea02b5b2-es>
- UNODC/MPS. (2010). *La prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles*. UNODC. https://www.redpapaz.org/alcohol/images/Prevencion_en_manos_de_los_jovenes.pdf
- Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72-83. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., & Egger, M. (2014). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1500-1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
- Vearrier, L. (2019). The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis. *Disease-a-Month: DM*, 65(5), 119-141. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.12.002>
- Velasco, A. (2014). Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 51, 241-248.
- Velásquez de Pabón, E., Olaya, álvaro, Castaño, G., & Castro, S. (2013). *Adicciones: Aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención - 1a Ed.* (Primera edición). Corporación para investigaciones Biológicas CIB.
- Villamil Grest, C., Cederbaum, J. A., Lee, J. O., & Unger, J. B. (2021). Adverse childhood experiences and the substance use behaviors of Latinx youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 227, 108936. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108936>
- Washton, A. M., & Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: Cómo comprender y superar las adicciones*. Ediciones Paidós.
- Webster, L. R. (2017). Risk Factors for Opioid-Use Disorder and Overdose. *Anesthesia and Analgesia*, 125(5). <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002496>
- WHO. (1969). *Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia* (Serie de Informes técnicos N.º 407; p. 30). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38468/WHO_TRS_407_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wiebenga, J. X. M., Dickhoff, J., Mérelle, S. Y. M., Eikelenboom, M., Heering, H. D., Gilissen, R., van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders*, *283*, 267-277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053>
- Wise, R. A., & Bozarth, M. A. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review*, *94*(4), 469-492.
- Witt, K., Pirkis, J., Scott, D., Smith, K., & Lubman, D. (2021). Trajectories in suicide attempt method lethality over a five-year period: Associations with suicide attempt repetition, all-cause, and suicide mortality. *PloS One*, *16*(1), e0245780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245780>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Ahmedani, B., Rossom, R., Coleman, K., Boggs, J. M., & Simon, G. E. (2021). Suicide Behavior Following PHQ-9 Screening Among Individuals With Substance Use Disorders. *Journal of Addiction Medicine*, *15*(1), 55-60. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000696>
- Yates, K., Lång, U., Cederlöf, M., Boland, F., Taylor, P., Cannon, M., McNicholas, F., DeVylder, J., & Kelleher, I. (2019). Association of Psychotic Experiences With Subsequent Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Population Studies. *JAMA Psychiatry*, *76*(2), 180-189. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3514>
- Zarea, K., Maghsoudi, S., Dashtebozorgi, B., Hghighizadeh, M. H., & Javadi, M. (2014). The Impact of Peplau's Therapeutic Communication Model on Anxiety and Depression in Patients Candidate for Coronary Artery Bypass. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, *10*, 159-165. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010159>
- Zimić, J. I., & Jukić, V. (2012). Familial risk factors favoring drug addiction onset. *Journal of Psychoactive Drugs*, *44*(2), 173-185. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.685408>
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. En X. Zhang, J. Shi, & R. Tao (Eds.), *Substance and Non-substance Addiction* (Vol. 1010, pp. 21-41). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

ANEXOS

Anexo 1.

Lista de comprobación Strobe para estudios observacionales de casos y controles.

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls (b) For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
<p>*Give information separately for cases and controls.</p> <p>Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at http://www.plosmedicine.org/, Annals of Internal Medicine at http://www.annals.org/, and Epidemiology at http://www.epidem.com/). Information on the STROBE Initiative is available at http://www.strobe-statement.org.</p>		

Anexo 2.

Consentimiento informado Estudio PEGASUS-MURCIA.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo



Fundación para la Formación
e Investigación Sanitarias
de la Región de Murcia



Servicio
Murciano
de Salud

**Estudio sobre la salud y calidad de vida en la Región de Murcia.
ESTUDIO PEGASUS-MURCIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO _____ Código: _____

Yo, D/Dña _____, confirmo que entiendo y acepto las siguientes consideraciones relacionadas con mi participación en el "Estudio sobre la Salud y Calidad de Vida en la Región de Murcia: Estudio PEGASUS-Murcia":

1. Los objetivos principales del estudio se centran en la descripción y análisis de diversos factores de riesgo y protectores relacionados con la salud y la calidad de vida percibida en una muestra representativa de la población general de Murcia.
2. Las respuestas de su entrevista se procesarán respetando la más estricta confidencialidad y de acuerdo a la legislación aplicable (Ley Orgánica del Tratamiento de Datos de carácter personal 15/1999 y normativa complementaria).
3. Los datos que facilita se guardarán en un archivo de seguridad y pasarán a formar parte de un fichero inscrito en la Agencia de protección de datos, del que es responsable la **Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS)** de la Región de Murcia, pudiendo ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos ante dicha fundación, en Calle Luis Fontes Pagán 9-1º (30003-Murcia).

Dicho archivo cumplirá con las medidas de seguridad legalmente exigibles, y sólo será accesible por personal vinculado al proyecto, dentro de las preceptivas obligaciones de confidencialidad.
4. Sólo se facilitarán los datos de la entrevista de forma anónima (desvinculados de sus datos personales) y/o agregada (estadísticas acumuladas con el conjunto de respuestas de los entrevistados) a otros centros de investigación, nacionales o internacionales, si dicha cesión es aceptada por el Comité de Investigadores del proyecto.
5. Su participación en el estudio es voluntaria, pudiendo, en un futuro, ser contactado de nuevo para contestar otras preguntas relacionadas con la investigación.
6. Se le informa de su derecho a revocar el presente consentimiento cuando libremente lo decida.

Fecha _____ / _____ / 20_____

Firman por duplicado

Firma del Entrevistador: _____ Firma del Entrevistado: _____

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F.: _____ N.I.F.: _____



PEGASUS
Estudio sobre Salud y Calidad
de Vida en la Región de Murcia
Unión Agrícola e Industrial

Proyecto PEGASUS-Murcia
Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS) de la Región de Murcia
C/ Luis Fontes Pagán, 9, 1º, 30003 Murcia (España)
Tel.: 442 304 767 Fax: 968 303 777 Correo: ffis@pegasusmurcia.com