



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Evaluación de la eficacia de un programa
de tratamiento en adicciones

**Dña. Asunción Santos de Pascual
2022**



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Evaluación de la eficacia de un programa
de tratamiento en adicciones

Autora:

Dña. Asunción Santos de Pascual
2022

Directoras:

Dra. Dña. Concepción López Soler
Dra. Dña. María Vicenta Alcántara López

Dedicatoria

A mi familia

Por el apoyo de mi marido y mis hij@s, por estar ahí siempre que los necesito, porque cuando me miro en ellos puedo verme y creo en mí.

*A mi otra gran familia de
Proyecto Hombre Murcia, Patronato,
compañeros/as, personas voluntarias,
usuarios/as y sus familias*

*Y a mis padres por muchas
razones...*

Agradecimientos

Esta aventura de realizar el doctorado y sacar hacia adelante esta tesis ha sido todo un reto para mí, que he centrado todo mi trabajo en la intervención y el acompañamiento a las personas y en los últimos años en la dirección y gestión de esta gran institución como es Proyecto Hombre. Cuando el Presidente de esta Fundación, D. Tomas Zamora, me anima y me impulsa a lanzarme a hacer este proyecto, además de un gran vértigo, sentí que sola no podía y que necesitaba el apoyo y la implicación de otras personas y así fue, me he sentido apoyada y respaldada por personas a las que quiero agradecer su apoyo e implicación.

En primer lugar, agradecer a la Dra. Concepción López Soler, codirectora de esta tesis, su gran apoyo, confianza y paciencia conmigo. Ha sido un camino duro que ella lo ha hecho fácil, admiro profundamente su capacidad de trabajo, compromiso y profesionalidad, ha sido un gran regalo conocerla y un privilegio y orgullo haber estado durante estos años compartiendo este trabajo. Espero poder seguir aprendiendo de ella y de su gran capacidad teórica y clínica en el mundo de la psicología y la investigación.

Quiero agradecer también a la Dra. Mavi Alcántara López, codirectora de esta tesis, por su apoyo e implicación desde el silencio, que ha sido muy necesario para que haya podido terminar este trabajo.

Por supuesto al Presidente de la fundación que da respaldo a Proyecto Hombre Murcia, D. Tomás Zamora Ros, por creer en mí siempre y porque me impulsa, y me ayuda a crecer personal y profesionalmente. Muy agradecida siempre por el apoyo que recibo y por el amor que le tiene a Proyecto Hombre.

A todos mis compañeros de equipo de Proyecto Hombre Murcia, en especial a mi equipo de directoras (Ana, Reyes, Loli y Ángeles) y a Luis por el apoyo recibido de ellos, la comprensión y la generosidad. Todo el equipo ha sido y son parte indispensable de este proyecto, la sistematización en el trabajo realizado, ha sido de gran ayuda para poder llevar a cabo este trabajo de investigación, así como su buen hacer, profesionalidad e implicación.

A mi familia, mi marido y mis hij@s que son mis incondicionales, que me han dado ánimo y aliento cuando a veces me faltaba, y que han sufrido mis altibajos emocionales cuando a veces no veía luz.

A mis padres y hermanas porque siempre creen en mí y me impulsan...

A mis amig@s, en especial, Maria y Celia porque siento que ellas están siempre presentes en mi vida compartiendo todos los momentos importantes que me pasan y este no ha sido menos, me ayudan a ser mejor y más feliz.

Quería hacer mención especial a mi compañero de vida, Tomás, porque me sostiene cuando flaqueo, porque me facilita la vida para que pueda hacer realidad mis sueños, porque cubre mis ausencias en casa, porque cuida de mí y de nuestros hij@s con tanto amor y dedicación, y de esta manera yo he podido centrarme en este trabajo.

Y en general a todas las personas a las que quiero y me quieren...

Gracias

¿Por qué temer a las sombras?

Donde veas sombra significa
que en un lugar cercano la luz
resplandece.

Claudio Naranjo

Índice

EVALUACION DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PARA LAS ADICCIONES	1
MARCO TEORICO	14
1. INTRODUCCION	17
2. EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN LA ACTUALIDAD	18
2.1. PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA	19
2.2. PROBLEMAS ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS, Y SU IMPACTO SOCIAL	26
2.3 PERCEPCIONES DE LA POBLACION ANTE LAS DROGAS	29
2.4 EVOLUCION DE LAS ADICCIONES EN EUROPA	32
3. CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCION. DIFERENCIAS DE GÉNERO	36
4. COMORBILIDAD PSICOPATOLOGICA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.	42
5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS ADICCIONES	53
5.1 MODELO BIOMEDICO	54
5.2 MODELO BIO-PSICO-SOCIAL EN EL AMBITO DE LAS ADICCIONES	59
5.3 MODELO SOCIOCULTURAL	62
6. TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS EN ADICCIONES	63
6.1 LA ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL	65
6.2 TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.	67
6.3 <i>MODELOS MULTICOMPONENTES</i>	73
6.4 TERAPIAS CENTRADA EN LA FAMILIA	74
6.5 INTERVENCIONES PSICOLOGICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA SEGÚN SUSTANCIAS	76
7. EVALUACION DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS	85
8. ADICCIONES DURANTE LA PANDEMIA	93
MARCO EXPERIMENTAL	98
1. INTRODUCCION	98
PARTE I: PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES.	100
2. <i>OBJETIVOS</i>	100
3. <i>HIPOTESIS</i>	101
4. <i>METODO</i>	101
ESTUDIO EMPIRICO II: Eficacia del programa de intervención multimodal en población adicta.	112
5. <i>OBJETIVOS</i>	112

6. HIPOTESIS	113
7. METODO	114
8. RESULTADOS	120
DISCUSION	127
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	133
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	135
ANEXO I. Registro de Primera entrevista	159

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Biopsicosocial para las adicciones	60
---	----

Índice de Tablas

Tabla 1. Resumen enfoques en psicoterapia	64
Tabla 2. Esquema de Wanigaratne y Keaneyen	68
Tabla 3. Componentes de tratamientos cognitivo-conductuales para las drogodependencias.....	82
Tabla 4. Comparación de variables sociodemográficas y de consumo	106
Tabla 5. Estado de Salud	107
Tabla 6. Familia y Relaciones Sociales.....	107
Tabla 7. Prevalencias MCMI-III	109
Tabla 8. Diferencias de Medias en las escalas del MCMI-III	111
Tabla 9. Atendidos en 2021 PH Murcia.....	115
Tabla 10. Instrumentos.....	118
Tabla 11. Medias de Edad, Edad de Inicio y Tiempo de Consumo	120
Tabla 12. Características sociodemográficas de la muestra	121
Tabla 13. Variables de consumo y clínicamente relevantes.....	122
Tabla 14. Diferencias entre las Evaluaciones de Inicio, 6 meses y 12 meses.....	124
Tabla 15. Diferencias por sexo	125
Tabla 16. Diferencias por número de tratamientos previos, y tipo de alta	126
Tabla 17. EuropASI y medicación	127

RESUMEN

Los trastornos por abuso de drogas constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes, por lo que el desarrollo de programas de tratamiento eficaces es un asunto de relevancia. Se requiere, por tanto, que estas intervenciones sean objeto de una evaluación científica en relación a los efectos terapéuticos beneficiosos esperados para cada una de ellas.

El programa de tratamiento objeto de estudio se dirige a personas con problemas de adicción y con una importante desestructuración social y familiar, constando de cuatro fases: Evaluación y diagnóstico, motivación, Comunidad Terapéutica y Autonomía o Reinserción.

Los resultados evidenciaron una alta influencia del tiempo en tratamiento sobre el impacto del programa en los procesos adictivos, así como diversos efectos de perfiles psicosociales sobre la retención y problemas de salud mental.

PALABRAS CLAVE: género, adicción, patología dual, intervención psicosocial

ABSTRACT

Substance Abuse diseases are one of the most important public health issues and the development of Evidence Based Treatments are a relevant topic in industrialized societies. There is a need to assess the beneficial effect these intervention could have via rigorous scientific methodologies and analysis.

The treatment program object to our evaluation is destined to addicts with important family and social problems. It has four treatment phases: Evaluation and diagnostic, Motivation, Therapeutic Community, and Autonomy & Reinsertion.

Results show a high effect of time in treatment in the outcomes of patients, and effects of psychosocial profiles on retention and mental health problems.

KEYWORDS: gender, addiction, dual pathology, psychosocial intervention

MARCO TEORICO

1. INTRODUCCION

Los trastornos por consumo de sustancias (TUS) son una preocupación importante en todo el mundo debido a su poderoso impacto psicosocial y constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes (Ballesteros-Cabrera y Sarmiento-López, 2014; Daigre, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2016). Se trata de un problema multidimensional que afecta a todas las facetas de la vida de la persona que la desarrolla y que por lo tanto implica la necesidad de una intervención bien diseñada que atienda a todas las problemáticas concretas que presenten orgánicas, psicológicas y sociales (Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen, 2020).

Según el último Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre consumo de drogas 2020, un 5.5% de la población mundial entre 15 y 64 años usaron drogas en el último año, mientras que más de 35 millones de personas sufren Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). El último Informe del Observatorio Español de Drogas indica que en el año 2017, hubo un total de 72.552 admisiones a tratamiento por TUS, situándose el alcohol en primer lugar (35%) seguido de la cocaína (27.8%), el cannabis (17.8%) y los opioides (16%). Sin embargo la accesibilidad a los tratamientos sigue siendo limitada, solo uno de cada 8 personas con TUS recibe tratamiento, según el Informe de la OMS sobre consumo de drogas 2020. Conocer el número y sobre todo las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA], 2019)

En los últimos años ha ido creciendo la comprensión del fenómeno de las adicciones gracias al esfuerzo continuo de los profesionales e investigadores por dilucidar los factores más relevantes para los tratamientos y, actualmente, se apuesta por invertir en enfoques de tratamiento que se muestren eficaces (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2018; EMCDDA, 2014; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Adicciones, 2017).

Con esta tesis se pretende contribuir a desarrollar programas de tratamiento cada vez más eficaces y que nuestro estudio suponga una actualización y mejora de aquellas áreas en las que se detecte mayores limitaciones. El programa de tratamiento objeto de estudio se dirige a personas con problemas de adicción y con una importante desestructuración social y familiar, constando de cuatro fases: Evaluación y diagnóstico, motivación y Comunidad Terapéutica.

Este trabajo de investigación consta de dos partes, una teórica y otra parte empírica. En la parte teórica se abarca la problemática de las drogas en la actualidad, cuales son las características psicosociales y psicopatológicas de las personas con adicción y las diferencias entre hombres y mujeres. Presentaremos cuales son los principales modelos de tratamientos para las adicciones, la evaluación de la eficacia de estos y pasaremos a describir el modelo de tratamiento de Proyecto Hombre en Murcia.

En la segunda parte se presentan dos estudios empíricos. En el primero se presenta un estudio descriptivo del perfil psicosocial y psicopatológico de una muestra de pacientes que están realizando un tratamiento para las adicciones y las diferencias entre hombres y mujeres. Para ello se cuentan con datos recogidos por profesionales de Proyecto Hombre Murcia a 142 pacientes ingresados en el mismo.

El segundo estudio es una evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento llevado a cabo en Proyecto Hombre Murcia. Para ello se evaluaron a 166 pacientes, a través del EuropASI, al inicio, a los 6 y a los 12 meses de su intervención.

Por últimos se presentan las conclusiones de los resultados encontrados y una serie de recomendaciones destinadas a la mejora del tratamiento evaluado y a establecer futuras líneas de investigación que sean necesarias.

2. EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN LA ACTUALIDAD

Según el Plan Nacional Sobre Drogas 2017-2024, la situación del consumo de sustancias ilegales en España sigue siendo una de las amenazas más persistentes en nuestra sociedad, afectando directa o indirectamente a la vida de millones de personas en nuestro país. Es fundamental valorar y estudiar los datos epidemiológicos, para poder detectar cuales son los grupos de riesgo y sacar conclusiones de cómo va evolucionando el consumo de sustancias y otras adicciones en nuestra sociedad. Esto nos facilitara dar una información clara y objetiva con el fin de prevenir y evitar las adicciones.

A continuación se presentan los datos más actualizados de esta situación según los informes del Plan Nacional de Drogas en España, Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2019-2020, La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES (2018-2019), Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azahar en España 2015, coordinado por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ) y El Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías 2019 (EMCDDA, por sus siglas en inglés), agencia descentralizada dependiente en última instancia de la Unión Europea.

Estas encuestas en hogares, a estudiantes y en grupos especiales de la población son estrategias epidemiológicas para monitorear el problema de las

drogas, las cuales permiten ver anticipadamente fenómenos que posteriormente son evidentes en la población general. Además de las tendencias y del patrón de consumo de drogas, estos estudios muestran la influencia de otros factores que incrementan el uso y sus consecuencias (Villatoro Velázquez et al., 2016).

Hay que tener en cuenta que al tratarse el consumo de drogas de una conducta estigmatizada y de difícil seguimiento socio-sanitario, existe la posibilidad de que los datos ofrecidos no reflejen de forma totalmente fidedigna la realidad de las adicciones en España y Europa.

2.1. PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA

El informe EDADES 2019-2020 está dirigido por la Delegación Nacional del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas. Este programa de encuestas se realiza bianual, comenzó en 1995 y en la actualidad están disponibles los resultados de trece encuestas, esto permite observar la evolución de las prevalencias del consumo de drogas, además de otras cuestiones relacionadas (perfiles del consumidor, percepción del riesgo, etc.).

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años, superando las 20000 personas en las encuestas realizadas a partir de 2005. De hecho, para esta edición estaba previsto realizar un total de 25250 entrevistas, pero debido a la interrupción del trabajo de campo por la pandemia finalmente ésta se ha quedado en 17899 encuestas, cifra no obstante muy cerca de la muestra de otros años.

Es importante destacar que las entrevistas se realizaron antes del inicio del Estado de Alarma (Real Decreto 463/2020), decretado por el cual se confinaba a la población por la alerta sanitaria provocada por la Covid-19. Por lo tanto, en ese año se han realizado 17899 encuestas, de las cuales 14399 corresponden a la muestra nacional y 3560 a las ampliaciones que han realizado algunas comunidades autónomas.

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando cuatro indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por edad.

2.1.1. EVOLUCIÓN TEMPORAL

Según datos de la Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España EDADES 2019-2020, el 93% de la población de 15 a 64 años

manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, por lo que diríamos que es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo, dato superior al de 2017 (91.2%). Detrás del alcohol se encuentra el tabaco, que es la segunda sustancia más consumida en España. El 70% de la población encuestada manifiesta haber consumido tabaco alguna vez en la vida. Evolutivamente este dato se mantiene muy estable, registrándose un ligero repunte con respecto al 2017 (69.7%). En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta médica vemos que su prevalencia de consumo alguna vez en la vida es del 22.5% lo que supone un aumento de 1.7% con respecto al dato de 2017, siguiendo con la tendencia creciente que se viene observando desde 2015.

Respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es con mucha diferencia la que está más extendida en España. En términos evolutivos continúa la tendencia creciente de consumo que se inició en 2013 resultando en 2019 el máximo valor histórico (37.5%) y superando en 2.3 puntos el dato obtenido en 2017 (35.2%) alcanzando el máximo de la serie histórica. En cuanto a la cocaína, es la segunda sustancia ilegal más consumida en el país. El 11.2 % de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida, puntuación que se ha visto incrementada en casi 1 punto con respecto a 2017.

En lo que respecta al consumo en los últimos 12 meses, el 77.2% ha consumido alguna bebida alcohólica, volviendo a ser la sustancia psicoactiva más consumida, dato que ha aumentado con respecto al año 2017 (75.2%). El 39.4% dice haber fumado tabaco y el 12% hipnosedantes, ya sea con o sin receta médica, en el último año. Respecto a las drogas ilegales, 10.5% ha consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, proporción que ha disminuido 0.5 puntos con respecto al año 2017. La prevalencia del consumo de cocaína en este tramo temporal se mantiene en un 2.5%. El resto de drogas ilegales tienen un consumo residual, por debajo del 1% dentro de este tramo temporal.

En los últimos 30 días, el consumo de alcohol se sitúa en el 63%, prácticamente igual que en 2017 (62.7%). El tabaco vemos un descenso con respecto al 2017, pasando de 38.8% a 36.8%. El cannabis se sitúa en un 8% cuando se analiza el consumo en el último mes, observamos que ha disminuido ligeramente con respecto a los datos obtenidos en 2017 (9.1%). En cuanto a hipnosedantes el 8.6% de los españoles los ha consumido en el último mes, siendo más alta que en 2017 (7.5%). En cuanto a la cocaína el 1.1% reconoce haber consumido cocaína en alguna ocasión en el último mes previo a la realización de la encuesta, dato que permanece constante desde 2009.

Al analizar el consumo diario, observamos un descenso en el consumo de tabaco (32.3%) de 1.7 puntos con respecto a 2017. En el resto tanto alcohol (8.8%), cannabis (2.95%), e hipnosedantes (6.4%) se registran incrementos

con respecto a 2017. En cuanto a otras conductas adictivas como el juego patológico, en 2015 se realizó el Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azahar en España, coordinado por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), mediante cuestionario en base a la población residente en España mayor de 18 años. Los resultados mostraron un índice de prevalencia del 0.9% para personas catalogadas como jugadores patológicos, del 1% en personas catalogadas como jugadores con problemas, y del 4.4% para jugadores con algún tipo de riesgo.

La forma presencial de participar en juegos de azar es la modalidad más empleada (casas de apuestas, máquinas de juego, casinos, concursos, apuestas hípcas y juegos de cartas), aunque se ha producido un repunte en los juegos de azar online, a medida que se incrementa el nivel de patología hacia el juego, el gasto en juegos de azar online es mayor. Según el informe elaborado por la D.G. de Ordenación del Juego (DGOJ) 2015, se observa un aumento en todos los indicadores del juego online con respecto al 2014: en el número total de jugadores activos, 985333 personas (incremento del 19.6%), el número medio de jugadores activos mensuales, 379883 (aumento del 16.2%), la participación media 8614€ (incremento del 10.9%, principalmente en las mujeres), el gasto medio por jugador, 293€ (incremento del 20.6%).

Con respecto a los más jóvenes, según datos de La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES (2018-2019), las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco) seguidas del cannabis y de los hipnosedantes con o sin receta médica. El consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el de drogas ilegales entre los hombres. La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 14 y 16 años y las prevalencias de consumo aumentan con la edad. En 2018, el 77,9% de los jóvenes había consumido alcohol alguna vez, el 75.9% en el último año y el 58.5% en el último mes. Aunque parece que los niveles de consumo de alcohol siguen siendo elevados, se observa un ligero descenso en las prevalencias de consumo con respecto a los últimos 30 días y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un mayor riesgo ante el consumo de alcohol. El consumo intensivo y borracheras continua con prevalencias elevadas. Casi la mitad de los estudiantes se ha emborrachado en el último año, el 46.5% de las chicas y el 42.3% de los chicos. Los menores de edad obtienen alcohol con mucha facilidad, principalmente de supermercados (54%) y bares/pubs (54%). Además, es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa entre los estudiantes.

Con respecto al tabaco se observa en 2018 una tendencia ligeramente ascendente, tras una fase de descenso iniciada en 2004 con la Ley 28/2005 y que continuo hasta 2014. La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se ha incrementado y la mayoría (88.7%) de los jóvenes opina que puede producir muchos o bastantes problemas de salud.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por lo jóvenes. En 2018 el 33% había consumido alguna vez en la vida, el 27.5% en el último año y el 19.3% en el último mes. En este año se observa un repunte de las prevalencias en todos los indicadores temporales tras una tendencia descendente iniciada en 2004 y que duro hasta 2014. También se observa un repunte en el consumo problemático de cannabis, se ha producido un incremento de dos puntos en la proporción de estudiantes que tienen un consumo problemático. Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis, que tras el alcohol y el tabaco, es la sustancia psicoactiva percibida como más disponible por esta población.

Los hipnosedantes son la siguiente sustancia más consumida. En 2018 el 8.6% de los jóvenes entre 14 y 18 años había consumido hipnosedantes (sin receta) alguna vez en la vida, el 6.1% en el último año y el 2.9% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres. Se observa una ligera tendencia ascendente entre esta población.

Un estudio realizado por Saiz, et al. (2020) cuyo objetivo fue determinar el patrón de consumo de tóxicos y el papel de factores protectores personales y sociales sobre el consumo de alcohol, realizó un estudio descriptivo transversal en 5 institutos de educación secundaria de Cuenca capital (2015-2016). Se seleccionaron aleatoriamente los grupos (3° y 4° de ESO y 1° y 2° de bachillerato) y dieron su consentimiento 844 estudiantes. Se empleó un cuestionario autoadministrado con variables sociodemográficas, datos de consumo de sustancias y las escalas CD-RISC 10 para evaluar resiliencia y KIDSCREEN-52 para medir aspectos individuales y sociales asociados con la calidad de vida de los adolescentes. Se realizaron análisis descriptivos bivariados y multivariantes.

Los resultados coinciden en gran medida con los presentados hasta ahora en jóvenes, un 55.7% fueron chicas, la edad media fue de 16.36 ± 1.05 años. El inicio se situó entre los 13-14 años, los porcentajes de consumo habitual fueron 70.9% para alcohol, 26.4% para tabaco y 14.2% para cannabis (cifras inferiores al consumo experimental). Se detectó policonsumo (35%). La regresión mostró que los no consumidores de alcohol presentaban mejores cifras de estado de ánimo, autopercepción, relación con los padres y entorno escolar. Las conclusiones del estudio fueron que el inicio en el consumo de drogas es cada vez más temprano, especialmente en el cannabis. La disponibilidad y la baja percepción del riesgo hacen del alcohol la droga más extendida.

Estudios realizados fuera de España con población juvenil, como el de Villatoro-Velázquez, et al. (2016) evaluaron las prevalencias de uso de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de primaria (5° y 6°) y secundaria-bachillerato de México y sus Estados

Para realizar este estudio utilizaron una encuesta probabilística en población escolar 5º y 6º de primaria, secundaria y bachillerato con representatividad nacional y de cada Estado del país. La muestra fue de 52171 alumnos en primaria y 114364 en secundaria-bachillerato. La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado y validado en encuestas anteriores.

Los resultados mostraron que el consumo de tabaco alguna vez en la vida fue de 30.4% y la edad promedio de inicio de esta sustancia fue 13.4 años. El 53.2% ha bebido alcohol y 14.5% ha bebido en exceso. La prevalencia de consumo de drogas alguna vez fue de 17.2%. Las drogas de preferencia son la marihuana (10.6%), seguida de inhalables (5.8%) y cocaína (3.3%). Concluyeron que el crecimiento del consumo de sustancias, principalmente marihuana y alcohol, resalta la importancia de la creación de nuevas estrategias de prevención para disminuir los índices de consumo entre los estudiantes.

Este informe ESTUDES (2018-2019) también indica que el 21% de estudiantes entre 14 y 18 años hacen uso compulsivo de internet (23.8% mujeres/ 18.3% hombres). Si probablemente su uso se irá normalizando con la edad, dentro de estos porcentajes de población suele incrementarse el fracaso escolar y es más frecuente el consumo de drogas. Con respecto a estos comportamientos que actualmente se identifican de forma frecuente como posibles adicciones (internet, pantallas digitales, tecnologías de la información y comunicación, etc.) se precisa más información y definición acerca de estas patologías para llegar a un consenso científico, teniendo en cuenta, que el conocimiento actual señala que presentan analogías con las adicciones a sustancias, similares a las que se observan en el juego patológico. Todavía no existe una base teórica sólida que permita interpretar desde la psicología social este trastorno adictivo, ni una herramienta de diagnóstico precoz breve derivada de este fundamento (Cuesta et al., 2019).

Se hace indispensable la creación de herramientas que permitan estudiar los mecanismos psicosociales que subyacen al uso problemático de las TICs, y que aporte conocimientos que permitan analizar sus fundamentos psicosociales y posibles perfiles de uso. (Cuesta et al., 2019), así como estudios que analicen estas posibles adicciones comportamentales.

En esta línea, un equipo de investigadores de la Universidad de Salamanca (USAL) Jorgelina, et al. (2020) realizó un estudio con pacientes con adicciones en distintas modalidades de tratamiento para conocer la función que cumple internet para adolescentes y jóvenes, conocer las características del uso de las TICs y detectar factores de riesgo que pudieran estar actuando, para ello realizó un estudio descriptivo cuantitativo; se aplicó un cuestionario autoadministrado y anónimo a una muestra no aleatoria formada por 746 sujetos de ambos sexos entre 15 y 35 años, distribuidos en distintos lugares del país.

Los investigadores de acuerdo con el análisis de datos obtenidos destacan las siguientes cuestiones: sobreoferta y fácil acceso a los diferentes soportes técnicos de internet y redes; baja edad de inicio (el 72% obtuvo su primer celular entre los 6 y 10 años); la mayoría lleva el celular siempre consigo, no lo apaga nunca y vuelve a buscarlo si lo olvida —esto permite pensar en una conducta de abuso digital, compulsiva a la conexión con una disminución de la capacidad de autocontrol; ante la falta del celular, más de un tercio de los indagados afirman experimentar sensaciones negativas como “ansiedad”, “enojo”, “desesperación”; preguntados por los motivos para conectarse a las redes, aparece en primer lugar “jugar” para los varones entre 16 y 20 años. Se destaca la existencia de baja percepción de riesgo, no solo por los jóvenes, sino también por los adultos; cuando las familias tienen conciencia del problema no saben, por lo general, de qué estrategias valerse para enfrentarlo.

Estos factores de riesgo no tienen solo función diagnóstica sino que nos ofrecen información para diseñar posibles acciones preventivas y reflexionar sobre los peligros y desafíos que se dan dentro de esta forma de socializar entre los más jóvenes.

2.1.2. EDAD MEDIA DE INICIO

Según el informe EDADES 2019-2020 el alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana, 16,7 y 16,6 años, respectivamente. El cannabis es la sustancia ilegal que antes empieza a consumirse (18.5 años). En el lado opuesto los hipnosedantes con o sin receta médica, son las sustancias que empiezan a consumirse a una edad más avanzada 34.4 años

Teniendo en cuenta la variable sexo, se aprecia que los hombres empiezan a consumir antes las sustancias psicoactivas de mayor prevalencia (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína). Destacar que en incluso en el consumo de hipnosedantes aunque la mujer lo consume con mayor prevalencia, los hombres empiezan a consumirlos con menor edad que las mujeres.

La edad media de inicio en el juego está en los 19 años. Un alto porcentaje de personas reconoce haber jugado antes de los 18 años (44.8% de las personas que presentan patología con el juego).

2.1.3. DIFERENCIAS EN EL CONSUMO POR EDAD

Siguiendo con el Informe EDADES 2019-2020 observamos que la prevalencia de consumo en función de la edad está en base a dos grupos, de 15 a 34 años y de 35 a 64. En cuanto al consumo alguna vez en la vida las mayores diferencias se encuentran entre el cannabis y los hipnosedantes. Estos últimos se consumen con mayor prevalencia entre las personas mayores de 35 años (27%) frente al 13% de los del grupo menores de 35 años.

En el lado opuesto se encuentra el cannabis que se consume en mayor proporción entre los ciudadanos menores de 35 años (el 45% dice haber consumido alguna vez en la vida) frente al 34% de los mayores de 35 años.

En los últimos doce meses, la mayor diferencia en las prevalencias de consumo en ambos grupos se da en el cannabis, que vuelve a ser superior en la población menor de 35 años (19%) frente al 6% del colectivo mayor de 35 años. Cuando se comparan las prevalencias de ambos grupos en los últimos 30 días, se observa que el consumo de alcohol es muy similar en ambos grupos (63.4% en el grupo de 15-34 años y 62.8% entre los de 35-64 años). Con el tabaco pasa algo parecido siendo un poco más elevado entre la gente más joven (38.1% frente a 36.2%).

En cuanto a las sustancias ilegales vuelve a ser el cannabis la única sustancia para la que se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos de edad. El consumo entre la población más joven es de 14.2% frente al 5.1% entre los mayores de 35 años.

2.1.4 DIFERENCIAS EN EL CONSUMO POR EL SEXO

Al igual que en los anteriores análisis en este informe EDADES 2019-2020, se distingue entre la prevalencia del consumo en distintos tramos temporales. En cuanto al consumo alguna vez en la vida, el alcohol, es la sustancia más consumida por hombres y mujeres (95.5% y 90.4%), pero es en el cannabis donde se obtienen la mayor diferencia de prevalencia en ambos sexos (el 46.3% de los hombres frente al 28.7% de las mujeres) lo que se traduce en casi 20 puntos porcentuales de diferencia. También observamos una diferencia notable en el consumo de tabaco con una diferencia cercana a los 10 puntos entre hombres y mujeres (74.9% y 65.1% respectivamente). El consumo de cocaína es también mayor en los hombres que en las mujeres 16% y 5.9% respectivamente. En 2019-2020 este consumo se ha visto incrementado entre los hombres con respecto al 2017, en las mujeres se ha mantenido estable. Los hipnosedantes con o sin receta médica, son la única sustancia consumida por un mayor número de mujeres que de hombres (25% frente al 18.3% respectivamente).

Atendiendo al consumo en los últimos doce meses, el consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo más alto entre hombres que entre mujeres excepto en el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides.

La diferencia más notable se observa en el alcohol, el 82.7% de los hombres ha consumido alcohol en el último año frente al 71.6% de las mujeres, dos puntos más con respecto a los datos obtenidos en 2017.

Por último en lo que se refiere al consumo en el último mes previo a la realización de la encuesta, la mayor diferencia entre hombres y mujeres se registra de nuevo para el alcohol. El 72% de los hombres frente al 53.9% de las mujeres. El 14.2% de los hombres declara consumo diario de alcohol, siendo

esta proporción 4 veces superior a la que se da en mujeres (3.4%). Tanto en hombres como en mujeres se trata de un patrón de consumo que se hace más presente a medida que aumenta la edad.

En el consumo de tabaco también encontramos una notable diferencia 41.5% entre los hombres frente al 4.7% de las mujeres, encontrándonos una diferencia de casi 10 puntos porcentuales.

En cuanto al cannabis el 11.4% de los hombres lo ha consumido en el último mes, porcentaje que se reduce notablemente en el consumo de las mujeres (4.7%).

Respecto a los hipnosedantes se registra una mayor prevalencia en el último mes entre las mujeres (10.7%) frente al 6.5% obtenido entre los hombres. Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres el consumo se ha incrementado alrededor de un punto porcentual con respecto a los datos del 2017.

En cuanto al juego el 69.6% de los jugadores patológicos son varones. Los grupos de edad más afectados son el grupo de 25-34 años y el de 55-65 años.

La mayoría de los jugadores online son hombres (83%), aunque se ha registrado un importante aumento de las mujeres (un 53% con respecto al 2014). El 87% tienen edad entre 18 y 45 años. El perfil del jugador más representativo por volumen de participación en apuestas, casino y póquer, continúa siendo un hombre entre 26 y 35 años, mientras que en el bingo es una mujeres entre 36 y 45 años. Los hombres juegan en promedio un 34% más que las mujeres (8992€ los hombres y 6734€ las mujeres) y gastan más del doble que ellas (322€ los hombres y 146€ las mujeres).

2.2. PROBLEMAS ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS, Y SU IMPACTO SOCIAL

Siguiendo con el informe de la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 podemos afirmar que el coste humano y social de las adicciones es muy alto, a lo que se añade el coste para el sistema público de atención (prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública, medio ambiente y productividad laboral.

Los datos más recientes informan sobre la estabilización o ligero descenso de los consumos de todas las sustancias, sobretodo del consumo problemático de la cocaína, con la excepción del consumo de cannabis y el consumo intensivo de alcohol (“bingedinking”). Aumentan el número de personas que nunca han consumido, tanto entre adolescentes como en la población en general, sin embargo, persisten niveles preocupantes de consumo, en menores sobretodo, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población. Según ESTUDES 2018-19, los consumidores problemáticos de cannabis, presentan más frecuentemente que la población general, relaciones sexuales de riesgo,

accidentes de tráfico, problemas familiares, económicos, psicológicos, laborales, con la policía y con amigos. La prevalencia de borracheras y “bingedrinking”, entre estos consumidores es muy superior a la de la población general y también el policonsumo de 3 o más drogas.

Los indicadores que miden las consecuencias sanitarias asociadas al consumo, han puesto de manifiesto un incremento llamativo de la presencia del cannabis, que en 2012, superó a la cocaína como la causa más frecuente de demanda de tratamiento por primera vez y a la heroína. También la presencia del cannabis sigue aumentando en el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico de drogas y en los análisis toxicológicos de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

En 2018 se notificaron 5027 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. El 52% de las urgencias se relacionó con la cocaína que junto con el cannabis (49.4%) son las sustancias ilegales con mayor presencia en este indicador. El 10.1% se relacionó con otros opioides, entre los que se detectan metadona, fentanilo, tramadol y codeína. La heroína se sitúa en cuarto lugar (7.4%).

Los consumidores de heroína, a pesar del descenso progresivo observado en el número de estos, constituyen una población de consumidores que acumula el mayor impacto socio sanitario y que sigue precisando una proporción muy importante de los recursos para este sector. También se añade el envejecimiento de esta población y las comorbilidades que aparecen asociadas a la edad.

Algo positivo a tener en cuenta es la disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas desde 2009, en paralelo a la disminución de la vía inyectada como vía de administración.

Las características de las urgencias generadas por drogas de abuso son diferentes en España respecto a otras zonas europeas, debido a un diferente patrón de consumo. Su manejo en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) en términos de exploraciones realizadas, tratamientos empleados y disposición tras la asistencia también son diferentes (Miró et al., 2018). Estos autores en su estudio señalaron que en España en 2018 hubieron más urgencias hospitalarias por cocaína (48.4%) y menos por opiáceos (12.45%), los pacientes eran más jóvenes (32.2 años) y menos frecuentemente mujeres (21.9%). Los porcentajes de ingresos (4.6%) y de fugas de SUH (6.2%) fueron los menores de todas las regiones europeas evaluadas.

Ha habido un aumento de muertes relacionadas con las drogas desde 2009, especialmente por muerte violenta. Al menos 732 personas murieron de sobredosis en España en 2018, la edad media de los fallecidos se sitúa en los 44.9 años, mostrando una tendencia ascendente desde 2003. Esta tendencia podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones

están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2018 más de la mitad de los fallecidos superaban los 40 años (72.3%).

El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2020), indica que de 597 conductores fallecidos en accidente de tráfico y sometidos a autopsia y análisis toxicológico, 291 (48,7%) arrojaron resultados positivos a alcohol, drogas de abuso y/o psicofármacos, un 3,2% más que en 2019. A pesar de que el año 2020 ha sido un año excepcional, en el que la movilidad vial se ha visto reducida como consecuencia de la pandemia, lo que ha producido un descenso de accidentes de tráfico respecto al año anterior y, por tanto, de víctimas mortales, con un 21% menos.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida por los conductores fallecidos, seguido de la cocaína y el cannabis, y, en tercer lugar, los psicofármacos. El 31,2% de los fallecidos dio positivo en alcohol, el 20,1% a drogas y el 13,4% en psicofármacos.

El 95% de los fallecidos con resultados positivos fueron hombres, y solo el 5% responde a mujeres.

El estudio comparado de los últimos 10 años del número de conductores con resultados toxicológicos positivos muestra una tendencia al alza en el consumo de alcohol, drogas y psicofármacos, con un 6,2% más. Destaca el incremento de drogas, un 7,6% más, frente a un aumento del 3,1% en el consumo de alcohol y un 1% en el de psicofármacos.

De 130 peatones fallecidos por atropello en accidentes de tráfico y sometidos a autopsia, 49 (lo que es equivalente a un 37.7%) arrojaron resultados toxicológicos positivos a alcohol, drogas de abuso y psicofármacos, aisladamente o en combinación. La distribución por sexos en los peatones fallecidos es distinta a la distribución de conductores fallecidos, ya que el 81.6% de los peatones fallecidos por atropello con resultados toxicológicos positivos correspondió a varones y el 18.4% correspondió a mujeres. La distribución por rango de edad reveló una mayor prevalencia en peatones de 45 años en adelante (63.3%). La mayor prevalencia de peatones con resultados positivos correspondió a alcohol (65.3%), seguido de psicofármacos (34.7%) y drogas (24.5%). Es de destacar que el 78.1% de los peatones fallecidos con resultados positivos al alcohol arrojó una tasa de alcoholemia igual o superior a 1.20 g/l.

En España, respecto a las incautaciones, es de destacar el aumento del 250% de incautaciones de MDMA por parte de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad del estado en el último año 2016, lo que indica un claro repunte en el tráfico (y por tanto en el consumo) de esta sustancia.

En cuanto a las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), según el Informe Europeo sobre Drogas 2019, en 2018 se notificaron 55 NSP en la UE por

primera vez, lo que elevó el número total a 730, de las cuales el 70% se ha detectado en los últimos cinco años. En los que ha habido un aumento sin precedentes en el número, tipo y disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas (NPS, por sus siglas en inglés) en diversas regiones del mundo. El crecimiento en este mercado también es responsable del aumento de daños graves reportados recientemente. Los desafíos clave giran en torno a la velocidad a la que aparecen las NPS, su proliferación rápida y abierta, y la información limitada o nula sobre sus efectos y daños (Hedoux, 2020).

El informe también refleja como en el ejercicio 2016 se ha confirmado como otro año de crecimiento del mercado de juego regulado con un margen de beneficio de 8399 millones de euros, un 3% más que el año anterior. El 49% corresponde a los juegos de loterías, el 30% a las máquinas, 8% a apuestas, el 7% al bingo, el 5% a casino y el 1% a otros juegos. El aumento de la intensidad en apuestas y otros juegos se debe, sobre todo, a las máquinas de azar en línea.

Durante 2016 se ha producido un incremento en las cuantías jugadas en casi todas las modalidades de juego online. Es de destacar la importancia de las apuestas deportivas que junto con las modalidades de póquer, las máquinas de azar online y la ruleta aglutina el 90% del margen global.

2.3 PERCEPCIONES DE LA POBLACION ANTE LAS DROGAS

2.3.1 PERCEPCION DEL RIESGO

La percepción de riesgo contempla en qué medida las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas. En este sentido, considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo y puede ser problemático supone un freno al consumo.

La opinión de la población es generalizada cuando se opina sobre el consumo de la cocaína. El 93.4% manifiesta que consumir esta sustancia una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas de salud. El porcentaje de población que asocia riesgo al consumo de esta sustancia ha descendido en comparación con el dato del año anterior.

La percepción de riesgo sigue muy extendida respecto al hecho de fumar un paquete de tabaco diario: el 92.2% piensa que realizar dicho consumo produciría muchos o bastantes problemas para la salud. El dato obtenido es ligeramente inferior al registrado el año anterior (93%). Respecto al consumo de alcohol de manera habitual (consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (50.2%). En relación al consumo habitual de cannabis (una vez por semana o más), la percepción de riesgo se ha visto incrementada en 3.8 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido al año 2017, estableciéndose en 85.3% el porcentaje

de personas que piensa que consumir cannabis una vez por semana o más produciría bastantes/muchos problemas para la salud

Algo más del 80% de la población cree que consumir hipnosedantes una vez por semana o más conlleva riesgo. De la misma manera que se observa con los hipnosedantes, la percepción de riesgo del consumo de analgésicos opioides una vez por semana o más supera el 80%.

Para finalizar, cabe mencionar que en la encuesta EDADES 2019/2020 se han incluido variables relacionadas con el juego con dinero y la adicción a internet, siendo un 72.4% de la población los que advierten de la gravedad de jugar a juegos con dinero o apuestas semanalmente, en el caso del uso frecuente de internet, aproximadamente el 70% de los individuos piensa que pasar más de 3 horas al día utilizando internet podría ser un problema importante.

De manera general, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos. Comparativamente entre ambos sexos, las mayores diferencias se encuentran en relación al consumo de alcohol, cannabis y uso de internet

2.3.2 PERCEPCION DE LA DISPONIBILIDAD

Es importante conocer en qué medida los ciudadanos consideran que es sencillo o no conseguir las sustancias psicoactivas.

El cannabis destaca por encima del resto de las sustancias, el 59% considera que le sería muy fácil o fácil conseguir esta sustancia en 24 horas, inferior a la medida que se registró en 2017 (63.35)

Por detrás del cannabis, la cocaína en polvo es la sustancia ilegal que más personas perciben como fácil o muy fácil de obtener en 24 horas (42.1%), seguido del éxtasis (26.7%) y la cocaína en forma de base (24.8%).

En relación con las sustancias psicoactivas legales, el 28.6% de los individuos de 15 a 64 años reconocen que les resultaría sencillo conseguir hipnosedantes sin receta en 24 horas, proporción inferior a la que se registraba en 2017 (32.8%). Cuando se trata de conseguir analgésicos opioides sin receta médica, la percepción de disponibilidad es muy similar a la de los hipnosedantes (25.7%), habiendo también disminuido con respecto al 2017 (30.4%).

2.3.3 PERCEPCION DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

En el año 2019/2020 el 46.1% de las personas consideran que es muy importante el problema de las drogas en su zona de residencia, alcanzándose el dato más alto desde 2009.

Las situaciones más habituales con las que se encuentran los individuos son las relacionadas con el consumo de cannabis y de alcohol, el 56.7% manifiesta que de manera frecuente se topan con personas fumando porros, en lo que respecta al consumo de alcohol, alrededor del 45% de los individuos dicen

haberse encontrado de manera habitual con personas borrachas o haciendo botellón. En cuanto a la visibilidad de vendedores ofreciendo drogas, al igual que ocurrió en 2017, ha vuelto a registrar un ascenso, pasando del 10.1% al 12.1%, el porcentaje de personas que se encuentran a estos individuos de manera frecuente. La siguiente escena con la que los individuos se encuentran en su zona de residencia, es con personas esnifando drogas por la nariz, habiendo registrado también un ascenso con respecto al dato de la anterior medición (7.5% en 2017 y 11.3% en 2019).

En cuanto a las medidas a tomar para resolver el problema de las drogas, se incluyó en la encuesta EDADES, una serie de preguntas al respecto. La medida que cuenta con un mayor grado de apoyo es la educación en las escuelas, ya que el 90% de la población piensa que esta medida es muy importante para resolver el problema de las drogas en nuestro país.

El control policial y aduanero, es la segunda acción más apoyada para solucionar el problema del consumo de drogas entre la población (82.6%).

Otras acciones, que también son consideradas como muy importantes son las campañas publicitarias y el tratamiento voluntario a los consumidores (81.5% y 80.1%, respectivamente).

En cuanto a la legalización de las drogas el 36.5% de los individuos piensa que la legalización del cannabis sería una solución importante para resolver el problema de las drogas, registrándose un porcentaje bastante inferior cuando se pregunta sobre la opción de legalizar todas las drogas (24.8%), a pesar de haber obtenido un importante repunte de 6.7 puntos porcentuales con respecto al año 2017 (18.1%).

La proporción de mujeres que consideran estas medidas más importantes es mayor que en hombres para todas las acciones excepto para la legalización del cannabis

En este sentido Stockings, et al. (2016) realizaron una revisión sistemática sobre la efectividad de la prevención, la intervención temprana, la reducción de daños y el tratamiento del consumo problemático en jóvenes para el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas.

Los impuestos, las prohibiciones de consumo público, las restricciones a la publicidad y la edad mínima legal son medidas eficaces para reducir el consumo de alcohol y tabaco, pero no están disponibles para dirigirse a las drogas ilícitas. Las intervenciones que incorporan la formación en habilidades tienen más probabilidades de ser eficaces que la provisión de información, que es ineficaz. Las normas sociales y las intervenciones breves para reducir el consumo de sustancias en los jóvenes no cuentan con pruebas sólidas de eficacia. Las pruebas de drogas en carretera y las intervenciones para reducir los daños relacionados con las inyecciones tienen un efecto entre moderado y grande, pero se necesita más investigación con los jóvenes.

Estos autores concluyeron que la escasa disponibilidad de investigaciones sobre intervenciones para el consumo problemático de sustancias en los jóvenes indica la necesidad de probar en los jóvenes las intervenciones que son eficaces con los adultos. Las pruebas existentes proceden de países de ingresos altos, con una aplicabilidad incierta en otros países y culturas y en subpoblaciones que difieren en sexo, edad y estado de riesgo

En España la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024, establece una serie de retos a afrontar:

- El aumento de la prescripción de medicamentos con potencial adictivo
- La “normalización” social del consumo de sustancias ilegales, el consumo de alto riesgo de alcohol y el policonsumo (especialmente cannabis y otras sustancias), y en adolescentes, la baja percepción del riesgo de estos consumos.
- El papel creciente de las nuevas tecnologías e Internet como medio de obtención de sustancias, facilitadoras del acceso y potenciadoras de conductas adictivas (juegos de apuestas y on-line), como foro de intercambio de información e instrucciones sobre consumos.
- Los retos en prevención y en asistencia en grupos específicos como la población con consumos problemáticos que envejece (aumento de cronicidad y co-morbilidad), en personas con patología dual, mujeres, adolescentes y/o jóvenes y otros grupos en situaciones de vulnerabilidad: minorías étnicas, inmigrantes, sin techo...
- La dificultad de la inserción laboral de las personas con trastornos por uso de sustancias.
- La incorporación de forma efectiva de la perspectiva de género.
- Ampliar el conocimiento sobre los tipos y formas de consumo y problemática asociada en la población por encima de los 64 años, para la que no se dispone de datos.

2.4 EVOLUCION DE LAS ADICCIONES EN EUROPA

A nivel europeo, contamos con el Informe Europeo sobre Drogas 2021, basado en la información facilitada al EMCDDA, en un proceso de presentación de informes anuales, por los estados miembros de la Unión Europea. Su finalidad es ofrecer una visión de conjunto y un resumen de la situación europea en materia de drogas y de las respuestas a esta situación. Los datos estadísticos se refieren al año 2019.

El informe indica que la pandemia del Covid-19 ha tenido un gran impacto en los mercados de la droga y en su consumo y subraya la creciente necesidad de responder con rapidez y saber identificar, en una primera fase, las amenazas que surgen del mercado de la droga, un mercado que con la pandemia se ha vuelto más dinámico y adaptativo.

El consumo de drogas en Europa engloba un amplio abanico de sustancias. El policonsumo es habitual entre los consumidores de drogas, aunque es difícil de

cuantificar y las pautas individuales van desde el consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. El cannabis es la droga más consumida y su prevalencia es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente raro, estas siguen siendo las drogas asociadas con mayor frecuencia a las formas más nocivas de consumo, incluida la vía parenteral. El alcance del consumo de estimulantes y los tipos más frecuentes varían según los países y aumentan los datos que indican que su consumo por vía parenteral puede estar aumentando. El consumo de todas las drogas es generalmente más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares.

Según este informe el panorama actual del consumo de drogas en Europa sería el siguiente:

Se estima que alrededor de 83 millones o un 28.9% de los adultos (de 15 a 64 años) residentes en la Unión Europea (UE) han consumido drogas ilegales en algún momento de su vida. Hay más hombres que dicen haber tenido estos consumos (50.6 millones) que mujeres (32.8 millones).

El consumo de drogas en el último año constituye una buena indicación del consumo reciente y se concentra principalmente en los adultos jóvenes. Se estima que 17.4 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) han consumido drogas en el último año (16.9 %) y que el número de hombres (21.6 %) duplica aproximadamente al de mujeres (12.1 %).

El cannabis es la droga que más se ha probado (47.6 millones de hombres y 30.9 millones de mujeres). Un 7.7% de personas ha consumido cannabis en el último año y un 27.2% a lo largo de su vida. Entre los adultos jóvenes entre 15-34 años el 15.4% consumieron cannabis en el último año. El 1.8 % de los adultos de 15 a 64 años en la Unión Europea consume cannabis a diario o casi a diario, y la mayoría (61%) son menores de 35 años. Es la droga más incautada en Europa, en 2019 se realizaron 326000 incautaciones en la UE.

Es la sustancia mencionada más a menudo como principal razón para buscar ayuda por los consumidores que recurren por primera vez a servicios especializados en el tratamiento de drogodependencias. Unas 111000 personas iniciaron tratamiento en Europa por problemas de consumo de cannabis (35% de todas las demandas de tratamiento) de ellas 62000 iniciaron tratamiento por primera vez.

Además fue el cannabis es la sustancia notificada con más frecuencia por la red Euro-DEN Plus en 2019 (European Drug Emergencies Network). El cannabis estuvo presente en el 26 % de las visitas a urgencias por toxicidad aguda relacionada con drogas, normalmente en combinación con otras sustancias, en los 23 hospitales de la red en 17 países.

La cocaína es la segunda droga estimulante ilegal más utilizada en la UE, el hecho de que se haya incautado una cantidad récord de 213 toneladas de

droga en 2019 indica una expansión de la oferta en la Unión Europea. La pureza de la cocaína ha ido aumentando durante la última década y el número de personas que inician tratamiento por primera vez ha aumentado en los últimos 5 años. Tanto estos como otros indicadores señalan la posibilidad de que aumenten los problemas relacionados con la cocaína.

Los datos arrojan que un 1.2% de personas entre 15-64 años la ha consumido en el último año y 4.8% a lo largo de su vida. En adultos jóvenes entre 18-34 años un 2.1% consumieron cocaína en el último año.

De las 49 ciudades que disponen de datos sobre residuos de cocaína en sus aguas residuales municipales para 2019 y 2020, 19 notificaron un aumento; 14, una situación estable; y 16, un descenso.

En cuanto a las personas que inician tratamiento por demanda de consumo de cocaína son un 14% de todos los consumidores de drogas.

La cocaína fue la segunda sustancia más frecuente notificada por los hospitales Euro-DEN Plus en 2019, presente en el 22 % de las visitas a urgencias por toxicidad aguda relacionada con drogas.

Le sigue el MDMA con un 0.9% de personas que lo han consumido en el último año y un 3.6% a lo largo de su vida y las Anfetaminas con un 0.7% en el último año y 3% a lo largo de su vida. En adultos jóvenes, el consumo de MDMA y Anfetaminas es de 1.9% y 1.4% respectivamente en el último año.

La prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0.35 % de la población de la UE, lo que equivale a 1 millón de consumidores en 2019. Hubo 510000 consumidores que recibieron tratamiento de sustitución de opioides en 2019 en la Unión Europea. Los consumidores de opioides representaron el 26% de las solicitudes de tratamiento de la drogodependencia.

El informe del EMCDDA 2021 muestra la naturaleza compleja del fenómeno de las drogas en Europa, siendo una amenaza polifacética y en constante evolución para nuestras sociedades, que afecta a la vida de millones de ciudadanos en todo el mundo. Este informe destaca la elevada disponibilidad continua de la mayoría de las sustancias ilegales. Destaca una serie de cuestiones claves:

Ha habido una diversificación, tanto de los productos disponibles como de las personas que consumen. Y no solo hay más personas que tienen problemas con las drogas a escala personal, sino que los problemas relacionados con las drogas están repercutiendo en nuestras comunidades de maneras cada vez más diversas. Y en este sentido es fundamental desarrollar, en todos los ámbitos de las políticas sociales, sanitarias y de seguridad, las respuestas integradas y empíricamente contrastadas de la nueva Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga.

Se ha observado un aumento del uso indebido de benzodiazepinas, procedentes del uso terapéutico, o la aparición de benzodiazepinas sin autorización para uso médico en Europa en el mercado ilegal de drogas. Lo que refleja la alta disponibilidad y el bajo coste de estas sustancias, así como los problemas en materia de salud mental relacionados con la pandemia.

El consumo de cannabis se mantiene estable en niveles elevados, pero el mayor contenido en tetrahidrocannabinol (THC) suscita mayor preocupación para la salud. Es la droga más consumida y su prevalencia es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias. Es la droga que más se ha probado (47.6 millones de hombres y 30,9 millones de mujeres).

Las incautaciones récord de cocaína son una señal preocupante de un posible aumento de los daños para la salud. Sigue siendo la segunda droga ilegal que más se consume en Europa y la demanda de consumo hace que sea una parte lucrativa del comercio de la droga en Europa para los delincuentes. La pureza de la cocaína ha ido aumentando durante la última década y el número de personas que inician tratamiento por primera vez ha aumentado en los últimos 5 años. Tanto estos como otros indicadores señalan la posibilidad de que aumenten los problemas relacionados con la cocaína.

La anfetamina es el segundo estimulante más consumido en Europa después de la cocaína. Además de los riesgos para la salud que conlleva el consumo de anfetamina de alto riesgo, el peligro existe en los peligrosos laboratorios caseros existentes.

Siguen apareciendo nuevas y potentes sustancias psicoactivas nocivas. Entre ellas se encuentran nuevos cannabinoides sintéticos y nuevos opioides sintéticos. En Europa se detectaron más de 400 sustancias psicoactivas nuevas en el mercado de la droga en 2019. En 2020 se notificaron por primera vez en Europa un total de 46 nuevas sustancias psicoactivas (NPS), con lo que el número total notificado por el EMCDDA asciende a 830.

Las grandes incautaciones de heroína indican un posible aumento del consumo y los daños asociados y se observa una mayor preocupación por la repercusión que pueda tener el aumento de la oferta en los índices de consumo.

Las muertes por sobredosis de opioides y otras drogas subrayan la necesidad de mejorar el servicio. El consumo de sustancias de alto riesgo y el policonsumo siguen siendo la principal causa de las muertes inducidas por las drogas en Europa.

El conocimiento de los problemas actuales relacionados con las drogas nos permite prepararnos para futuros desafíos en este ámbito complejo y sujeto a cambios rápidos. Por eso es tan importante la función del EMCDDA en la provisión de análisis basados en la evidencia de la situación actual de las

drogas en Europa, según manifiesta la Presidenta del Consejo de Administración del EMCDDA, Laura d'Arrigo.

3. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN. DIFERENCIAS DE GÉNERO

Conocer la demanda de personas que solicitan tratamiento, así como sus características psicosociales y sociodemográficas es de gran ayuda para planificar recursos de atención a estas personas acordes a sus necesidades y para llevar diseños de acciones para paliar esta problemática.

Según datos del Informe del Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones 2020, en 2018 se registraron en España 47972 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco), cifra superior a las admisiones del 2017 (aumento del 4%). Asimismo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones) también ha aumentado con respecto a 2017.

Este perfil de demanda ha ido evolucionando con el tiempo, desde el año 2000 en el que el perfil era de personas con problemas de heroína, siendo esta la sustancia por la que más se demandaba tratamiento. En 2004 es la cocaína la que empieza a ser la sustancia por la que se demanda más número de admisión de tratamiento, disminuyendo la heroína, hasta el 2008, año que alcanza su dato máximo. El cannabis empieza a aparecer con fuerza, mostrando un aumento de las admisiones a tratamiento que alcanzó su mayor índice en 2014.

En 2018 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (43.7% del total), seguida del cannabis (28.1%) y los opioides 23.7% (figura 2.1.2). La proporción de los admitidos a tratamiento por cocaína y opiodes es más elevada en hombres que en mujeres (45.2% versus 36.5% en cocaína; 24.1% versus 21.7% en opiodes). Por otro lado, la proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor entre las mujeres (33.2%) que entre los hombres (27,0%), al igual que ocurre con los hipnosedantes (5.9% en mujeres, 1.4% en hombres)

En este sentido, Rodríguez-Sáez y Salgado-Ruiz (2018) en su estudio realiza una descripción clínica detallada de una muestra de pacientes atendidos en un centro de adicciones en España con el fin de orientar el tratamiento de forma más eficaz. En este estudio presenta un perfil sociodemográfico y de consumo que consiste en un varón (84.91%) soltero (68.87%) con una edad media de 33 años, con algunos problemas médicos crónicos (36.8%). Tienen estudios primarios (65.09%) y su ocupación habitual o última ha sido un trabajo sin formación previa (82.1%). En los últimos tres años ha presentado un patrón de empleo habitual a tiempo completo (40.6%), aunque su principal fuente de

ingresos ha sido la red primaria de apoyo (52.38%). Se ha iniciado en el consumo de alcohol a los 15.42 años y a consumir grandes cantidades de alcohol a los 19.29 años de edad. La droga principal de consumo es el alcohol (de forma conjunta con otras drogas) en el (27.36%) de los casos, seguido de la cocaína (19.81%) y el cannabis (16.04%). En cuanto a la situación legal actual cabe destacar que se trataría de una persona sin cargos pendientes (71.7%). Se trata de una persona soltera (68.87%), que convive con algún miembro de su familia nuclear o de origen (31.13%) y que manifiesta haber tenido problemas serios a lo largo de la vida con respecto a la familia y la pareja (el 64.2% ha tenido problemas serios con su madre; el 68.3% ha tenido problemas serios con su padre; y el 65.3% problemas serios con su pareja).

Se trata además de una persona que declara haber sufrido algún tipo de abusos a lo largo de su vida, fundamentalmente emocionales (64.2%), pero también físicos (40.6%) y en menor medida abusos sexuales (5.7%). Los resultados obtenidos en el área psicopatológica evaluada por el EuropASI confirman que un porcentaje elevado de usuarios que ingresan en tratamiento ha padecido depresión (52.8%), ansiedad (73.6%), dificultades para comprender (57.5%) y alucinaciones (36.8%).

Otro estudio López-Goñi (2017) con una muestra de 162 pacientes que estaban realizando un tratamiento para las adicciones, con dos modalidades de intervención (residencial 87 y ambulatoria 75). Este estudio tiene como finalidad objetivar los criterios de asignación utilizados para derivar a los pacientes a cada una de las intervenciones utilizado en el centro clínico donde se estaba llevando a cabo el tratamiento. Para ello utiliza los siguientes instrumentos de medida:

El EuropASI, (versión española Bobes et al., 1996), con el que se miden el áreamédica, de situación de empleo, consumo de alcohol y otras drogas, problemas legales, relaciones sociales y familiares y estado psicológico.

La lista de verificación de síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1992), es un autoinforme que evalúa síntomas psicopatológicos. Está formado por 90 ítems que se reparten en nueve dimensiones de síntomas primarios y tres índices globales de gravedad.

La Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-10) (Barrat, 1985) que tiene como objetivo medir el grado de impulsividad de los sujetos.

La Escala de Inadaptación (Echeburua et al., 2000) e indica como cada paciente se ve afectado en seis áreas de la vida cotidiana.

Los resultados arrojan el 73% fueron hombres ($n= 119$) y el 26.5% fueron mujeres ($n=43$), recibieron tratamiento residencial (comunidad terapéutica) un 53.7% (87 pacientes) y el resto 46.35% (75 pacientes fueron derivados a tratamiento ambulatorio). Las características de esta muestra presentan una edad media de 36.4 años ($SD=8.9$), nivel socioeconómico medio

a medio bajo. La principal sustancia que motivo el tratamiento fue la cocaína y otras sustancias estimulantes (39.3% de la muestra) y alcohol (32.7%). La mayoría de los sujetos estaban solteros (63.8%). En cuanto al nivel de educación, 47.9% tenían estudios primarios, 44.7% tenían estudios secundarios y un 7.4% estudios universitarios.

Romero-Reyes, et al. (2019) realizaron una revisión de 300 expedientes clínicos de usuarios que acudieron a internamiento en un Centro de Rehabilitación al noreste de México, que opera bajo una modalidad mixta de tratamiento. Los criterios de selección fueron; a) haber recibido tratamiento de rehabilitación de adicciones del 2011 al 2016; b) cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-IV para la dependencia de sustancias, manifestado por un patrón de consumo desadaptativo que causa malestar significativo, presentar al menos tres de las siguientes condiciones: tolerancia, síntomas de abstinencia, uso de la sustancia en cantidades mayores o por tiempo más prolongado que el planeado, deseo constante por el consumo y fracasos al controlarlo, disminución de actividades laborales, sociales o lúdicas, empleo de mucho tiempo para obtener la sustancia, y uso a pesar de las consecuencias negativas psicológicas y físicas (APA, 2002).

Los instrumentos de medida utilizados fueron:

a) Cuestionario de evaluación de variables sociodemográficas, psicológicas y de salud de usuarios en rehabilitación de adicciones. Conformado por 64 ítems, distribuidos en las siguientes áreas: datos sociodemográficos (12 ítems), tratamiento (siete ítems), historia de consumo (32 ítems), información médica (dos ítems) y aspectos psicosociales (14 ítems).

b) Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2; Hathaway y Mckinley, 1995), estandarización mexicana (Lucioet al., 1994). Cuestionario dirigido a adultos que consta de 567 reactivos con respuestas dicotómicas (verdadero/falso), utilizado para elaborar perfiles psicológicos e identificar características psicopatológicas de la personalidad.

c) Personality Disorder Questionnaire PDQ-4+ (Hyer, 1994). Cuestionario de auto aplicación, integrado por 100 ítems de respuesta falso/verdadero, acordes con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para los trastornos de personalidad.

Los resultados fueron los siguientes:

Respecto a los datos sociodemográficos, una mayor cantidad de hombres ha ingresado a tratamiento del 2011 al 2016 (83.7% de hombres y 16.3% de mujeres). En cuanto estudios, la muestra estaba conformada por estudiantes de bachillerato (36,7%) y de licenciatura (30.7%). El 54.7% eran solteros frente al 20% casados, el 41.7% estaba en desempleo.

Con relación al tratamiento, 44.3% ($n = 133$) refirió haber buscado apoyo o atención en otros centros de rehabilitación antes de su internamiento. Las

principales drogas de elección (droga de impacto) indicadas por esta muestra fueron alcohol (39%), cannabis (26.3%) y cocaína (17.7%). La mayor parte de los usuarios inició el consumo de su droga de elección entre los 11 y los 20 años de edad e informaron continuar consumiéndola más de tres veces por día en la actualidad.

El 99% indicó haberse realizado la prueba del VIH y conocer su resultado (siguiendo procedimiento de admisión al centro). En cuanto al estado médico, la anemia (12.3%) y la hepatitis alcohólica (9.7%) fueron las frecuentes entre los participantes del estudio. Destacar que el 52% presentó problemas mentales en comorbilidad con su dependencia, entre los que destacan el trastorno de ansiedad generalizada (10.3%) y el trastorno depresivo mayor (9.3%).

En cuanto a otros problemas de tipo psicosociales, destacan entre los más importantes, problemas de relación con los padres (30.7%), ruptura familiar por separación o divorcio (25.3%), relación conflictiva con el cónyuge o la pareja (14.7%), haber tenido una relación parental conflictiva en la infancia (6.3%). Otros autores como (Daigre et al., 2019; Harley et al., 2019; Papamalis et al., 2020) en sus respectivos estudios señalan un perfil psicosocial en el que predominan los hombres con una edad media en torno a los 34 y 37 años, mayoritariamente solteros, desempleados y con estudios medios.

Estudios como el de Vigna-Taglianti, et al. (2016), han investigado sobre las diferencias de género en población consumidora de drogas en este caso en adictos a la heroína. Sobre una muestra de 10454 consumidores de heroína inscritos entre 1998 y 2001 en 115 centros públicos de tratamiento de drogas en Italia.

La información clínica y personal se recogió en el momento de la admisión mediante una entrevista estructurada. Los tratamientos se registraron mediante un formulario estandarizado. Se exploraron las diferencias de género con respecto a las características en la admisión, los tratamientos y la retención en el mantenimiento con metadona y la comunidad terapéutica.

En comparación con los hombres, en su primer acceso al tratamiento las mujeres con adicción a las drogas eran más jóvenes, más frecuentemente casadas, separadas legalmente, divorciadas o viudas, desempleadas aunque con mayor nivel educativo, VIH+; más frecuentemente vivían con su pareja e hijos. Informaron de un mayor uso de sedantes, pero un menor uso de alcohol; con mayor frecuencia tenían comorbilidad psiquiátrica, incluyendo depresión, autolesiones e intentos de suicidio. La psicoterapia se prescribía con más frecuencia a las mujeres, y los tratamientos farmacológicos a los hombres. El mantenimiento con metadona fue abandonado con menos frecuencia por las mujeres. Los factores de gravedad del abuso de drogas predijeron el abandono de la metadona entre las mujeres. Las dosis altas de metadona y la combinación con psicoterapia mejoraron la retención del tratamiento en ambos

sexos. El bajo nivel educativo y los factores de gravedad entre las mujeres y la edad joven entre los hombres predijeron el abandono de la comunidad terapéutica.

De la misma manera el Observatorio Proyecto Hombre, en su Informe Extraordinario 2013-2019 sobre el perfil de la persona con problemas de adicción en tratamiento, analiza e identifica las características psicosociales, epidemiológicas y sociodemográficas de las personas con problemas de adicción atendidas en los centros de Proyecto Hombre de toda España. Este estudio ha contado con una muestra de 18683 encuestas validas realizadas. De este informe se desprende, coincidiendo con muchos de los aspectos señalados en los estudios anteriormente descritos, que las mujeres acceden a los tratamientos en menor porcentaje, ya que estas suponen un 15.4% frente a un 84.6% de hombres. Podemos destacar que la tendencia de mujeres en tratamiento es ascendente desde el 13.8% en 2013 al 16.1% en 2019, pudiéndose relacionar como algunos estudios señalan, que coincide con el aumento de consumo entre las mujeres en los últimos años como se puede ver en el Informe EDADES de 2019.

La edad media acumulada para ambos sexos es de 38 años. Se destaca la evolución ascendente de la misma al inicio del tratamiento pasando de los 36 en 2013 a los 38.9 en 2019. Con respecto al estado civil el 59% son personas solteras, este dato también se mantiene por sexos.

En cuanto a la convivencia familiar el 43.3% viven con la familia nuclear (pareja, pareja con hijos, hijos) o con la familia de origen el 35.1% que engloba padres y familia. Tan solo el 13.7% viven solas. Un aspecto a tener en cuenta es la especial vulnerabilidad que puede darse en la forma de convivencia entre las personas en tratamiento (6.4%). Así el 3.7% viven en un medio protegido y el 2.7% están en una situación no estable. Atendiendo al sexo, la situación de convivencia con los hijos difiere significativamente entre hombres y mujeres. El 32.6% de las mujeres viven con sus hijos frente al 24.5% de los hombres. Destacan los casos de las mujeres que viven solas con ellos, 11% frente al 0.9% de los hombres en la misma situación. Un 20% de las personas en tratamiento en Proyecto Hombre conviven con personas que a su vez tienen problemas de alcohol y/u otras drogas. Siendo esto un agravante para su proceso de rehabilitación dada la dificultad añadida que supone romper con las adicciones en un entorno de este tipo. Atendiendo al sexo, hay más mujeres (23.7%) que hombres (19.8%) conviviendo con alguien que consume alcohol y /u otras drogas.

El 49.6% de las personas usuarias manifiestan haber sufrido abuso emocional a lo largo de la vida, el 27.8% abuso físico y el 8.1% abuso sexual. Estos datos no son excluyentes, por lo que estas personas pueden haber sufrido más de un tipo de abuso o los tres. El porcentaje de mujeres que han sufrido cualquiera de los tres tipos de abusos es especialmente superior a los

hombres. La mayor diferencia se encuentra en los abusos físicos con un 26.4% por encima del porcentaje de los hombres, aunque en las otras categorías también se superan con un 24.1% en abusos sexuales y un 23.2% en abusos emocionales. El patrón de empleo más habitual de estas personas en el periodo 2013-2019 corresponde a un trabajo a tiempo completo (58%). Esta proporción es mayor en los hombres que en las mujeres con una diferencia de 17.3 puntos. El desempleo aparece como la segunda situación laboral más habitual para el conjunto (17%) aunque representa en 15.6% entre los hombres frente a un 22.5% entre las mujeres.

Con respecto al nivel de estudios, en el total acumulado del periodo 2013-2019 se observa que casi una de cada 10 personas (9.2%) dispone de estudios universitarios. En el bloque central se encuentran las personas con estudios secundarios (26.559 primarios (28.6%). Finalmente un 35.7% carece de estudios, siendo este el grupo mayoritario. Por sexo, el nivel de estudios de las mujeres es comparativamente más elevado que el de los hombres. Las mujeres tienen un 1.5%, más de estudios secundarios que los hombres y 4.1% más de estudios universitarios.

El 31.3% de las personas en tratamiento afirma padecer algún problema médico crónico que interfiere en su vida cotidiana. A pesar del leve ascenso al alza de los problemas médicos crónicos entre 2013 (29.9%) y el 2019 (32.6%), no se observa que las personas en tratamiento en nuestros centros presenten una mayor problemática que la esperada en la población general. También se observa una elevada prevalencia de problemas psicopatológicos asociados a la adicción entre las personas que acuden a tratamiento, destacando la alta incidencia de trastornos de ansiedad severa (65.3%), seguido de los problemas emocionales/psicológicos (51.9%) y de depresión severa (51.8%). Además el 40.8% de las personas atendidas en Proyecto Hombre han tenido ideación suicida a lo largo de la vida y un 23.2% lo ha intentado. Tras el análisis de los datos del periodo 2013-2019, a lo largo de la vida, una media de 83.8% de la población atendida manifiesta consumos regulares y/o problemáticos de alcohol, seguido del consumo de cocaína con un 73.6%, y el de cannabis con un 61.4%. La demanda de tratamiento más elevada corresponde al alcohol en su conjunto (solo o asociado a otras sustancias), con un 37.5% seguido de la cocaína con un 31.5% y el cannabis con un 8.4%.

En cuanto al género, las mayores diferencias se dan respecto a la cocaína (donde la prevalencia entre los hombres supera en más de 9 puntos a las mujeres, el alcohol (con una incidencia mayor entre las mujeres de más de 14 superior a la de los hombres), también en el consumo de barbitúricos que es comparativamente superior en las mujeres (1.6%) que entre los hombres (0.4%). La edad media de inicio de consumo problemático del alcohol está entre los 15 y 16 años, el consumo de cannabis entre los 16 y 17 años, mientras que la cocaína se sitúa entre los 20 años. Según este informe entre el periodo 2013-2019 un 6.8% de las personas que iniciaron tratamiento en Proyecto hombre lo

hicieron motivadas por la aplicación de medidas judiciales que posibilitaron que no ingresaran en prisión y poder llevar un proceso de tratamiento y rehabilitación. En el caso de las mujeres fue un (3.6%) esta se dio en la mitad de los casos de los hombres (7.4%). Además, el 4.6% de las personas que iniciaron tratamiento, estaban en situación de libertad condicional, doblando el porcentaje de hombres (5%) al de mujeres (2.7%)

Para concluir señalar que son numerosos los estudios científicos que señalan el papel que juegan los factores psicosociales en el inicio y mantenimiento de los problemas de adicción. Es importante indagar sobre este tema, considerando la complejidad del fenómeno, para de esta forma estimular el desarrollo de marcos teóricos que permitan la creación o replanteamiento del control del riesgo y potenciación de los factores protectores de las conductas adictivas (Mendoza-Carmona¹ y Vargas-Peña, 2017). Conocer cuáles son las características psicosociales y cuáles son los factores que están influyendo nos dará pistas para poder adaptar los tratamientos a las necesidades de estas personas y mejorar aquellas áreas consideradas más problemáticas.

4.COMORBILIDAD PSICOPATOLOGICA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.

Como se indicó en el anterior apartado una de las características más importantes que destacábamos entre las personas con TUS es la importante presencia de problemas psicopatológicos asociados a la adicción. Dada su alta prevalencia y las consecuencias que tiene para la persona, merece dedicar un apartado a esta problemática.

Las personas que presentan abuso de sustancias conforman uno de los grupos con mayores tasas de abandono del tratamiento y de recaída en las conductas problemáticas, especialmente aquellos que no reciben apoyo postratamiento (Ries et al., 2014). Un factor que permite explicar parte de ésta dificultad, es la existencia de la alta comorbilidad psicopatológica, es decir la coexistencia de una adicción y otro trastorno mental definido. Esta comorbilidad psiquiátrica, es decir, un diagnóstico dual, tiene un alto impacto en el funcionamiento psicosocial de los consumidores de sustancias y está relacionado con el deterioro de su calidad de vida en general (Daigre et al., 2017). Los estudios confirman que la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica entre los pacientes con TUS es muy frecuente (Araos et al., 2017; Compton et al., 2003; Diagre et al., 2019; González-Saiz et al., 2014; Levin et al., 2004) y varía del 50% al 75% según la variables metodológicas (Araos et al., 2017; Compton et al., 2003; Diagre et al., 2019; Levin y col., 2004; Torrens et al., 2015; Rodríguez-Sáez y Salgado-Ruiz 2018; Romero-Reyes, et al., 2019).

En este sentido estudios como el de Araos et al.(2017) analizaron las diferencias (de policonsumo y psiquiátricas) entre los pacientes que consumen cocaína de los recursos ambulatorios y residenciales para adaptar mejor el

tratamiento. La muestra se recogió de otros estudios previamente publicados. $n = 214$ participantes (183 hombres) en tratamiento ambulatorio (TA) y $n=227$ en comunidades terapéuticas(CT) (207 hombres). Todos con consumo principal de cocaína y con edad media de 35 años ($DT=7,8$). Se utilizó como instrumento de evaluación La Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos de Sustancias y Mentales (PRISM), es una evaluación clínica semiestructurada diseñada para diagnosticar comorbilidades psiquiátricas en personas con trastornos por consumo de sustancias.

En cuanto a las prevalencias en la comorbilidad psiquiátrica, se encontraron diferencias significativas entre grupos en: Escala total de comorbilidad psiquiátrica (TA= 56,5%; CT= 65.6 %) y en trastornos psiquiátricos primarios (TA = 1.4%; CT = 7.5%). Esta diferencia en la prevalencia de trastornos psicóticos puede estar relacionada con la alta prevalencia de trastornos por consumo de cannabis en los pacientes de CT debido a que el análisis predictivo mostró que el trastorno por uso de cannabis fue el único predictor significativo analizado ($p<.05$; $OR = 14.779$) del trastorno psicótico primario.

Estos datos confirman la alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con TUS y sobre todo en los pacientes que se encuentran realizando un tratamiento de Comunidad Terapéutica, confirmando la hipótesis del estudio

Desde este punto de vista atender a las características personales en esta área, de cada individuo, es de gran importancia para el abordaje del tratamiento de la adicción y la mejora de la eficacia de los tratamientos, ya que, tal como señala el NIDA “No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas... el tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas” (NIDA, 2010, pág. 2).

Numerosos trabajos ponen de manifiesto la importante relación existente entre el uso y el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud mental. Sin embargo, es difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia en el inicio, mantenimiento o empeoramiento del trastorno mental. Esto se debe a varios motivos: en primer lugar, la mayoría de las sustancias suelen consumirse en asociación a otras. En segundo lugar, se considera que el comienzo del trastorno mental podría preceder al uso de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo en muchas ocasiones. Finalmente, las diferentes enfermedades y en especial los problemas de ansiedad y depresión, suelen ir asociados a otros trastornos (comorbilidad), lo cual impide establecer la relación directa entre la sustancia y cada problema en particular(Contreras-Olive et al.,2020).

La relación entre cada grupo de sustancias y la psicopatología, en general se puede considerar a dos niveles: el consumo de la sustancia como factor de riesgo de desarrollar un problema psicológico (causa) y como

consecuencia de padecerlo (efecto). El consumo regular y prolongado de una sustancia puede conducir a la aparición de diversas enfermedades psiquiátricas (Contreras-Olive et al., 2020). El tratamiento y rehabilitación para estos pacientes con diagnóstico dual es más difícil y compleja por lo que requiere evidencias con estudios de investigación para diseñar estrategias reales que ayuden a acercarse al problema y lograr los objetivos propuestos.

Desde este punto de vista mejorar las tasas de éxito de los programas de intervención ha generado un claro interés por el estudio de las variables que limitan o mediatizan el alcance y la eficacia de dichos programas, siendo el Trastorno de Personalidad (TP), el diagnóstico comórbido más común en personas con problemas de adicción (Becoña y Cortés, 2008). Parte de los problemas que acompañan al consumo de sustancias proceden de patrones disfuncionales de conducta que se mantienen en el tiempo con una elevada estabilidad y que determinan la persistencia de la conducta adictiva y el fracaso de las estrategias encaminadas a su control (Pedrero et al., 2003). En este sentido han cobrado gran importancia los estudios que relacionan los perfiles de personalidad con las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos que presentan estas personas (Coriale et al., 2019; Karpyak et al., 2019). Algunos estudios apuntan que su presencia repercute significativamente en el diagnóstico, en la intervención terapéutica y en definitiva, en el pronóstico de esta clase de pacientes. Martínez y Trujillo (2003) destacan algunas de las consecuencias de la presencia de trastornos de personalidad en sujetos drogodependientes si no se aborda el tratamiento de un modo adecuado: dificultad para alcanzar la abstinencia con frecuentes recaídas en el consumo, baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, consumos importantes de otras sustancias diferentes a la que motiva el tratamiento, uso abusivo y erróneo de los psicofármacos, y deterioro de la relación paciente-terapeuta, entre otras.

Un estudio de Papamalis (2020) examina si el funcionamiento de la personalidad contribuye o dificulta la finalización del tratamiento, y en qué medida, mientras se controlan variables psicosociales o motivacionales. La muestra estaba compuesta por $n = 340$ participantes (186 hombres) entre 27-40 años de 5 comunidades terapéuticas. Se utilizaron como medias de evaluación el cuestionario Client Evaluation of Self and Treatment (CEST) que mide funcionamiento psicológico, funcionamiento social, motivación para el tratamiento y participación en el tratamiento, y el cuestionario Índices de Gravedad de los Problemas de Personalidad (SIPP-118). Los resultados mostraron que ciertas características disfuncionales emergieron como fuertes predictores de la finalización del tratamiento. Los niveles disfuncionales en Autocontrol y Concordancia Social fueron predictores significativos del abandono del tratamiento. Los individuos con baja capacidad para tolerar, utilizar y controlar las propias emociones e impulsos tenían casi tres veces más probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con los que no la

tenían [OR] = 2.73, Wald = 6.09, $p < .014$, IC 95% [1.2, 6]. Los individuos con niveles disfuncionales en la capacidad de valorar la identidad de alguien, retener los impulsos agresivos hacia los demás y colaborar con los demás tenían 2.21 veces más probabilidades de completar el tratamiento [OR] = 2.21, Wald = 4.12, $p < .042$, IC del 95% [1, 4.7]. Los individuos con niveles de adaptación más altos en Control del Esfuerzo tenían un 46% más de probabilidades de completar el tratamiento [OR] = 4.67, Wald = 10.231, $p < .001$, IC del 95% [1.81, 12.04], un 47% más de probabilidades en Regulación de la agresividad [OR] = 4.76, Wald = 16.68, $p < .001$, IC 95% [2.1, 10.3], y un 26% más de probabilidades en Imagen personal estable [OR] = 2.62, Wald = 6.75, $p < .009$, IC 95% [0.9, 3].

Estos hallazgos ponen de manifiesto del papel predictivo de las características de personalidad en la finalización del tratamiento y destacan la utilidad clínica de detectar estas diferencias individuales desde el principio. Determinar el papel de las características de personalidad individuales en el tratamiento puede proporcionar la base para mejorar la efectividad del tratamiento a través de intervenciones individualizadas que están científicamente impulsadas y pueden abrir nuevas avenidas para la investigación científica de la personalidad y el trato.

Siguiendo en esta línea, Daigre et al.(2019) analizaron los factores psicopatológicos que afectan a la finalización de un tratamiento a largo plazo para el trastorno por abuso de sustancias. La muestra estaba formada de 245 (80.8% hombres) 26-43 años, pacientes del tratamiento en Proyecto Home Catalunya, que cumplían los criterios de dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR, habían permanecido abstinentes del consumo de sustancias durante al menos 3 meses en un programa libre de sustancias a largo plazo. De estos el 39.2% completó el tratamiento y el 60.8% no completó el tratamiento.

Se evaluaron las siguientes áreas: datos demográficos; Severidad de la adicción (EuropASI); Salud funcional y bienestar y calidad de vida (HRQoL); Síntomas depresivos (BDI); Ansiedad (STAI); Impulsividad funcional y disfuncional (FIDI); Entrevista clínica semiestructurada (SCID-I); TDAH con escalas conners para adultos (CAADID-II); Trastornos de personalidad (SCID-II). Los resultados mostraron que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los diagnósticos psiquiátricos comórbidos y la finalización del tratamiento. La mayor duración del tratamiento (OR: 1.22; $p < 0.01$), el mayor nivel educativo (OR: 2.37; $p < .02$) y la dependencia de la cocaína como sustancia principal (OR: 3.68; $p < .01$) se relacionaron con una mayor probabilidad de completar el tratamiento. Los pacientes con mayor gravedad de consumo de alcohol (OR: .06; $p < .02$) y más síntomas depresivos (OR: .95; $p < .01$) completaron el tratamiento con menor frecuencia; Además se encontraron diferencias significativas, que mostraron que el grupo que no terminó el tratamiento obtuvo medias mayores que el grupo que finalizó el tratamiento en

depresión, ansiedad estado y rasgo, e impulsividad. Se concluye que los factores psicopatológicos tienen una influencia importante en la finalización o no del tratamiento. La no finalización fue más frecuente entre los pacientes con más síntomas de ansiedad, depresivos y más impulsividad disfuncional.

Ramirez-Castillo et al. (2019) también encuentra relación entre el consumo de sustancias y determinados rasgos disfuncionales de personalidad. En su estudio explora el papel mediador de la tolerancia a la frustración en la relación entre los rasgos de personalidad y dos tratamientos diferentes para la adicción a sustancias: la comunidad terapéutica (CT) y el tratamiento ambulatorio (TA). La muestra estuvo compuesta por 84 sujetos con trastorno por abuso de sustancias en total (22 mujeres), incluyendo 46 voluntarios (13 mujeres) en CT y 38 (9 mujeres) en TA. Los resultados se compararon con una muestra de control (335 voluntarios, 268 mujeres) con edades entre 18-60 años. Se les evaluó con el test de Rosenzweig para la tolerancia a la frustración y el test Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) para evaluar los factores de personalidad. Se encontró que la tolerancia a la frustración fue menor en pacientes con TUS que en el control (d de Cohen = 1.22); Entre grupos terapéuticos, la tolerancia a la frustración fue significativamente más baja en las CT que en el AT (d de Cohen = 0,78); Los rasgos depresivos, antisociales, sádicos, negativistas, esquizotípicos, límites, paranoides, de ansiedad, de distimia, de consumo de alcohol, de drogas, de trastorno de estrés postraumático (TEPT), de trastorno del pensamiento y de trastorno delirante eran sugestivos de patología en las muestras clínicas y eran significativamente diferentes entre los grupos de control, y clínicos. Además, los rasgos de ansiedad (g de Hedges = .743) y TEPT (g de Hedges = .703) fueron más altos en el TC que en el AT; Un análisis de mediación reveló que el efecto de las escalas de ansiedad ($\eta^2 = .106$) y TEPT ($\eta^2 = .126$) en el grupo terapéutico estaba parcialmente mediado por la tolerancia a la frustración. Se observa que los Trastornos de Personalidad (TP), suelen ser diagnósticos comórbidos muy comunes en personas con problemas de adicción (Becoña y Cortés, 2008).

La relación entre trastornos de personalidad y consumo de sustancias es compleja, ya que se da una gran variabilidad respecto a las tasas de prevalencia, que depende tanto de la sustancia como de la metodología empleada (criterios, cuestionarios, puntos de corte...). Las dificultades para establecer las tasas de prevalencia se sustentan tanto en aspectos conceptuales como metodológicos, por ello, la prevalencia de trastornos de la personalidad en sujetos dependientes de la cocaína oscila entre el 36.7%, para una muestra de pacientes en tratamiento por dependencia a cocaína en España, (Lorea et al., 2008) y el 97%, para una muestra de veteranos de guerra estadounidenses (Calsyn y Saxon, 1990), en cambio en un estudio reciente Giner-Zaragoza, et al. (2015) encontraron que en población general la prevalencia de TP fue del 7%, otros como Sheehan, et al. (2016) señalan entre

un 5 y 15 % considerándolas una de las afecciones psiquiátricas más frecuentemente experimentadas.

Una cuestión a tener en cuenta es que las prevalencias de los trastornos de personalidad halladas en poblaciones de drogodependientes en tratamiento son cuestionables, debido a que en muchos casos la evaluación de dichos trastornos se realiza en los momentos iniciales de los tratamientos. De esta manera se solapan en muchos casos conductas derivadas de la propia adicción con las descriptivas de determinados trastornos de personalidad (Rodríguez y Salgado, 2018). Según el manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5), los trastornos de personalidad se pueden dividir en tres grupos en función de las similitudes clínicas: grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista), y el grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo). Se diagnostican cuando las desviaciones culturales a largo plazo en la cognición, las emociones y el comportamiento interrumpen las actividades diarias o causan angustia (Blanco-Artola et al., 2020).

En cuanto a la prevalencia de los trastornos los del grupo B afectan aproximadamente a 5.5% de la población mundial, mientras que los grupos A y C son menos comunes con una prevalencia de 2.1 y 2.3%. Atendiendo a las diferencias de género, los trastornos esquizoide, esquizotípico, antisocial y narcisista se da más en hombres, mientras que el histriónico y dependiente en mujeres. Blanco-Artola, et al. (2020) en su artículo "Actualización De Los Trastornos De Personalidad" hacen una revisión bibliográfica con el fin de exponer una actualización sobre aspectos generales de los trastornos de personalidad, en el exponen diferentes enfoques en cuanto a la etiología de estos trastornos. Parten de la idea, confirmada por otros autores (Sharp et al., 2018), de la elevada tasa de heredabilidad que presentan y plantean un primer enfoque gen-trastorno, según el cual hay una relación lineal entre los genes y el trastorno. El segundo enfoque es el endofenotipo, en el que los resultados del trastorno se sustituyen por fenotipos intermedios, los cuales están más estrechamente regulados por los genes. Por último, el enfoque de interacción gen-ambiente supone que los genes moderan el efecto de los factores ambientales sobre el entorno. Según este último enfoque, los factores ambientales causan el trastorno y los genes alteran la susceptibilidad de los factores ambientales.

Analizando la interacción de los trastornos de personalidad y las adicciones, Skinstad y Swain (2001) y San-Molina (2004) concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al clúster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del clúster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y, en tercer lugar, el clúster A, destacando el esquizoide. Bravo De Medina, et al. (2007), encontraron en población de alcohólicos, como más prevalentes los patrones de personalidad

histriónico (63.6%), narcisista (67.4%) y antisocial (67.5%), los tres pertenecientes al clúster B. Resultados similares a los de población consumidora de cocaína en tratamiento donde López y Becoña (2006) hallaban mayor prevalencia para el patrón pasivo-agresivo (33.3%), antisocial (22.5%) y narcisista (18.6%). En la misma línea que los hallados por Fernández-Montalvo et al. (2004) en pacientes adictos en una comunidad terapéutica, siendo el trastorno de mayor prevalencia el trastorno antisocial (42.9%), seguido del trastorno pasivo-agresivo (40.5%) y del trastorno narcisista de la personalidad (21.4%). Otros trastornos frecuentemente diagnosticados en pacientes con TUS son la depresión, la ansiedad, déficit de atención y trastorno de hiperactividad (TDH) (Biederman et al., 1998; Compton y col., 2007; Daigre et al., 2013; Herrero et al., 2008; Torrens et al., 2015).

Un estudio interesante sobre la presencia de trastornos psicopatológicos en los recursos residenciales para tratamiento de la adicción, Miovský et al. (2020) evalúa la prevalencia del TDAH en personas con trastorno por abuso de sustancias en un recurso residencial compara la salud mental con y sin TDAH. Se realizó el estudio en 5 Comunidades Terapéuticas (CT) residenciales ($n = 180$, 76.7% hombres, 53.9% 25-34 años, 79.2% diagnosticados de trastorno por consumo de metanfetamina). Se evaluaron los síntomas del TDAH, el consumo de sustancias, los problemas de salud mental y los síntomas psiquiátricos. El TDAH se valoró con el inventario DIVA 2.0; Los síntomas psiquiátricos se valoraron con 2 escalas, la EuropASI (mide depresión, ansiedad, déficit cognitivo, alucinaciones, déficit en autocontrol, intentos suicidas, pensamientos suicidas y estatus psiquiátrico global ASI-PSY) y la escala SCL-90 (mide somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala de síntomas psiquiátricos totales); La severidad de la adicción se midió con el European Addiction Severity Index (EuropASI). Se encontró TDAH en el 51% de los residentes que mostraron puntuaciones significativamente más altas en la puntuación compuesta del estado psiquiátrico (ASI-PSY) ($F = 9.08$, $p < .001$; $t = 5.05$, $p < .001$), el total de síntomas psiquiátricos positivos (SCL-PST) ($F = 3.36$, $p < .05$; $t = 3.15$, $p < 0.01$), y el índice de gravedad global (SCL-GSI) ($F = 3.27$, $p < .05$; $t = 3.18$, $p < .01$). El ASI-PSY y el SCL correlacionaron significativamente con los síntomas del trastorno por déficit de atención (r 's de Pearson = .3-.42, $p < .001$) y los síntomas del trastorno por hiperactividad (r 's = .24-.30, $p < .01$). Incluso cuando se tuvo en cuenta la gravedad del consumo de sustancias, el TDAH se confirmó como un predictor significativo del ASI-PSY ($B = .14$, $p < .001$ para el trastorno combinado; $B = .20$, $p < .001$ para el trastorno de atención) y parcialmente del SCL-PST ($B = 8.12$, $p < .05$ para el trastorno de atención). La conclusión fue que la prevalencia del TDAH en las CT fue casi 10 veces superior a los valores registrados globalmente. Los procedimientos e

intervenciones de diagnóstico del TDAH deberían convertirse en una parte integral del proceso estándar de diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, en cuanto a los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, Contreras-Olive et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo transversal durante el año 2017, con el objetivo de identificar sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de pacientes adictos a sustancias psicoactivas, en deshabitación. Para ello la muestra estuvo constituida por 88 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se aplicaron los inventarios de ansiedad rasgo-estado (IDARE) e inventario de depresión rasgo-estado (IDERE). La edad media fue de 38 años, el 79.55% fueron del sexo masculino y el 20.45% del femenino. En cuanto a las sustancias consumidas en los 30 días previos al estudio, el alcohol fue la sustancia más consumida (51.1%), seguida de los psicofármacos (33%). El consumo de alcohol y/o marihuana fue mayor en el sexo femenino, resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 11.528$; $p < .000$); igualmente, el consumo de psicofármacos fue también mayor en las mujeres que en los hombres ($\chi^2 = 22.284$; $p < .000$). El consumo de opiáceos no presentó diferencias en cuanto al sexo. Sin embargo, el consumo de drogas emergentes fue mayor en hombres que en mujeres ($\chi^2 = 4.724$; $p < .017$).

Al estudiar el tiempo de consumo y la presencia o no de síntomas depresivos se encontró que en general, a mayor tiempo, mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. El estudio de la asociación entre intensidad de la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias reveló que a mayor intensidad depresiva, mayor es la probabilidad de consumir, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa a ($p > .522$). Los resultados mostraron que de las personas estudiadas, 21 hombres y 9 mujeres, presentaron depresión alta, 18 hombres y 2 mujeres moderadas y 21 hombres depresión baja. Todas las mujeres que presentaron depresión, tuvieron niveles de alto y moderado, se identificó mayor intensidad de los síntomas con respecto a los hombres.

Al estudiar el tiempo de consumo y la presencia o no de síntomas ansiosos, no se encontró asociación entre ellos. El análisis de la asociación entre la intensidad de la sintomatología ansiosa y el consumo de sustancias reveló que a mayor intensidad ansiosa, mayor fue la probabilidad de consumir. Los pacientes que presentaron mayores niveles de ansiedad fueron los del sexo masculino, del grupo de edad de 41 a 50 años y de nivel escolar secundario. La prevalencia de adictos según tiempo de consumo y nivel de ansiedad arrojó que a mayor tiempo de consumo, aumentó la probabilidad de padecer síntomas ansiosos, así como mayor fueron los niveles de ansiedad presentados. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > .799$). Estos resultados confirmaron la elevada asociación entre depresión, ansiedad y consumo de sustancias, de manera que los pacientes presentaron alteraciones tanto ansiosas como depresivas y como el tiempo de consumo

estuvo relacionado con la intensidad de la sintomatología. A mayor intensidad de la sintomatología afectiva, hubo mayor probabilidad de consumo.

En este sentido Lai, et al.(2015), realizaron un meta-análisis de estudios epidemiológicos llevados a cabo entre 1990 y 2015 para determinar la fuerza entre los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y TUS. Realizó una búsqueda exhaustiva de literatura de Medline, EMBASE, CINAHL, PsychINFO, Web of Science y Scopus de 1990 a 2014. Las fuentes se eligieron sobre la base de que contenían investigaciones originales en poblaciones no clínicas realizadas en adultos seleccionados al azar que viven dentro límites. Se extrajo la prevalencia de TUS comórbidos, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Se identificaron 115 artículos mediante búsquedas electrónicas que se revisaron en texto completo, lo que arrojó 22 encuestas epidemiológicas únicas para extraer datos de prevalencia de por vida y de 12 meses de enfermedad psiquiátrica en encuestados con un TUS. El meta-análisis indicó que las asociaciones más fuertes fueron entre el trastorno por consumo de drogas ilícitas y la depresión mayor (OR combinado 30; IC del 95%: 32 a 48), seguido del uso de drogas ilícitas y cualquier trastorno de ansiedad (OR 2.91; IC del 95%: 2.58 a 3.28), trastornos por consumo de alcohol y depresión mayor (OR 2.42, IC 95% 2.22-2.64) y trastornos por consumo de alcohol y cualquier trastorno de ansiedad (OR 2.11, IC 95% 2.03-2.19). Los OR de dependencia fueron más altos que los de abuso independientemente de los diagnósticos basados en la prevalencia de por vida o de 12 meses. Esta revisión confirma la fuerte asociación entre los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y los problemas de adicción. Tal y como señala Ibáñez, et al. (2020), la comorbilidad entre trastornos del estado de ánimo y TUS es frecuente, empeora el pronóstico de ambos cuadros y dificulta su tratamiento. El reconocimiento y manejo de síntomas anímicos en usuarios de sustancias significa un desafío en la práctica clínica.

Estudios como el de Adanet al. (2017) examinan las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con Trastorno por uso de sustancias (TUS) y Trastorno por uso de sustancias con depresión mayor (TUS -MDD), para afrontar el tratamiento considerando su modalidad (Tratamiento Ambulatorio y Comunidad Terapéutica). La muestra estuvo compuesta por $n=80$ pacientes; 20 con TUS en tratamiento ambulatorio; 20 con TUS en comunidad terapéutica; 20 con TUS-MDD en tratamiento ambulatorio; y 20 con TUS-MDD en comunidad terapéutica; La edad media de los pacientes fue de 40.05 años ($DT = 9.29$). La gravedad del TUS se evaluó mediante el Drug Abuse Screening Test-20 (DAST-20) (Skinner, 1982) y la sintomatología depresiva mediante la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HDRS; Hamilton, 1967); Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI; Tobin et al., 1989)

Los pacientes con TUS-MDD puntuaron más alto en las estrategias de desconexión, como el retraimiento social ($\eta^2 = .206$) y desenganche centrado en las emociones ($\eta^2 = .103$), y más bajo en las de compromiso, como la resolución de problemas ($\eta^2 = .063$), la reestructuración cognitiva ($\eta^2 = .110$) y el apoyo social ($\eta^2 = .053$), así como en la capacidad de afrontamiento autopercibida, compromiso centrado en los problemas ($\eta^2 = .113$), compromiso centrado en la emoción ($\eta^2 = .062$), y compromiso ($\eta^2 = .107$). No se encontraron diferencias entre el tipo de tratamiento, ambulatorio vs comunidad terapéutica.

Por tanto, se encontraron varias diferencias en las estrategias de afrontamiento entre pacientes con TUS y TUS-TDM, con peor patrón en pacientes duales que está mediada por la presencia de sintomatología depresiva. Sin embargo, en contraste con la hipótesis del estudio, no se encontraron diferencias en relación al tipo de tratamiento a favor de los pacientes ambulatorios, y esta modalidad del tratamiento no influye ni interactúa con el diagnóstico. Estos resultados enfatizan que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y la evitación de aquellas que son desadaptativas, podría ser relevante para un mejor curso de tratamiento así como para la prevención de recaídas.

En los últimos años se han llevado a cabo varios estudios que han comenzado a explorar las diferencias de género en el tratamiento por dependencia de sustancias, los resultados distan mucho de ser concluyentes (Fernández-Montalvo et al., 2014). La escasez de investigaciones que atiendan a las diferencias de género, puede estar mediatizada por la dificultad existente de conseguir muestras suficientemente importantes de mujeres con problemas de consumo, que permita estudiar con un mínimo de representatividad, la incidencia y características de la drogodependencia en mujeres (Castillo et al., 2003). En la literatura científica, encontramos que la mayoría de los estudios realizados analizan la población mixta con una proporcionalidad que no suele superar el 20% de mujeres consumidoras. Por ejemplo, López-Goñi, et al. (2012) obtenían un perfil de 80.5% de hombres y Roncero et al. (2016) un perfil en el que el 84% eran varones. Los datos de usuarios atendidos por la UNAD (2018) estiman solo un 25% de atenciones a mujeres (incluyendo servicios de asesoramiento a familias, empleo, específicos de mujeres...) mientras que Proyecto Hombre a nivel nacional cuenta con una proporción de mujeres atendidas del 16.6% (Observatorio Proyecto Hombre 2018). Ésta menor proporción de mujeres consumidoras que acuden a un centro de tratamiento puede estar explicada por existir una menor proporción de mujeres adictas, o por estar más estigmatizadas socialmente, lo que dificulta la búsqueda de asistencia terapéutica, sin que ambas posibilidades sean excluyentes (Fernández-Montalvo et al., 2014).

El último informe de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), coloca el foco de atención en la mujer, ya que esta puede sufrir doblemente

este problema: por un lado, es víctima de la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume de forma nociva, y por otro, padece ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia. Los estudios indican que en general las mujeres presentan más ansiedad y síntomas depresivos y también más problemas para adaptarse a la vida cotidiana que los hombres, iniciando el consumo de alcohol más tarde que ellos, teniendo significativamente más edad cuando el patrón de consumo se convierte en problemático. Además, informan más problemas relacionados con la familia, la vida social y la salud mental y física, mientras que los hombres informan sobre una mayor criminalidad y por tanto problemas legales, además de problemas financieros (Ávila y González, 2007; Fernández-Montalvo et al., 2014, Storbjörk, 2011).

En esta línea Simonelli et al. (2017) analizaron diferencias de género en jóvenes diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias (TSA), con el fin de detectar posibles diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a su funcionamiento neuropsicológico, perfiles clínicos y experiencias vitales pasadas. La muestra fue de $n=40$ jóvenes entre 18-24 años (20 mujeres) reclutados de una comunidad terapéutica por abuso de sustancias. Se evaluó el funcionamiento neuropsicológico, la gravedad de la sintomatología (Symptom Checklist-90-Revised), el perfil y los trastornos de la personalidad (Shedler Westen assessment procedure-200) y la historia vital en dos grupos de jóvenes adultos con abuso de sustancias 20 hombres y 20 mujeres.

En cuanto a las diferencias significativas en las prevalencias del funcionamiento cognitivo, se encontró que las chicas mostraron un menor deterioro cognitivo que los chicos en tareas de copia de la escala de percepción (Chicos con alteración= 45%; Chicas con alteración= 5%) y en el índice global (Chicos con alteración= 80%; Chicas con alteración= 35%). No encontraron diferencias significativas en cuanto a los perfiles de personalidad. Las historias vitales de las chicas presentaban más experiencias de abuso y maltrato; también pasaban más rápidamente del consumo de sustancias a la dependencia. Los chicos, en cambio, estaban más involucrados en actividades delictivas. En cambio, en cuanto a las prevalencias significativas de los problemas psicológicos medidos con el SCL-90, las chicas puntuaron significativamente más alto que los chicos en las escalas: ansiedad fóbica (Chicos= 15%; Chicas= 50%), ideación paranoide (Chicos= 50%; Chicas= 85%), PSDI (Chicos= 60%; Chicas= 95%).

De estos resultados los autores concluyen que parece que las diferencias de género se manifiestan temprano, en el inicio de la edad adulta. Como consecuencia se debe ofrecer un tratamiento orientado al género para la adicción a las drogas incluso en edades tempranas, centrándose en las reacciones adversas tempranas, en las experiencias y su potencial efecto traumático en las niñas.

En cuanto a los trastornos de personalidad, Miquel et al. (2011) tras la revisión de 40 estudios publicados, que contenían información acerca de las diferencias de género en la prevalencia y características clínicas en pacientes duales, concluyeron que existía mayor prevalencia en hombres de trastornos psicóticos y bipolares, y en las mujeres mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos. Resultados similares a los de (Ávila y González, 2007), que encontraban que las mujeres tenían una mayor sintomatología ansiosa-depresiva y una mayor inadaptación a la vida cotidiana, siendo los patrones de personalidad más frecuentes el obsesivo-compulsivo, el dependiente y el histriónico.

Sánchez y Jarillo (2020) realizaron un estudio con población femenina penitenciaria. La muestra del presente estudio estuvo compuesta por 143 mujeres privadas de libertad en dos centros penitenciarios de la Región de Murcia, quienes de manera voluntaria cumplimentaron un cuestionario que incluía información demográfica, penitenciaria, de consumo de alcohol y otras drogas previamente y en prisión (adaptadas del cuestionario ASSIST) y la presencia de depresión, ansiedad y estrés en prisión (mediante el cuestionario DASS-21). Los resultados mostraron que las internas que presentaban depresión, ansiedad y estrés mostraban una mayor prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas, en comparación con las que no, mostrando el análisis de regresión asociaciones estadísticamente significativas entre una elevada prevalencia entre consumo de alcohol y otras drogas y de trastornos mentales en el colectivo privado de libertad. Atendiendo a otros estudios realizados y mostrados a lo largo de este trabajo podemos afirmar que estos resultados se pueden generalizar a la población femenina que no está privada de libertad. Por tanto parece que hay un perfil claramente diferenciador en función del género. La mayor presencia de sintomatología ansiosa-depresiva y de trastornos de personalidad del clúster C (ansioso-temeroso) en la mujer con problemas de adicción.

5.MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS ADICCIONES

La adicción a las drogas, como cualquier otra conductiva adictiva es un fenómeno de estudio muy complejo en el que intervienen numerosas variables. Los seres humanos han consumido sustancias psicoactivas a lo largo de los siglos con diferentes finalidades: el éxtasis místico, la búsqueda de placer, con fines terapéuticos, etc. (Torres y Papini, 2016). Es por tanto que históricamente la concepción de las adicciones ha venido adoptando distintas orientaciones filosóficas y conceptuales que van desde las religiosas, las existencialistas, las biologicistas, las psicologicistas, hasta las integrativas como la biopsicosocial.

Aunque el uso de drogas es antiguo, la noción de que determinadas drogas provocan un tipo de enfermedad llamada “adicción” no tendría más de

200 años (Levine, 1978). Este mismo autor propuso el concepto médico de adicción, pasando de entender esta como algo demoníaco y de un estado de posesión, a un concepto científico que comprende la adicción como una enfermedad del cerebro. A esta primera concepción se han ido uniendo otras variables y conceptos que han dado lugar a diferentes modelos científicos para explicar las adicciones. Esto plantea distintas preguntas: ¿Existe la adicción como enfermedad del cerebro? ¿Es una enfermedad neurobiológica –y por lo tanto un fenómeno transcultural- o está ligada culturalmente al mundo occidental moderno? ¿Existe una relación directa entre adicción y drogas? ¿De qué modo y en qué medida inciden en ella distintos factores como la herencia, los mecanismos neurobiológicos del cerebro, el comportamiento, la personalidad, el contexto social o la cultura? Apud y Romani (2016) siguiendo a estos autores nos vamos a centrar en tres principales modelos, que explican las adicciones, intentando dar respuesta a las preguntas planteadas.

En primer lugar el modelo biomédico con sus características y limitaciones que supone reducir la adicción bajo un modelo neurobiológico. En segundo lugar el modelo biopsicosocial, donde se integran variables psicológicas y de contexto y desde el cual se aborda el tratamiento de las adicciones en el presente estudio. En tercer lugar el modelo sociocultural, donde se focaliza en la importancia de la cultura y el contexto social.

5.1 MODELO BIOMEDICO

El modelo biomédico considera las adicciones como una enfermedad, tal y como explican Secades et al. (2012), entiende la adicción como una manifestación sintomática de una disyunción bioquímica subyacente, dando gran importancia a la dependencia física y la explicación genética, es una enfermedad del cerebro y el principal objetivo es invertir o compensar dichos cambios. El modelo biomédico por tanto considera la adicción a las drogas como una enfermedad en la que el individuo pierde el control sobre el consumo. Esto significa que la dependencia es un fenómeno que se asocia en exclusiva con los procesos fisiológicos internos del sujeto y para entenderla hay que estudiar e investigar la interacción entre la biología humana y las características farmacológicas y bioquímicas de las drogas.

De este modelo derivan las clasificaciones actuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-5), según el cual, para que un sujeto sea diagnosticado con trastorno por consumo de sustancias (TCS), debe manifestar 3 o más de los siguientes criterios diagnósticos:

1. Consumo riesgoso
2. Problemas sociales o personales relacionados con el consumo
3. Abandonar actividades que son ajenas al consumo de la droga,
4. Tolerancia a los efectos de la droga,

5. Síndrome de abstinencia cuando interrumpe el consumo de la misma,
6. Consumir grandes cantidades de la droga por largos periodos,
7. Intentos fallidos de abandonar el uso,
8. Utilizar mucho tiempo del día consumiendo la droga de abuso o en actividades relacionadas con el consumo,
9. Presentar problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo,
10. Renunciar a otras actividades por consumir la droga
11. Sentir un fuerte deseo por consumirla (ansia por el consumo o craving).

La Clasificación internacional de enfermedades, undécima versión (CIE-11), se incluye como novedad trastornos debidos a conductas adictivas, definidos como aquellos síndromes asociados a la angustia y a la interferencia con las funciones personales como resultado de conductas gratificantes repetitivas que producen dependencia, aunque no tengan un componente tóxico. En esta categoría se distingue entre Trastorno por juego y Trastorno por videojuego. También la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adicción es una enfermedad cerebral que provoca la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias adversas que ésta provoque. Y la misma noción de “dependencia de una o varias drogas como una enfermedad crónica de carácter recidivante” (Casas et al., 2006) y que por lo tanto no tiene cura.

Este enfoque parte de una concepción neurobiológica de la adicción y la define como una enfermedad cerebral, en la que nos encontramos una serie de desajustes en determinadas áreas del cerebro. El NIDA define la adicción como “un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga pese a sus consecuencias negativas. Se la considera un trastorno cerebral porque da lugar a cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol.

Méndez-Díaz et al. (2017) en su artículo “Neurobiología de las adicciones”, da una explicación de cómo se produce una adicción desde el punto de vista neurobiológico, el placer se produce porque disponemos de un sistema cerebral que nos permite experimentarlo, el cual fue descubierto en 1954 por James Olds y Peter Milner (Olds, y Milner, 1954). Los investigadores implantaron en las ratas un electrodo para estimulación eléctrica en la zona cerebral que ahora conocemos como sistema de motivación y recompensa o de reforzamiento que está anatómicamente constituido por neuronas dopaminérgicas agrupadas en la llamada área ventral tegmental (AVT).

En este paradigma, la rata podía oprimir una palanca que activaba un interruptor que le permitía autoestimularse a través del electrodo, y era capaz de hacerlo hasta 2 mil veces en 1 hora, ignorando otros estímulos como comida, agua o sexo. Las ratas se atrevían a transitar por superficies electrificadas y soportar choques eléctricos dolorosos para conseguir la autoestimulación. Con base en estas observaciones, Olds y Milner llegaron a la conclusión, revolucionaria para la época, de que la conducta estaba impulsada por el placer. Este mismo sistema es activado por drogas de abuso (a las drogas las llamamos reforzadores vacíos, porque no responden a una necesidad homeostática). A diferencia de los reforzadores necesarios, las drogas de abuso activan intensamente al AVT, promoviendo una mayor liberación de dopamina y facilitando una mayor sensación placentera (Covey et al., 2016; Damsma et al., 1992) Estas sustancias afectan al sistema de motivación y recompensa, generando una liberación masiva de dopamina asociada al consumo y una reducción en su liberación, incluso por debajo de la liberación basal al cesar el consumo (Adinoff, 2004). Durante la abstinencia del consumo de la droga se manifiesta esta reducción en la liberación de dopamina, que se ha relacionado con el estado de ánimo disfórico que afecta al usuario, que puede ser craving o síndrome de abstinencia y que frecuentemente lo obliga a consumir la sustancia de nuevo.

Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración y persistir mucho tiempo después de que la persona haya dejado de consumir. Las drogas actuarían entonces sobre la neuroplasticidad de los circuitos de recompensa dopaminérgicos, “hackeando” (Platt et al., 2010) o “pirateando” (Becoña y Cortés, 2010) éstos mecanismos de ponderación; interponiéndose entre la recompensa y el comportamiento adaptativo, y sustituyendo al segundo por el “placer mismo” del consumo (Apud y Romani, 2016).

Durante la exposición prolongada a la presencia de la droga el cerebro se habitúa a funcionar bajo elevados niveles de dopamina que el sistema nervioso compensa produciendo una menor cantidad de receptores dopaminérgicos. Es entonces que el adicto, para lograr el efecto deseado, debe recurrir a dosis cada vez mayores, llevando al consumo compulsivo (Koob et al., 1998) y a un ciclo autodestructivo en los mecanismos homeostáticos del cerebro (Apud y Romani, 2016; Becoña y Cortés, 2010).

En conclusión, desde este modelo, la adicción es un trastorno neurobiológico complejo que va empeorando con el tiempo, provocando adaptaciones alostáticas en los sistemas cerebrales de recompensa y estrés que modifican la motivación de un individuo para consumir sustancias psicoactivas. De esta manera, la adicción se define como un trastorno que avanza desde un consumo inicial por refuerzo positivo, a través de la activación del sistema de recompensa, a un consumo compulsivo para evitar los síntomas negativos que genera la sensibilización de los sistemas de estrés y anti-recompensa cerebral (Koob, et al., 2014).

Dentro de este modelo una de las teorías más conocidas, es la Hipótesis de la Automedicación: “La neurociencia propone que las dependencias de sustancias psicotrópicas pueden ser explicadas como una predisposición, una vulnerabilidad o un trastorno psicoorgánico, que sufren los pacientes que las padecen, aceptando que estas hipótesis no pretenden explicar la totalidad del fenómeno adictivo, ni pueden ser aplicadas sistemáticamente a todos los individuos afectados. Esta visión propone que los trastornos por dependencia de drogas son el resultado de la existencia de una alteración biológica, de origen genético o adquirido, que forzaría al adicto a consumir estas sustancias como un proceso de automedicación de la enfermedad que padece. Al intentar paliar con drogas los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia”. Entre las consecuencias que se derivan de esta visión se encuentran la cronicidad y, en muchos casos, el agravamiento de la considerada enfermedad (Casas 2008).

Las consecuencias según este modelo y tal y como señalan Fernández-Hermida, Carballo et al. (2007) son claras:

1. No hay recuperación sino hay de tratamiento. El carácter crónico del trastorno y la pérdida de control asociada hacen que el paciente drogodependiente fracase en sus múltiples intentos de dejar la sustancia por sí mismo. El tratamiento por tanto es la única respuesta posible

2. No se considera la idea de curación, ya que la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas. Dichas recaídas no deben ser vistas como un fracaso del tratamiento sino como el resultado de la evolución crónica del trastorno en su relación, no siempre eficaz, con una supervisión y un tratamiento continuados en el tiempo. En este sentido, las recaídas son pruebas de la existencia crónica del trastorno.

3. No es posible mantener un consumo autocontrolado con la sustancia. El objetivo del tratamiento es la abstinencia total, ya que el contacto de la persona con la sustancia produciría una recaída de inmediato.

Hay autores como Pérez del Río y Martín (2007) que recogen algunas críticas a este modelo biologicista que explica las adicciones:

- Deja de lado aspectos importantes para comprender el problema de las adicciones como son los factores sociales y el contexto.

- No contempla el uso abusivo no adictivo, se centra en la adicción como categoría patológica no como conducta. Es un modelo más orientado a la patología que a la salud.

- Propone que la prevención debe realizarse divulgando conocimientos científicos sobre los factores que provocan los problemas de salud. Cuando se ha demostrado que la mera información no disminuyen los comportamientos no saludables.

- Plantea la salud como ausencia de enfermedad, cuando el concepto más actual que define la OMS, la entiende como un fenómeno más integral y completo de bienestar físico, psicológico y social.

Según Becoña (2016) el artículo más importante criticando este modelo es el de Hallet al. (2015). Este autor centra sus críticas en cinco puntos. El primero en la idea de si la adicción es una enfermedad crónica, consideran que no, ya que muchas personas se recuperan sin tratamiento, lo que se conoce como "recuperación natural". El segundo es sobre los modelos animales de adicción, estos se parecen poco a comportamiento humano en cada situación. Además en ambientes enriquecidos las ratas entrenadas para autoadministrarse drogas se abstienen de hacerlo cuando pueden acceder a un refuerzo natural, como la comida o el emparejamiento (Ahmed et al., 2013). El tercero tiene que ver con la idea de la genética de las adicciones. La adicción no es un trastorno que ocurre sólo en los que tienen los denominados genes de las adicciones. Los estudios indican que la predicción genética es igual que una simple historia familiar de consumo (Gartner et al., 2009). El cuarto son los estudios de neuroimagen en humanos. Aunque estos muestran que los adictos difieren de los no adictos, parece que se debe, al menos en parte, al sesgo producido por el tamaño de las muestras y al tamaño de las diferencias. Además, los estudios caso-control no muestran si la adicción es causa o consecuencia de las diferencias en la estructura y función cerebral o alguna combinación de las dos (Ersche et al., 2013). El quinto es el incremento de la complejidad de la neurobiología de la adicción, con muchos sistemas de neurotransmisión y muchas estructuras cerebrales implicadas. Por ello es cada vez más relevante la epigenética (cambios en la expresión de los genes en el sistema cerebral que puede estar producida por el consumo de drogas) (Volkow y Morales, 2015).

Becoña (2016) hace una reflexión sobre porque este modelo ha evolucionado tanto a pesar de su reduccionismo y simplicidad, achacándolo entre otros motivos a la financiación generosa a la investigación que sustenta el modelo de enfermedad cerebral por parte del NIDA y el interés de la industria farmacéutica en que se consolide este modelo. Desde la psicología es claro que no podemos aceptar este modelo tal como está formulado, porque es simple, sesgado, interesado, reduccionista, no se basa en los datos científicos existentes sobre la adicción ni en el modelo biopsicosocial y, además, no vale para los intereses de los consumidores o adictos. Este modelo bordea los temas centrales, dejando en segundo, tercer o cuarto lugar, el papel que tiene el ambiente, los factores psicológicos, etc., negando la realidad de la información científica acumulada a lo largo de décadas y décadas de investigación (Becoña, 2016)

Tal y como exponen Apud y Romani (2016) este modelo se ha extendido más allá de los sistemas dopaminérgicos ya que no todas las drogas actúan directamente sobre el mismo. Estas extensiones del modelo incluyen también ir

más allá de la idea de recompensa, abarcando otros procesos cognitivos como la memoria, la motivación y el aprendizaje. De manera para que la dependencia física culmine en adicción, ésta debe asociarse a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje: de condicionamiento operante (reforzamientos positivos y negativos), de condicionamiento clásico (estímulos neutros que se asocian al craving provocándolo), y de aprendizaje explícito (memoria). De esta manera el modelo biomédico adquiere mayor complejidad y poder explicativo, integrando recompensa, condicionamiento, motivación, aprendizaje, memoria y estímulos externos. Todos estos aspectos son integrados en la definición oficial de adicción propuesta por el NIDA (2012) describiéndola como una enfermedad crónica del cerebro, que involucra los sistemas de recompensa, motivación, aprendizaje y decisión. En este sentido el paradigma biomédico busca adaptarse a un nuevo modelo biopsicosocial.

5.2 MODELO BIO-PSICO-SOCIAL EN EL AMBITO DE LAS ADICCIONES

La idea de adicción como una “enfermedad del cerebro” surge como categoría que busca explicar el consumo compulsivo de determinadas sustancias en términos neurobiológicos y científicos. Pero los problemas de un modelo constreñido a los límites del sistema nervioso, sumado a las críticas desde disciplinas preocupadas por fenómenos psicológicos, sociales y culturales, ha producido la emergencia de nuevas concepciones, que rompen con la idea de adicción como enfermedad confinada a los límites del cerebro (Apud y Romani, 2016).

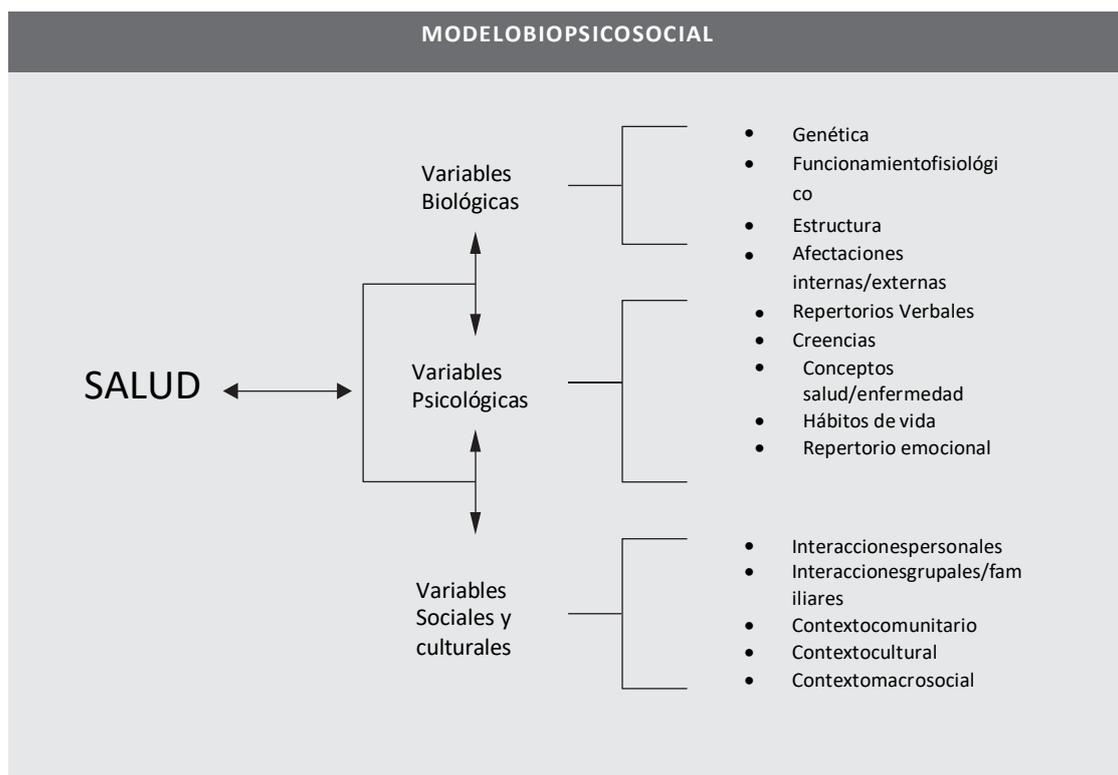
La idea de que existen factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social, es ampliamente aceptada en adicciones (García, 2015). Esto supone un cambio de paradigma en la investigación y da lugar a un nuevo modelo que integra variables biopsicosociales a los anteriores descubrimientos del funcionamiento cerebral aportados por el modelo biomédico (Peláez y Romaní, 2016). Así Fernández-Hermida et al. (2007) señalan que aunque el modelo biomédico sigue dominando en gran medida en las políticas de atención a la drogodependencia, el fenómeno del auto-cambio o la recuperación natural en las adicciones favorecen un enfoque biopsicosocial más acorde con la tradición y la investigación psicológicas.

El NIDA, aunque en su definición da gran peso a la adicción como “enfermedad cerebral”, también plantea que no hay un único factor que determine esta problemática, incluye en este sentido los factores de riesgo y protección que pueden ser ambientales o biológicos. Por tanto distingue entre los factores de riesgo ambiental que pueden aumentar la probabilidad de adicción y que los podemos encontrar en el hogar, la familia, los compañeros, la escuela, el vecindario... y otros como el consumo desde muy joven y la forma en que se consume la droga (NIDA, 2012).

Desde este modelo se define la adicción como un síntoma de una enfermedad de tipo psicológico y se incluye el contexto a la hora de analizar el problema prestando especial interés por el contexto familiar y los grupos de pares. La prevención pasa del campo general de la salud pública al campo específico de la salud mental y se centra en la importancia de la prevención primaria frente a la secundaria y terciaria, insistiendo en las medidas psicológicas, educativas y comunitarias frente a las específicamente sanitarias o legales.

Tal y como queda descrito en el documento realizado por la Comisión Nacional de formación Asociación Proyecto Hombre “El Modelo Biopsicosocial en el Abordaje de las Adicciones” (2015) este modelo es el resultante de la aplicación y evolución de la Teoría General de Sistemas en el ámbito de la salud.

Figura 1. Modelo Biopsicosocial para las adicciones. Extraído de (Asociación Proyecto Hombre, 2015).



Esta teoría, que tuvo como uno de sus principales iniciadores al biólogo alemán Ludwin von Bertalanffy, elimina el reduccionismo del pensamiento lineal causa-efecto, añadiendo un nuevo nivel de complejidad: el concepto de sistema. Un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí, y en el que se establece una relación de interdependencia entre las partes. Para esta teoría, todos los organismos están organizados en sistemas. A partir de

esta teoría, el psiquiatra norteamericano Engel (1977), propone un modelo médico holístico que llamó biopsicosocial como respuesta al otro modelo, el biomédico, dominante a mediados del siglo XX. Engel indicaba que este modelo separaba mente y cuerpo de la biografía y las emociones de la persona, sin establecer puentes entre ambas esferas. Por otro lado, señalaba que la biomedicina defendía un modelo causal clásico de “causa-efecto”, afirmando por el contrario que la realidad es mucho más compleja y en ella interactúan, unos con otros, una serie de sistemas.

El modelo o enfoque biopsicosocial es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma. Lo más importante que aporta este modelo frente al biomédico, es que el problema de la adicción, como cualquier otro problema o comportamiento humano incluye un aspecto biológico lo cual no quiere decir que este sea la única causa del comportamiento por sí mismo (Clark, 2011). Las adicciones vienen causadas por múltiples factores y no por un factor único, y por tanto hablaríamos de una causalidad multifactorial del consumo de drogas. El principal problema ya no es la sustancia sino la persona y las relaciones que establece con su entorno cultural, teniendo en cuenta su contexto y con los otros.

Todos estos factores se influyen mutuamente entre sí, lo que llamaríamos causalidad circular, y da lugar a una situación concreta que ayuda a explicar un fenómeno tan complejo como es la adicción. Lo verdaderamente relevante, es el tipo de vínculo que se establece entre la persona y la sustancia, como lo justifica y los factores que caracterizaban el momento en el que se inicia el proceso de adicción. Este vínculo se puede clasificar en; uso, abuso y adicción a las drogas, considerándose problemáticos los dos últimos. (Levin, 2016).

En los años 70 se estudian los factores sociales y psicológicos a través de distintos estudios clásicos, que sirven para explicar cómo la personalidad y el contexto social explican el fenómeno de la adicción, confrontando en muchos casos la noción de adicción como enfermedad del cerebro (Apud y Romaní, 2016). Norman Zinberg realizó un estudio sobre la heroína con soldados norteamericanos durante y después de la guerra de Vietnam. En este estudio demuestra como el uso y el abuso de la heroína está condicionado por el contexto que estaban viviendo estos soldados, de manera que el consumo de heroína se reduce una vez vuelven de la guerra (Zinberg, 1972, 1984). Expone su famoso triángulo formado no solo por la sustancia sino también por el contexto y el sujeto.

Por otra parte, Bruce Alexander et al. (1978), realizan experimentos similares pero con animales, llegando a conclusiones muy parecidas. El experimento consistió en comparar el consumo de droga entre ratas

encerradas en cajas de Skinner las ratas que se encontraban en el Parque de Ratas que ellos mismos diseñaron donde realizaban actividades placenteras similares a las realizadas en su ambiente natural. El resultado fue que las ratas del Parque consumían significativamente menos cantidad de droga que las ratas en las cajas de Skinner que estaban sometidas a condiciones bastante más displacenteras. Queda demostrada la importancia del contexto adverso en el abuso de drogas y la vinculación del sujeto al mismo a igual que en los resultados obtenidos por Zinberg, además propone una línea de desarrollo en la intervención.

En este modelo se destaca la importancia a abordar el apoyo y cohesión familiar, a garantizar condiciones básicas de vida y desarrollo, garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación, y acciones específicas; reconoce la influencia grupal, entrenamientos en asertividad y autocontrol, promoción de competencia personal y social. Plantea la necesidad de intervenciones multidisciplinarias donde se actúe desde diferentes ámbitos con el objetivo de abarcar el mayor número posible de variables contribuyentes contenidos en las dimensiones “droga”, “persona”, “ambiente”, incluyendo para todas ellas las explicaciones biológicas, sociales y psicológicas.

También en esta línea el psicólogo Stanton Peele realiza una crítica similar a la adicción como enfermedad neurológica, entendiéndola como resultado de utilizar de forma excesiva los mecanismos normales de evasión, gratificación y alivio, usados cotidianamente para la supresión de ansiedades (Peele, 1990). Por tanto para este autor los aspectos relacionados con la dependencia física, serían simplemente un desajuste homeostático del organismo, y no pueden explicar por sí mismos la esencia de la adicción (Peele, 1985) (citados por Apud y Romaní, 2016)

5.3 MODELO SOCIOCULTURAL

Las distintas perspectivas englobadas bajo este modelo sociocultural, desde la antropología, la sociología y metodologías cualitativas de investigación, han ayudado a comprender las distintas prácticas sociales y culturales relacionadas con las drogas, desde el uso de psicoactivos en sociedades tribales o tradicionales (en sus usos religiosos, médicos, y recreativos), hasta las distintas “subculturas de la droga” y sus usos más generalizados en nuestras sociedades contemporáneas. A partir del estudio de las sociedades tradicionales, la etnografía ha mostrado cómo los efectos positivos o negativos de las distintas sustancias psicoactivas no pueden separarse de sus contextos culturales (Apud y Romaní, 2016).

Siguiendo a estos autores y tal como citan en su artículo, existen diversos estudios que se han interesado por estudiar la relación entre la droga y el contexto cultural y social del momento. Así el estudio de La Barre (2012) sobre la función ritual y medicinal del peyote en los nativos americanos;

estudios sobre el uso psicoactivos en sociedades tradicionales y su papel en las prácticas médicas y religiosas, principalmente en el denominado “complejo chamánico” (Eliade, 2009; Lévi-Strauss, 1997); estudios etnográficos sobre el uso ritual y medicinal de “psicodélicos” en América (Dobkin de Rios, 1973; Dolmatoff, 1969; Harner, 1972) y otros como sobre el uso tradicional de sustancias como el peyote (Calabrese, 2014), los hongos alucinógenos (Fericgla, 1985), la ayahuasca (Apud, 2015; Labate, 2012; Luna, 1986; Taussig, 1992), o la marihuana (Carter, 1980; Rubin y Comitas, 1975).

Todos estos estudios cuestionan la idea de adicción desde el punto de vista puramentebiológico, exponiendo su relación con las formas de organización de la vida cotidiana, así como los procesos de identificación y construcción de identidad (Romaní, 2000). Este modelo ha hecho significativas contribuciones en el área de la intervención y las políticas de drogas, permitiendo detectar emergencias y necesidades sobre el terreno, y establecer mejores estrategias de salud para las adicciones y sus problemas sanitarios asociados, tales como el VIH o la hepatitis C (Page y Singer, 2010; Romaní, 1999) (citado por Apud y Romaní, 2016). El modelo sociocultural determina el sentido de las drogas no por sus características farmacológicas, sino por como una sociedad define su consumo y reacciona ante las personas que las consumen. Por ello, va más allá de los factores psicológicos y sociales del modelo biopsicosocial. De manera que enfatiza la importancia de los procesos de socialización y del medio ambiente cultural en los trastornos por abuso de sustancias. Abarca aspectos como: posición socioeconómica, creencias culturales y étnicas, disponibilidad de sustancias, leyes y penalidades que regulan el uso de sustancias, normas y reglas familiares y de otros grupos sociales. Además, la intervención se dirige a crear nuevas relaciones sociales y familiares, desarrollar destrezas y competencias sociales, y trabajar con la infraestructura cultural.

Sabemos que la adicción es un proceso muy complejo tanto en su origen como en su mantenimiento, tratamiento y prevención de esta. Es necesario seguir investigando e incluyendo nuevos conceptos y teorías que se apoyen en supuestos científicos y explique este fenómeno.

La variedad de enfoques es rica y nos ayuda a comprender mejor el problema de las adicciones, aportando variables y mecanismos desde cada uno de estos. Es pues necesaria la integración de todos estos conocimientos para su comprensión.

6. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ADICCIONES

En 1999 el NIDA público un total de 13 principios, considerados importantes para el tratamiento efectivo de las adicciones. Estos principios siguen vigentes en la actualidad y apoyados por la investigación y resaltan el carácter central y necesario de los tratamientos psicológicos en las

intervenciones efectivas en adicciones. Según el NIDA las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combina con terapias conductuales (NIDA, 1999). También el DSM- Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales asume la importancia del modelo psicológico, de manera que, de todos los criterios diagnósticos establecidos, solo los dos primeros hacen referencia a aspectos fisiológicos (tolerancia y abstinencia) el resto tienen que ver con aspectos psicológicos que explican el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva.

Esta concepción psicológica está también subyacente en el modelo biopsicosocial que hoy constituye el modelo predominante de análisis y explicación de los problemas de adicción, basado en la evidencia. Los componentes de este modelo son fundamentalmente psicológicos o psicosociales, a excepción de la parte biológica que hace referencia a la vulnerabilidad o a los efectos fisiológicos del consumo de sustancias. Existen diversos tratamientos psicológicos que abordan las diferentes variables que integra el modelo biopsicosocial: terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras (Becoña, 2016; Becoña et al., 2008; Pedrero y Ruiz, 2014)

Para desarrollar este apartado sobre principales tratamientos psicológicos en adicciones vamos a seguir la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones de Becoña et al. (2008) y Guía de Adicciones para especialistas en formación de Abad, et al. (2018) y algunos apuntes sobre revisiones y estudios posteriores a esta fecha. Conviene resaltar que esta última guía converge con la reciente aprobación de la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024, instrumento de planificación estratégica, necesaria para una adecuada eficacia, eficiencia y calidad de las políticas públicas en este ámbito durante los próximos ocho años.

Existen una gran cantidad de enfoques en psicoterapia (tabla 1) que hace difícil una exposición corta de los componentes y estrategias que se siguen fuera de los manuales donde se desarrollan. Por ese motivo este resumen se centra en señalar aquellas que se encuentran apoyadas por la evidencia empírica.

Tabla 1. Resumen enfoques en psicoterapia

Enfoques en psicoterapia	
Modernos	Posmodernos
Psicodinámico	Construccionista
Psicoanalítico clásico (Freud)	Terapia sistémica estructural (Minuchin)
Psicodinámico (Jung, Adler, Lacan, Kemberg)	Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Palo Alto)
	Terapia sistémica de Milán
Cognitivos, conductuales y cognitivo-	Constructivista

conductuales	
Terapia de Conducta (Watson, Skinner, Wolpe,...)	Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano)
Análisis de conducta aplicado (Skinner)	Psicología de los constructos personales (Kelly)
Terapia cognitiva (Beck)	Mindfulness
Terapia racional-emotiva (Ellis)	
Terapia contextual (Hayes, Kohlenberg)	
Humanista	
Terapia centrada en el cliente (Rogers)	
Logoterapia (Frankl)	
Terapia gestáltica (Perls)	
Transaccional (Berne)	

Este apartado se va a centrar en aquellos tratamientos psicológicos para las adicciones, que mayor evidencia empírica han demostrado en la eficacia de sus resultados: Entrevista y Terapia Motivacional, Terapias Cognitivas-conductuales, Terapia familiar Sistémica

6.1 LA ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL

Fue diseñada por Miller y Rollnick (1991) para personas con problemas con el consumo de alcohol y posteriormente su uso se ha extendido a otros ámbitos dentro del tratamiento psicológico (Rollnick et al., 2008). Esta terapia parte de aspectos básicos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers (1951) y estrategias cognitivo-conductuales aplicados a los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983). Es un estilo de conversación colaborativa que tiene como objetivo fortalecer la motivación y el comportamiento del cliente con el cambio” Figlie y Guimarães, (2014), citado por Peixoto-Bem, et al.(2021), centrándose mucho en el respeto al paciente, dando mucha importancia a su punto de vista y a su libertad para elegir,

La idea más central es que todo proceso de cambio supone un coste y el paciente es necesario que este motivado para afrontar esos costes hasta alcanzar los objetivos finales en su proceso. Es necesario que el paciente vea claro cuál va a ser el beneficio del cambio y que se sienta capaz de poder hacerle frente. Por tanto, tal y como cita en su artículo Peixoto-Bem et al. (2021) el objetivo de la Entrevista Motivacional es modificar una conducta de riesgo mediante la disposición a cambiar y resolver la ambivalencia de los pacientes (Andretta et al., 2014; Figlie y Guimarães, 2014).

Tal y como dice Miller y Rollnick (2013) “la entrevista motivacional es una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Todo ello dentro de una atmósfera de aceptación y compasión”. Barragán-Brun et al. (2021) indica en su artículo que

La Entrevista Motivacional es uno de los modelos de comunicación clínicos más estudiados para favorecer cambios de conducta (Lundahl et al., 2010).

Para esta tarea es importante que el terapeuta conozca la dinámica intrínseca de los procesos de cambio lo cual le va a permitir seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas en función del estadio de cambio en que se encuentra el paciente. Fundamentalmente se centra en evitar la confrontación con la persona en terapia, especialmente en aquellos casos en los que existe ambivalencia a la hora de plantearse el cambio de conducta (en el caso que nos ocupa que deje el consumo de drogas) y en facilitar que ponga de manifiesto los motivos de preocupación por su conducta (Lizarraga y Ayarra 2001)

Frente a intervenciones más directivas, desde la terapia motivacional se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes. El objetivo es que el paciente avance a través de los distintos estadios de cambio acompañado por el terapeuta y que sea el propio paciente quien se proponga el abandono de la conducta-problema y mantenga la motivación para hacerlo. Para el logro de estos objetivos Miller y Rollnick (2013) describieron cinco principios básicos y habilidades que los terapeutas deben tener en cuenta en su intervención:

Expresar Empatía: La expresión de la empatía supone una actitud comprensiva, sin juicios de valor en el que el terapeuta intenta ver el mundo desde los ojos de su paciente (Arkowitz et al., 2008, Miller y Rollnick, 2013). Por tanto el terapeuta debe reconocer y respetar los sentimientos y perspectivas de las personas sin juzgar, criticar o culpabilizar.

Introducir la discrepancia: Se trata de crear y potenciar en la mente de la persona consumidora una discrepancia entre donde está y donde querría estar (Arkowitz et al., 2008, Miller y Rollnick, 2013). Se analizan las consecuencias reales de su conducta actual y en qué medida entran en conflicto con los objetivos que desea alcanzar. Esto puede hacer que la persona cambie su percepción si sentirse presionado o condicionado.

Trabajar con la resistencia: Uno de los objetivos importantes es evitar que surja o aumente la resistencia, ya que cuanto más se resiste un paciente, menos probabilidad hay que se suscite un cambio (Miller et al., 1999). La resistencia es considerada como algo que forma parte del proceso y además de es una importante fuente de información sobre la experiencia de los/las pacientes y no como un obstáculo que hay que superar (Arkowitz et al., 2008). Es importante que el/la terapeuta aproveche el momento en el que se encuentra el paciente e intente enfocar la resistencia dándole un giro que propicie una nueva percepción de cambio. Se recomienda que no dé soluciones, sugiera puntos de vista y que involucre al paciente como parte activa para encontrar sus propias soluciones a sus problemas.

Evitar la discusión: La EM es un enfoque no confortativo, su objetivo es aumentar la conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos (Miller y Rollnick, 1999). El/la terapeuta ha de evitar discutir, defender posiciones personales, discutir sobre los sentimientos, pensamientos, etc. de su paciente. Esta técnica se apoya en un estilo agradable de persuasión. Si surgen muchas resistencias en el/la paciente, esto nos está indicando que debemos cambiar las estrategias que estamos utilizando.

Fomentar la autoeficacia: Significa fomentar la confianza en las capacidades del paciente para enfrentarse al cambio y conseguir con éxito sus objetivos. Es importante hacer hincapié en la responsabilidad personal, la persona no solo puede, sino que debe realizar el cambio y nadie lo puede hacer por ella. Algunos mensajes que pueden apoyar la percepción de la confianza de la persona es resaltar la responsabilidad personal y la necesidad de aumentar pensamientos positivos en él, acerca de su capacidad para hacer frente a las situaciones de riesgo al consumo, y tener éxito en el cambio (Miller et al., 1999).

Actualmente Miller y Rollnick (2013) proponen que el cómo y el por qué las personas cambian, sucede en un proceso recursivo en el que se superponen y confluyen cuatro tipos de procesos:

1. **Comprometiéndose:** El primer proceso de la Entrevista Motivacional es vincular al paciente en una relación de trabajo colaborativo. Es un proceso por el cual ambas partes establecen una conexión útil y una relación de trabajo.
2. **Enfocándose:** Es el proceso mediante el cual el terapeuta desarrolla y mantiene un curso específico en la conversación acerca del cambio. Se trata de ayudar a los pacientes a clarificar sus objetivos.
3. **Evocando:** Este proceso por el cual el terapeuta induce la motivación del cliente hacia el cambio.
4. **Planeando:** Es un proceso mediante el cual el terapeuta ayuda al paciente a formular planes de acción específicos para alcanzar el cambio deseado.

Estos cuatro procesos son secuenciales y recursivos por lo que los autores los representaron como una escalera, para describir que cada proceso posterior se basa en el que ha sido construido anteriormente y que éste a su vez continuará funcionando por debajo del siguiente proceso como una base.

6.2 TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

Las terapias cognitivo-conductuales han sido las más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos. También las que más apoyo empírico han recibido. Representan la integración de los principios que

se derivan de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney et al., 2007). Consisten en el desarrollo de estrategias para aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma. Considera al paciente como un científico y se le anima con que contraste continuamente de forma empírica sus ideas y creencias.

Es importante destacar como características y ventajas más importantes:

- Se centran en el abordaje de los problemas actuales, adaptándose a las necesidades de los pacientes.
- Tiene como objetivos establecer metas realistas y consensuadas con los pacientes, implicándolos en la selección de los objetivos y en la planificación del tratamiento.
- Busca resultados rápidos para los problemas urgentes.
- Utiliza técnicas empíricamente contrastadas para de esta forma, aumentar la capacidad de los pacientes para manejar sus problemas y puedan realizar su propio cambio de comportamiento.
- La estructuración permite la evaluación de resultados
- La efectividad está basada en la evidencia científica.

Del Pozo e Iraurgi-Castillo (2008), en su artículo, refleja un esquema propuesto por Wanigaratne y Keaneyen el que se plantea las intervenciones psicoterapéuticas más adecuadas, según su mayor efectividad en función del grado de consumo. Se observa como en los momentos iniciales de acercamiento al cese del consumo y mantenimiento de la abstinencia destacan de forma importante las intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual.

Tabla 2. Esquema de Wanigaratne y Keaneyen

Grado de consumo	Intervención psicológica
Abstinencia mantenida	Psicoterapias de amplio espectro
Reducción del consumo/abstinencia	Terapia cognitivo-conductual/ Prevención de recaídas/Counselling
Continuidad de consumo pero no severo	Terapia cognitivo –conductual/ Terapia motivacional
Consumo severo e insidioso	Terapia conductual/Reducción de daños

Entre las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a los problemas de adicción vamos a describir las que mayor evidencia empírica tienen.

6.2.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento se centran en el entrenamiento de habilidades que los pacientes

necesitan mejorar para ponerlas en práctica en situaciones de riesgo para la conducta adictiva y que no son capaces por el alto nivel de ansiedad y estrés que para ellos suponen estas situaciones de posible consumo (Chaney et al., 1978; Marlatt, 1978; Miller y Hester, 1980; Sobell y Sobell, 1978).

Este grupo de técnicas están basadas en el aprendizaje social y tienen como objetivo desarrollar y reforzar habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo, definidas como cualquier situación que supone una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de consumos (Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008). Pueden ser situaciones tanto ambientales como individuales que inician o mantienen las conductas adictivas.

Siguiendo a estos autores las situaciones de alto riesgo serían:

- Situaciones intrapersonales (estados emocionales negativos, malestar fisiológico, poner a prueba el control personal, deseos o tentaciones de consumo).
- Situaciones interpersonales (Presión social, conflictos interpersonales, estados emocionales en compañía de otros)

Las técnicas más utilizadas en la práctica clínica son: prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del craving y entrenamiento en el manejo de los estados de ánimo. Pueden realizarse en formato grupal o individual y se pueden utilizar por separado o combinadas en un mismo tratamiento.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, parten generalmente del análisis funcional de la conducta y más concretamente de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de aprender y desarrollar recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida para alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas. El contenido del programa de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento se adaptan a las necesidades del paciente. Se tratan las siguientes áreas de contenido: asertividad, control del estrés, entrenamiento en relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades sociales generales. Además, también se incluyen entrenamiento en resolución de problemas (Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008). Siguiendo el trabajo de Mcfall (1982) podemos ver que el método de enseñanza para realizar estos entrenamientos incluye el ensayo conductual, las instrucciones, el entrenamiento, el feedback evaluativo, el moldeamiento y el role-playing.

6.2.2. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La Prevención de recaídas (PR) es un programa de autocontrol que se realiza para ayudar a los pacientes a afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas de adicción (Marlatt y Gordon, 1985). Parte de que la persona vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá. Si por el contrario, el sujeto no es capaz de responder de manera adecuada a una situación de este tipo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, entre otras cosas porque disminuirá su percepción de autoeficacia y también porque le será más fácil, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

Este modelo teórico según Marlatt tiene tres supuestos básicos para que se produzca el cambio de conducta (citado por Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008)

1. Lo que causa un hábito adictivo y los procesos que se tienen que dar para el cambio de este dependen de principios diferentes.
2. Para que se dé un cambio de hábito es necesario tres etapas:
 - Es necesario participación activa del sujeto, un compromiso y motivación para el cambio.
 - Instauración del cambio, es decir es necesario que una vez que el paciente toma la decisión de cambiar aprenda una serie de estrategias para conseguir la abstinencia. Este modelo hace énfasis en distinguir la fase de tratamiento y mantenimiento de la abstinencia.
 - Mantenimiento del cambio a largo plazo. Es necesario la adquisición y mantenimiento de un nuevo estilo de vida y de una actitud que llama "vigilancia cognitiva", es decir estar atento a las situaciones de riesgo y de las decisiones que a veces parecen si importancia y que van dando lugar a cambio de conducta importantes que pueden dar lugar a una recaída.
3. En la etapa de mantenimiento de la abstinencia es donde podemos ver más variabilidad clínica de los resultados terapéuticos a largo plazo.

La intervención desde este modelo se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una

recaída antes y después de que se produzca el consumo (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). De forma más concreta, las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de la recaída son (Marlatt y Donovan, 2005): identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autorregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del craving, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas (Marlatt y Donovan, 2005). Más que como una técnica de tratamiento en sí misma, se ha utilizado con frecuencia la prevención de la recaída como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de otros programas más amplios.

6.2.3. MANEJO DE CONTINGENCIAS

El tratamiento centrado en el manejo de contingencias (MC), se basa en que el consumo de drogas es una conducta operante que es mantenida por sus consecuencias y por lo tanto puede ser modificada. Consiste en aplicar reforzadores o castigos de forma contingente a la presencia o ausencia de la conducta objetivo. Estas intervenciones seleccionan y monitorizan de forma muy precisa la conducta que se quiere conseguir.

La intervención realizada con más frecuencia en el tratamiento de las conductas adictivas es en la que los sujetos reciben vales (vouchers) canjeables por bienes o por servicios de forma contingente a la ausencia de consumo de drogas (terapia de incentivo). Los reforzadores más utilizados según (Petry, 2000) destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, el dinero en metálico o los vales de descuento canjeables por bienes o servicios en la comunidad. Además de la abstinencia al consumo, también se han utilizado como conductas objetivo la retención en el tratamiento o la asistencia a las sesiones. La terapia de incentivo ha sido utilizada con éxito en combinación con el Programa de reforzamiento comunitario para el tratamiento de la adicción a la cocaína y en combinación con el programa de mantenimiento con metadona o naltrexona (agonistas o antagonistas opiáceos) para el tratamiento de la adicción a la heroína. Un ejemplo de los componentes del Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo es el siguiente (Budney y Higgins, 1998): manejo de contingencias con vales (vouchers), asesoramiento vocacional, hábitos de sueño, entrenamiento en rechazo del consumo, prevención o consejo de VIH, asesoramiento en actividades de ocio, entrenamiento en habilidades sociales, orientación profesional, relaciones sociales y entrenamiento en relajación.

Se han publicado bastantes artículos en donde se emplean los vouchers como estrategia de reforzamiento, teniendo como resultados la mayoría de estos estudios (en torno al 85%) de mejoras significativas en el uso de drogas y en otras conductas asociadas (Higgins et al., 2004). Su uso en España está

obteniendo también buenos resultados. Este método a pesar de los buenos resultados, también ha recibido críticas debido al costo que va asociado a los incentivos. Puede que esta sea la razón por la que la mayoría de estudios se hacen en contextos experimentales (Petry y Simcic, 2002). Últimamente se han realizado investigaciones con este método en contextos naturales fuera de Estados Unidos (Secades et al., 2008).

6.2.4 TERAPIA COGNITIVA

La Terapia Cognitiva de Beck et al. (1999) se basa en que el modo en que el individuo estructura cognitivamente sus experiencias va a determinar en buena medida cómo se siente, cómo actúa y las reacciones físicas que experimenta. El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo o supuestos personales (Beck, 1979). Se refiere al sistema de valores, creencias y metas personales. Estos esquemas pueden estar inactivos y ante situaciones desencadenantes (de tipo físico, psicológico, social) activarse y producir distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas. Por lo tanto, establece una clara relación entre cogniciones, emociones y conductas. Aplicada al campo de las drogodependencias, se basa en que los estímulos que llevan al consumo de drogas no son externos al sujeto (ambientales), sino que se encuentran en su sistema de creencias. Las cogniciones de dicho sistema de creencias se pueden detectar y modificar. Es una de las terapias más conocidas y ampliamente utilizada, aunque en ocasiones se utiliza parte de los componentes de la misma (ej., para el manejo del craving) más que toda en su conjunto.

Las distorsiones cognitivas o cogniciones automáticas son recogidas por el terapeuta a través de la información oral y autorregistros escritos que proporciona el paciente. Una vez recogida esta información se pueden conceptualizar en tres niveles de abstracción, el primero el significado que el paciente da a su experiencia y como lo relaciona con sus áreas problemáticas, segundo el terapeuta agrupa estos significados en patrones cognitivos y tercero el terapeuta articula una hipótesis de los patrones cognitivos, que permitirá su contrastación empírica.

Una vez conceptualizados los problemas de la persona con problemas de abuso de sustancias se podrá planificar un tratamiento para modificar estas distorsiones cognitivas. Entre las técnicas cognitivas utilizadas podemos señalar: detección del pensamiento, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de la evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretar las hipótesis, reatribución, descentramiento, descatastrofización, uso de imágenes, manejo de supuestos personales, etc. Entre las técnicas conductuales que se pueden utilizar se encuentran la programación de actividades incompatibles, escala de dominio/placer, asignación de tareas graduadas, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, ensayo conductual, role-playing, exposición en vivo, etc.

6.3 MODELOS MULTICOMPONENTES

Se trata de modelos de tratamiento estructurados que se componen de diferentes paquetes de medidas terapéuticas, entre las cuales han formado parte la TCC. Uno de estos modelos multicomponentes puede considerarse el tratamiento en Comunidad Terapéutica (CT) objeto de evaluación de este estudio.

6.3.1 COMUNIDAD TERAPEUTICA

Se trata de una modalidad de tratamiento de carácter residencial, muy estructurado, con límites muy determinados, orientada a pacientes con problemas de adicción. El objetivo principal es un cambio integral en el estilo de vida de la persona (abstinencia de drogas y otras conductas adictivas y mejorar las diferentes áreas de la persona, laboral, familiar, social y personal (Fernández et al., 2008). La propia comunidad (terapeutas y residentes) es el instrumento fundamental que produce el cambio, facilitando el aprendizaje de conductas a través de modelos adaptativos, entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias, etc. las 24 horas del día. A pesar de esta definición general las CT no siguen una homogeneidad, y por tanto no siguen los mismos modelos psicológicos o sociales, ni procedimientos terapéuticos (Arias-Horcajadas et al., 2008).

En general estos programas se encuentran alejados de los entornos de riesgo de consumir drogas, esto facilita el control de estímulos externos para evitar situaciones de riesgo. Los residentes siguen unas normas estrictas de conductas que se refuerzan sistemáticamente a través de manejo de contingencias (refuerzo y/o castigo) con el fin de conseguir autocontrol y adquirir responsabilidad personal. Las actividades están muy estructuradas con el objetivo de contrarrestar la vida en cierta medida caótica que han llevado estos pacientes mientras han estado inmersos en el mundo de la adicción, de esta manera aprender a planificar, organizarse, conseguir objetivos y tener responsabilidades. También se realiza un trabajo importante en el cambio de patrones de pensamiento y comportamientos negativos a través de terapias individuales y grupales. Con estas actividades se pretenden hacer cambios importantes en su sistema de valores, gestionar de forma adecuada sus emociones, controlar las situaciones de riesgo que les pueden llevar al consumo, etc. Para realizar todos estos cambios y poderlos llevar a cabo en sus vidas, se planifican salidas que sirven para verificar y reforzar los progresos terapéuticos adquiridos a lo largo del proceso (Fernández et al., 2008). Este tratamiento está diseñado para pacientes con problemas de adicción grave (policonsumidores y con una historia larga de abuso de drogas y otras conductas adictivas), problemas de control de impulsos, historia de fracasos en tratamientos menos intensivos, fundamentalmente ambulatorios, y con escaso apoyo social y familiar. Por tanto, las técnicas más utilizadas para el cambio son: control estímulos, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamientos en habilidades, prevención de recaídas,

toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, feedback y reforzamiento de los progresos.

6.4 TERAPIAS CENTRADA EN LA FAMILIA

Durante el año 2018, con la participación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) publicó un estudio acerca del consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), en el que se mencionaron como aspectos que aumentan la vulnerabilidad frente al consumo, aquellas dinámicas familiares atravesadas por maltrato, violencia intrafamiliar, abandono, indiferencia, falta de límites y modelos inapropiados, concertando que es en la familia donde, idealmente, deben darse dinámicas protectoras y orientaciones que permitan desarrollar autonomía y responsabilidad (Pedroza-Molina et al., 2020).

Desde la terapia familiar se considera que el problema no es la adicción, sino el síntoma de un sistema sufriente (Dois, 2006; Marques-Paz y Manozzo-Colossi, 2013). Desde este punto de vista la terapia se centra en la función que tiene el uso de drogas, como indicativo del malestar del funcionamiento familiar (Becoña y Cortés, 2010; Droguett, 2014; Orth y Morè, 2008). Por tanto, la situación de consumo tiene una doble función, por un lado informa del desequilibrio del sistema y por otro lo mantiene, no dejando que se vean las dificultades más importantes dentro de la estructura familiar. Es así como el paciente cumpliendo con el rol que le ha asignado la familia, con su problema de adicción, distrae a los miembros de conflictos interpersonales más amenazantes dentro de la familia (Castillo-Castañeda et al., 2018).

El análisis de la eficacia de las terapias centradas en la familia presenta dificultades por los problemas metodológicos que tienen los estudios controlados realizados. Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado mejores resultados. Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica. En ellas se da un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal del malestar del funcionamiento familiar, por vivir muchos adictos en el seno de una familia, etc. Es especialmente útil en adolescentes o en adultos que viven con sus padres.

6.4.1. TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL (MDFT)

Es un tratamiento ambulatorio centrado en la familia para adolescentes con problemas de adicción. Considera que la conducta individual se contextualiza dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales, en el que se incluye la propia persona, los compañeros, la familia, la escuela, el

vecindario, la comunidad y el ámbito cultural. Todos estos sistemas pueden ser factores de riesgo que tengan un impacto sobre las conductas adictivas o también pueden convertirse en factores de protección bien encauzados. En concreto la familia puede ser generadora tanto de factores protectores como de riesgo (Velleman et al., 2005).

Las sesiones son individuales y grupales de toda la familia. En las sesiones individuales, el terapeuta trabaja con el adolescente temas de aprendizaje importantes como toma de decisiones, resolución de problemas, capacidad para expresar pensamientos y emociones con el fin de manejar mejor las situaciones de la vida que les presiona. Se realizan de forma paralela sesiones con la familia en las que los padres revisan su estilo educativo y diferencian entre influenciar, aconsejar y controlar (Diamond y Liddle, 1996; Schmidt et al., 1996).

Pedroza-Molina et al. (2020) divide la MDFT en tres fases:

1. Se involucra al joven y a la familia y para esto se formulan alianzas terapéuticas, a la par que se realizan intervenciones individuales a los miembros del sistema familiar, que participan de la terapia.
2. Se enfoca en aumentar el mejoramiento de la conducta prosocial, redes sociales y conducta antidrogas, por lo que se logra reducir el consumo de drogas durante el tratamiento (Becoña y Cortés, 2010; Liddle, et al, citados en Marcos-Sierra y Garrido-Fernández, 2009).
3. Tiende a lograr que los cambios permanezcan (Austin et al., 2005).

6.4.2. TERAPIA FAMILIAR MULTISISTEMICA (MSFT)

Esta terapia interviene en los contextos de participación del consumidor (fundamentalmente jóvenes y adolescentes). El objetivo es desarrollar una red de apoyo social entre los padres y el entorno, para ello utiliza estrategias enfocadas en el presente y orientadas hacia la acción, así como técnicas de la terapia cognitiva-conductual, la terapia estructural y la terapia estratégica, logrando planes de intervención individualizados por familia. Las intervenciones desde esta terapia son intensivas, de duración determinada y muy prácticas para capacitar a los padres a través de habilidades y recursos tendientes a resolver las dificultades de crianza de los adolescentes y relacionarse de forma efectiva y autónoma con el entorno. (Molina et al., 2020). Las intervenciones se realizan en el entorno del mundo real de la familia y el joven (casa, escuela, centros recreativos, etc.) con el fin de no sacar a los jóvenes de su entorno y al mismo tiempo crear una red de apoyo (Peña, 2003).

6.4.3. TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATEGICA (BSFT)

En el campo de las adicciones este modelo al igual que el anterior se ha utilizados sobretodo con adolescentes. La importancia de la familia a estas edades ha favorecido el desarrollo de programas centrados en la familia como un factor de riesgo y a la vez de protección de la conducta adictiva. Tal y

comodescribe Pedroza-Molina et al. (2020), se trata de una intervención breve, de poco costo y alta efectividad. El protocolo que sigue consta de tres procesos de intervención: unión, diagnóstico y reestructuración y además al ser una intervención flexible se adapta a múltiples situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulatoria, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). Favoreciendo el compromiso de la familia con el proceso. Esta terapia tiene en cuenta los valores culturales de las diferentes etnias.

Se centra en la función que cumple la adicción y se interpreta como un síntoma del malestar que pueda haber en el funcionamiento del sistema familiar. El tratamiento dura entre 8 y 24 sesiones dependiendo de la gravedad del problema. Además de abordar la conducta adictiva, también incide sobre la conducta agresiva, la delincuencia, comportamiento violento. Los principios sobre los que se desarrolla esta terapia son (Szapocznik et al., 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

- El consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
- Los patrones de interacción familiar influyen en la conducta de cada miembro de la familia.
- La intervención se centra en establecer objetivos que vayan eliminando esos patrones de interacción que están influyendo directamente en las conductas que muestra el adolescente.

Según este enfoque para que se produzcan estos cambios es necesario que la relación entre el terapeuta y la familia sea de calidad, para ello es necesario crear el sistema terapéutico, en el que el terapeuta es a la vez miembro de la familia y ejerce de líder. Los cambios se producirán a través de la reestructuración, el terapeuta trabaja con los miembros de la familia para crear nuevas habilidades de interacción más funcionales. El/la terapeuta reforzara los comportamientos funcionales y también entre los miembros de la familia que utilicen estas nuevas habilidades.

6.5 INTERVENCIONES PSICOLOGICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA SEGÚN SUSTANCIAS

Siguiendo la Guía de Adicciones publicada por sociodrogalcohol en 2018, en su capítulo 12 describe los tratamientos psicológicos que mayor eficacia han demostrado a la hora de intervenir en los trastornos de adicción según sustancia. En general todos estos tratamientos están orientados a conseguir la abstinencia o reducir el consumo y los daños asociados al mismo, mantener la vinculación al tratamiento, prevenir las recaídas, aumentar la calidad de vida del paciente y disminuir la comorbilidad psiquiátrica en caso de que la haya (Cortés-Tomás et al., 2018). Conocer las técnicas más eficaces y

ventajas es importante sobre todo en un ámbito en el que hay una fuerte demanda y escasos recursos.

6.5.1 Intervención sobre la adicción al alcohol

En la investigación sobre la eficacia o efectividad de las técnicas utilizadas en el tratamiento del alcoholismo se identifican una serie de obstáculos que dificultan enormemente la comparación de resultados y su generalización. Entre ellos destacan la falta de consenso sobre lo que se considera un tratamiento exitoso o lo que es una recaída; la heterogeneidad entre los consumidores de alcohol evaluados, la falta de aleatorización de los participantes o la variabilidad entre los terapeutas (Cortés-Tomás et al., 2018).

Los tratamientos multimodales, cuyo núcleo lo constituye una aproximación psicoterapéutica, son los más efectivos. Además, son los tratamientos integrados de amplio espectro, que tienen por objetivo no solo la reducción del consumo sino también de otros aspectos que se relacionan significativamente con el comportamiento alcohólico, los que gozan de mayor apoyo en la investigación. Las intervenciones psicológicas encuadradas bajo el enfoque Cognitivo-Conductual y la Entrevista Motivacional son las que reúnen una mayor evidencia científica. Entre los tratamientos empíricamente validados destacan las Terapias Maritales y Familiares, la prevención de recaídas, el entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento y la Aproximación de Refuerzo Comunitario. En el caso de poblaciones en las que se sospecha de abuso de alcohol destacan las Intervenciones Breves. Con un menor apoyo empírico aparecen la Terapia de Grupo y la participación en los grupos de autoayuda.

Es complicado afirmar que un determinado tratamiento psicológico se muestre superior a todos los demás en promover la recuperación a largo plazo, no parece haber un tratamiento que por sí mismo baste para tratar a personas con problemas con el alcohol (Klimas et al., 2018).

El tratamiento farmacológico debe tener un carácter subordinado. Sin embargo, es importante que parte de la acción psicoterapéutica se dirija a garantizar la adherencia a los tratamientos farmacológicos, ya que se incrementan los beneficios mutuos de ambas aproximaciones (Cortés-Tomás et al., 2018). El Manejo de Contingencias ha mostrado ser efectivo a corto plazo, pero han sido las estrategias de involucramiento familiar y de personas significativas para el paciente en el proceso terapéutico las que han mostrado mayor eficacia. El uso de estructuras y redes de apoyo externas al sujeto, tanto durante la terapia como después, es una constante recomendada en la mayoría de revisiones.

En poblaciones con trastornos debidos al abuso de sustancias y comorbilidad ansiosa o depresiva, se recomienda el tratamiento de ambas problemáticas conjuntamente al evidenciarse un incremento del porcentaje de días de abstinencia y una reducción de los síntomas psiquiátricos (Cortés-

Tomás et al., 2018). Entre adultos de países con altos ingresos, las intervenciones de autoayuda vía internet muestran un tamaño de efecto pequeño en la disminución de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol ingerida.

6.5.2 Intervención psicológica sobre la adicción al cannabis

El consumo de cannabis, y por tanto su tratamiento, presenta una serie de particularidades que condicionan notablemente el proceso de evaluación y abordaje psicológico. La variedad de perfiles de consumo y de poblaciones estudiadas así como de entornos de intervención utilizados en la investigación, establece unos altos niveles de heterogeneidad que dificultan el establecimiento de conclusiones claras para algunos enfoques. Una de las principales dificultades del abordaje del consumo de cannabis en población adolescente y jóvenes adultos es la baja conciencia de problema y de motivación hacia el cambio. La combinación de estos aspectos se manifiesta con frecuencia en demandas de tratamiento para jóvenes realizadas por terceros adultos responsables o por el propio sistema jurídico dado su carácter ilegal, con las consiguientes limitaciones de una motivación extrínseca en el consumidor (Cortés-Tomás et al., 2018).

La evidencia científica reciente concluye que el consumo de cannabis, particularmente en usuarios frecuentes, intensivos y de inicio temprano, puede incrementar el riesgo de presentar trastornos psicóticos en pacientes con predisposición a los mismos (Cortés-Tomás et al., 2018). Esto ha de tenerse en cuenta durante el proceso de exploración y tratamiento. Además, el consumo de cannabis se asocia comúnmente, sin evidencias actuales de relación directa, a otros trastornos como los trastornos de ansiedad y depresivos.

La evidencia más consistente apoya la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia de Mejora Motivacional como las intervenciones más eficaces para el tratamiento de la adicción al cannabis y los problemas relacionados en población adulta (Gates et al., 2016). En población adolescente, la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia de Mejora Motivacional, la Aproximación de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes y las terapias de enfoque familiar han demostrado su eficacia, sin grandes diferencias entre sus resultados (Hogue et al., 2014; Rigter, 2012). El Manejo de Contingencias es un complemento eficaz y prometedor, en combinación con otras intervenciones, y sobre todo con la TCC y la Terapia de Mejora Motivacional en adultos, para mejorar los resultados de eficacia. Los resultados para su uso en adolescentes también son positivos (Gates et al., 2016).

Las evidencias con intervenciones alternativas como el apoyo social, el mindfulness, u otras terapias de Tercera Generación son aún escasas o bien no disponen de apoyo científico que soporte su eficacia (Gates et al., 2016). En población adulta, la mayoría de los estudios confirman la eficacia de las

intervenciones de tipo intensivo, con resultados positivos de eficacia en el corto y medio plazo (Gates et al., 2016). La eficacia de estas intervenciones en población que presenta comorbilidades psicopatológicas adicionales al consumo de cannabis se muestra insuficiente y los resultados disponibles no ofrecen conclusiones claras que apoyen con evidencia unas intervenciones frente a otras (Cortés-Tomás et al., 2018).

6.5.3 Intervención psicológica sobre la adicción a la cocaína

En los últimos años han aparecido gran cantidad de estudios sobre el tratamiento del trastorno por consumo de cocaína, tanto en lo que se refiere a instrumentos de evaluación y diagnóstico, como a tratamientos farmacológicos y psicológicos. En general, los tratamientos psicológicos han mostrado altos niveles de eficacia, considerándose actualmente que son el eje central de las intervenciones en trastornos por consumo de sustancias. No existen en la actualidad medicamentos probados para el tratamiento del trastorno por consumo de cocaína y, como ya hemos mencionado, los tratamientos psicológicos son considerados tratamientos de elección en la intervención sobre dicho trastorno (Minozzi et al., 2016); en concreto, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de conducta son las intervenciones que han reunido mayor número de apoyos empíricos (Cortés-Tomás et al., 2018). Los distintos modelos psicológicos inciden en lo que se ha considerado conceptualmente como la base de la intervención en adicciones, es decir, el fomento de la motivación y la prevención de recaídas.

Para pacientes con trastorno por consumo de cocaína las guías clínicas recomiendan preferentemente programas integrales de tratamiento ambulatorio de carácter intensivo (se ha demostrado que una frecuencia baja de contactos clínicos no es efectiva en el inicio o mantenimiento de la abstinencia) y programas multicomponente que integren varias estrategias terapéuticas, dándose mejores resultados si se combinan terapia grupal e individual (Cortés-Tomás et al., 2018).

Sin embargo, dos recientes revisiones sistemáticas han puesto en entredicho la estabilidad de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Ronsley, et al. (2020) en su revisión de 29 revisiones sistemáticas no encontraron efectos beneficiosos de la terapia cognitivo conductual en comparación con las condiciones de no tratamiento. Minozzi, et al. (2016) en su revisión de 52 estudios RCT obtuvieron resultados similares aunque la mayoría de los grupos control tenían algún tipo de tratamiento farmacológico o de asesoramiento lo que puede hacer que los resultados reales se subestimen. En cambio los programas basados en Manejo de Contingencias si han demostrado mejorar la adherencia y la abstinencia a la cocaína en comparación con los grupos control a las 12 semanas y al final del tratamiento, aunque no se mantienen en los seguimientos a largo plazo (Bentzley et al., 2021; Brown y DeFulio, 2020; Ronsley et al. 2020). Esto parece

indicar que, al menos en el caso de la adicción a la cocaína, la disponibilidad de reforzadores ambientales alternativos al uso de la sustancia juegan un papel clave en el mantenimiento de la conducta de consumo y merecería la pena estudiar más su utilidad terapéutica.

Las intervenciones deben favorecer la integración multidisciplinar, dado que el tratamiento de la adicción a cocaína debe basarse en una visión integral del sujeto, con un enfoque biopsicosocial. Un tratamiento integral e integrado difícilmente puede compartimentarse, pero podríamos decir, en relación a la especificidad de las intervenciones, que el tratamiento farmacológico estaría especialmente centrado en la desintoxicación, los síntomas específicos y la estabilización y tratamiento de las patologías concomitantes, mientras que el tratamiento psicológico abarcaría el área de la motivación, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (prevención de recaídas), y la mejora del funcionamiento personal, social y familiar.

Varias de las modalidades terapéuticas más utilizadas para tratar la adicción a la cocaína pueden ser implementadas tanto en formato individual como grupal, pero un número creciente de estudios ha consolidado los tratamientos en grupo. Entre las ventajas de las terapias de grupo, además del evidente ahorro de costes, están, entre otras, el apoyo entre participantes, que hace que cada uno de ellos se sienta parte de un proceso común y un entorno seguro, la presión social hacia el cambio por iguales, así como el aprendizaje vicario. Además es un espacio de ensayo y evaluación de las estrategias aprendidas (Cortés-Tomás et al., 2018). Las intervenciones deben evitar estilos confortativos y en general optar por contextos lo menos restrictivos posible.

6.5.4 Intervención psicológica sobre la adicción a los opiáceos

La prescripción de psicofármacos opioides ha aumentado notablemente en las últimas décadas, incrementándose paralelamente las tasas de abuso de estos fármacos, particularmente entre poblaciones como las que experimentan dolor crónico (Socidrogalcohol, 2017). La mayor parte de instituciones como el NIDA o el SAMHSA recomiendan el uso de tratamientos alternativos con aquellos pacientes que evidencien un problema adictivo o un riesgo de su aparición.

En la actualidad, instituciones como el NIDA resaltan la necesidad de llevar a cabo más investigación sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales (así como de fármacos antagonistas) para la adicción a psicofármacos opioides. A pesar de la importancia actual de esta adicción y de la evidente necesidad de un abordaje psicológico, actualmente son muy escasos los estudios de efectividad realizados en esta dirección.

La mayoría de los estudios realizados hasta la fecha se han centrado tanto en la posible utilidad de las terapias sustitutivas al uso de

fármacos como en el tratamiento de la propia adicción a través de estas (Gowing et al., 2017; Mattick et al., 2014). Los escasos resultados de las terapias psicológicas se limitan a sugerir la posible efectividad y los buenos resultados de experiencias con TCC y las terapias de tercera generación (Mindfulness y ACT) como terapias sustitutivas del psicofármaco opioide, y de las terapias tradiciones de EM y prevención de recaídas para el tratamiento directo de la adicción (Cortés-Tomás et al., 2018).. En la actualidad se investiga también la efectividad de terapias multicomponente específicas.

6.5.5 Intervención psicológica en juego patológico

Las intervenciones psicológicas para el juego patológico son los tratamientos de elección, independientemente del nivel de gravedad del paciente. Pese a que una parte de las personas con problemas de juego mejoran sin necesidad de tratamiento formal (hasta un tercio de personas con diagnóstico en algún momento de su vida no cumple criterios en el último año), las consecuencias negativas derivadas del juego ponen de relieve la necesidad de la intervención profesional en este campo (Cortés-Tomás et al., 2018).

Al igual que en epígrafes anteriores relativos al consumo de sustancias, en este caso el establecimiento del nivel de eficacia de los tratamientos disponibles y de los componentes específicos también se ve dificultado por una serie de factores metodológicos que sería conveniente tener en cuenta antes de entrar en los diferentes abordajes, técnicas y protocolos de intervención. Entre ellos destaca la utilización de muestras de fumadores reducidas y heterogéneas, la ausencia de grupo control, la carencia de asignación aleatoria a los grupos experimentales o control, los muestreos de conveniencia, la no consideración de posibles comorbilidades o la escasez de tratamientos protocolizados (Cortés-Tomás et al., 2018).

A pesar de los diferentes formatos y niveles de evidencia de los tratamientos psicológicos, estos han sido consistentemente señalados como los únicos tratamientos de elección para el juego patológico. Dentro de ellos, la falta de estudios que comparen su eficacia diferencial, no permite identificar ventajas sistemáticas de ninguno de ellos en particular. Sin embargo, la última revisión Cochrane (Cowlshaw et al., 2012) sobre la eficacia de tratamientos psicológicos para el juego valida la TCC, con tamaños del efecto muy grandes. Esta revisión también apunta la evidencia preliminar de los enfoques basados en EM, sobre todo en relación a las pérdidas financieras y la frecuencia de juego.

A continuación, se resumen brevemente las diferentes intervenciones psicológicas disponibles y su evidencia. Además de las dos intervenciones previamente mencionadas, la investigación sobre tratamientos incluye otras aproximaciones como son los grupos de apoyo basados en los 12 pasos o las

intervenciones puramente cognitivas. Pese a que los grupos de apoyo o manuales de autoayuda pueden ser una opción viable para la recuperación en aquellas personas con problemas más leves, los tratamientos profesionales son necesarios para personas con los problemas más graves. Por otro lado, el uso exclusivo de la terapia cognitiva no parece más eficaz que otras intervenciones.

En cuanto a las intervenciones con mayor evidencia empírica, las intervenciones breves (de hasta cuatro sesiones) con enfoque motivacional ofrecen oportunidades para atraer a los jugadores en fases tempranas, antes de que escalen en el juego. En este sentido, varios estudios muestran cómo las intervenciones basadas en EM (con o sin feedback) han alcanzado niveles de eficacia similares a otros tratamientos, reduciendo en un 10% los gastos en apuestas al final de tratamiento y disminuyendo la frecuencia de juego, manteniéndose hasta los 12 meses.

De todas las aproximaciones terapéuticas, la terapia de conducta (TC) es la que ha mostrado más consistente-mente efectos superiores a largo plazo, siendo la intervención más parsimoniosa. La TC incluye técnicas aversivas, control estimular con exposición y prevención de respuesta y estrategias de desensibilización sistemática. En la actualidad, las técnicas que gozan de mayor apoyo son las de control estimular y exposición (en vivo o imaginación) con prevención de respuesta.

En la siguiente tabla se reflejan los diferentes componentes

Tabla 3. Componentes de tratamientos cognitivo conductuales para las drogodependencias (Extraído de Becoña, 2008)

Tratamiento	Componentes y estrategias
Aproximación de refuerzo comunitario (CRA) (Hunt y Azrin, 1973)	Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas. Análisis funcional. Plan de automanejo. Entrenamiento en habilidades de rechazo. Cambios en el estilo de vida. Manejo del tiempo. Asesoramiento social / facilidades de ocio. Entrenamiento en solución de problemas. Asesoramiento vocacional. Entrenamiento en habilidades sociales. Prevención de VIH. Asesoramiento de relaciones de pareja. Consumo de otras drogas. Manejo de otros trastornos: depresión, ansiedad, insomnio, etc.
Prevención de recaídas (PR) (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005).	Identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída. Autorregistro y análisis funcional del uso de drogas. Entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo. Evitar situaciones de riesgo (sobre todo en las primeras semanas). Escape (abandonar situaciones de riesgo). Distracción. Estrategias cognitivas: imaginación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones. Estrategias comportamentales: relajación, actividad física,

Terapia cognitiva (Beck et al., 1999)	<p>comportamientos alternativos más adecuados y habilidades asertivas.-Retrasar el deseo de consumo. Recordar caídas o recaídas que haya tenido en el pasado. Estrategia para afrontar el craving y los pensamientos asociados al consumo. Afrontamiento de caídas o consumos aislados. Entrenamiento en solución de problemas. Establecer el rapport con el paciente. Educar a los pacientes en el modelo cognitivo (ej., que el paciente comprenda la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, craving y consumo de drogas). Establecer metas realistas y específicas. El manejo del craving y los impulsos de consumo: centrarse en la importancia de manejar los impulsos y el craving, comprender mejor la experiencia subjetiva del paciente y describirle técnicas que puedan ayudar al paciente a afrontar mejor sus impulsos y su craving. Prestar atención a las creencias por su enorme influencia en los sentimientos y conductas: evaluar, examinar y probar la veracidad de las creencias adictivas con el paciente con el objetivo de poder reemplazarlas por creencias de control. Utilizar estrategias para la prevención de recaídas. Manejo de los problemas vitales generales. Intervención ante la crisis: en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, aumentará su autoconfianza y habilidades futuras de afrontamiento (ej., identificación de signos de alarma). La atención a otros trastornos concomitantes. Utilización de técnicas cognitivas (técnica de la flecha descendente, retribución de responsabilidad, registro diario de pensamientos, etc.). Utilización de técnicas conductuales (programación y control de la actividad, experimentos conductuales, repaso conductual, entrenamiento en relajación, asignación de actividades entre sesiones o resolución de problemas).</p>
Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína (Carroll, 1998).	<p>Incrementar la motivación para el tratamiento (ej., afirmaciones de automotivación, escucha empática, afrontar resistencias, señalar la incongruencia, apoyar la libertad de elección, revisar consecuencias de la inacción). Afrontamiento del craving. Comprender la experiencia del craving como una experiencia normal. Describir el craving. Identificar los desencadenantes en las últimas semanas.-Identificar y evitar estímulos desencadenantes. Afrontar el craving con técnicas de control de sensaciones. Aumento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir.- Aclarar y jerarquizar los objetivos. Afrontar la ambivalencia en el contexto de la alianza de trabajo. Identificar los pensamientos distorsionados en los que se justifica el consumo. Entrenamiento en asertividad y habilidades para rechazar el consumo. Evaluar la disponibilidad de cocaína y los pasos para reducirla de manera segura y eficaz. Analizar las estrategias para interrumpir los contactos con las personas que suministran cocaína. Aprendizaje y práctica de habilidades de rechazo de cocaína. Revisar las diferencias entre respuesta pasiva, agresiva y asertiva; el control del lenguaje corporal y señales no verbales; la anticipación de consecuencias negativas. Identificación y control de las decisiones aparentemente irrelevantes. Comprender la importancia de las decisiones aparentemente</p>

	<p>irrelevantes y su relación con las situaciones de alto riesgo. Identificar ejemplos personales de decisiones aparentemente irrelevantes. Practicar la toma de decisiones segura. Plan de afrontamiento general. Anticipar situaciones futuras de alto riesgo. Desarrollar un plan de afrontamiento personal general (teléfono de ayuda, recuerdo de consecuencias negativas del consumo, lista de acontecimientos positivos, etc.). Entrenamiento en solución de problemas. Manejo del caso. Revisar y aplicar las habilidades de solución de problemas psicosociales que suponen una barrera para el tratamiento. Desarrollar un plan de apoyo concreto para enfocar los problemas psicosociales. Controlar y apoyar los esfuerzos de los pacientes para llevar adelante el plan. Reducir el riesgo de infección por VIH.</p>
Programa de reforzamiento comunitario más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Budney y Higgins, 1998)	<p>Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas. Cambio en el estilo de vida (relaciones sociales, tiempo de ocio y área laboral/ocupacional). Asesoramiento en el área de pareja. Consumo de otras drogas (especialmente alcohol y cannabis). Tratamiento de la psicopatología asociada. Terapia de incentivo: procedimiento de manejo de contingencias para reforzar sistemáticamente la abstinencia. Los pacientes ganan puntos a cambio de resultados negativos en las analíticas de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. Los puntos se canjean por determinados reforzadores (servicios o bienes). Este componente se aplica durante los primeros seis meses del tratamiento.</p>
Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la adicción al tabaco (Becoña, 2007)	<p>Información sobre el tabaco. Autorregistro y representación gráfica del consumo. Técnica de desvanecimiento: Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. Técnica de control de estímulos. Estrategias para controlar el síndrome de abstinencia de la nicotina. Feedback fisiológico del consumo (monóxido de carbono en el aire espirado). Estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en aserción, entrenamiento en solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento).</p>
Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la dependencia del alcohol (Monti et al., 1989)	<p>Entrenamiento en habilidades de comunicación. Habilidades de rehusar beber. Proporcionar feedback positivo. Proporcionar crítica. Recibir críticas sobre el uso de alcohol/drogas. Habilidades de escucha. Habilidades de conversación. Desarrollar apoyos de personas sobrias. Habilidades de resolución de conflictos. Comunicación no verbal. Expresión de sentimientos. Introducción en asertividad. Rechazar peticiones. Recibir críticas en general. Entrenamiento en el manejo cognitivo-conductual del estado de</p>

ánimo.-Manejo de pensamientos sobre el alcohol.
Conciencia de los pensamientos negativos.
Manejo de los pensamientos negativos.
Conciencia de la ira.
Manejo de la ira.
Decisiones aparentemente irrelevantes.
Planificación para emergencias.
Afrontamiento de problemas persistentes.
Entrenamiento en relajación.
Solución de problemas.
Incremento de actividades placenteras.
Afrontamiento de las urgencias a beber.
Retraso pasivo y retraso como una estrategia cognitiva.
Consecuencias negativas de beber.
Consecuencias positivas de la sobriedad.
Imaginación de la reducción de la urgencia.
Comida y bebida alternativa.
Conductas alternativas.
Afirmación del dominio a nivel cognitivo.
Distracción cognitiva.

7. EVALUACION DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

En los últimos años ha ido creciendo la comprensión del fenómeno de las adicciones gracias al esfuerzo continuo de los profesionales e investigadores por dilucidar los factores más relevantes para los tratamientos y, actualmente, se apuesta por invertir en enfoques de tratamiento que se muestren eficaces (NIDA, 2018; EMCDDA, 2014; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Adicciones, 2017).

Existen una gran variedad de modalidades de tratamiento en adicciones. Sin embargo, entre aquellas que han demostrado evidencia empírica de su funcionamiento, destacan las intervenciones cognitivo-conductuales, y el manejo de contingencias. Diversos meta análisis ponen de relieve la eficacia de estas aproximaciones al cambio terapéutico para el tratamiento de diversos problemas adictivos.

Ronsley et al. (2020) realizaron una revisión sistemática sobre tratamientos para adicción a estimulantes. En ella seleccionaron 29 revisiones sistemáticas y meta análisis que comparaban diversos tipos de tratamientos psicológicos, farmacológicos y en combinación para el consumo de estimulantes. No encontraron evidencia de buenos tratamientos farmacológicos y el manejo de contingencia se mostró como el tipo de tratamiento más eficaz sin importar el tipo de intervención. Bentzley, et al. (2021) encontraron resultados similares en el meta análisis que condujeron sobre tratamientos psicológicos para el consumo de cocaína y Brown y De Fulio (2020) para el consumo de metanfetaminas. Estos dos últimos autores señalaron que entre las ventajas que otorgaba sobre otro tipo de tratamientos se encontraban; un

mayor tiempo en abstinencia, mayor utilización de otros servicios médicos y disminución de conductas sexuales de riesgo.

Por otro lado, la revisión sistemática de la literatura conducida por Ray et al. (2020) señala la combinación de intervención psicológica cognitivo-conductual y farmacológica como el mejor tratamiento de elección para los trastornos adictivos, aunque no encontraron diferencias importantes en la eficacia cuando la intervención psicológica se llevaba a cabo con un manejo de contingencias o con terapia de incremento motivacional. Mientras que Gates, et al. (2016) abogan por una combinación de las tres cuando sea posible para el tratamiento del consumo de cannabis.

Entre los tratamientos que se han venido evaluando a lo largo de los años, encontramos que una gran parte de la literatura se centra en los tratamientos residenciales, las llamadas Comunidades terapéuticas y que es objeto de evaluación en este estudio. En los últimos 30 años son numerosas las publicaciones sobre la evidencia de la efectividad de las Comunidades Terapéuticas (CT) para el tratamiento de las adicciones, y habiendo sido recopiladas en su mayoría en una serie de revisiones sistemáticas y meta-análisis (Magor-Blanch, 2014; Malivert et al., 2012; Sacks et al., 2010; Smith et al., 2006; Vanderplasschen et al., 2013).

La revisión realizada por Malivert et al. (2012) tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la CT en la abstinencia y determinar factores predictivos de esta. Para ello se seleccionaron 12 estudios en el que participaron 3271 pacientes de 61 CT. Todos los estudios mostraron una reducción del uso de sustancias durante el tratamiento y después del alta. Completar el tratamiento fue el mejor factor predictivo de abstinencia en el seguimiento, aunque los beneficios a largo plazo fueron inciertos, y la gran diversidad entre las modalidades de tratamiento evaluadas en cuanto a duración, población atendida o tipo de tratamiento, crea complicaciones importantes a la hora de comparar estos datos.

La gran mayoría de los estudios incluidos son en población americana y australiana, pero también se señalan 2 estudios realizados en población española. En el más reciente, Fernández-Montalvo et al. (2008), en el que se llevó a cabo un seguimiento a largo plazo (una media de 6 años después del tratamiento), de un tratamiento en CT para las adicciones en Navarra. Se realizó una comparación entre los que finalizaron el tratamiento y los que lo abandonaron. La muestra consistió en 155 sujetos (113 que completaron y 42 que abandonaron). Los abandonos del tratamiento mostraron una tasa más alta y más temprana tanto de recaídas (83.3% versus 32.7%) como de nuevos tratamientos para su adicción que el grupo de finalización (66.7% versus 23%). El programa también fue eficaz para reducir el comportamiento delictivo y mejorar el estado de salud.

Por otra parte, López-Goñi et al. (2010), describieron la evolución pre-post tratamiento de una muestra de 112 pacientes atendidos en dos CT españolas. La evaluación de la muestra se llevó a cabo con el Addiction Severity Index (ASI), al inicio y a la finalización del tratamiento. El 69.7% de la muestra finalizó el tratamiento y el 30.3% lo abandonó. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en ocho de las nueve áreas evaluadas. Solo en el área de Salud Física no hubo cambios significativos. Los autores señalan que posiblemente esto se deba a la alta tasa de enfermedades físicas crónicas que manifestaban las personas evaluadas.

Diversos estudios han encontrado una relación importante entre la duración del tratamiento en CT y finalizar el mismo con una recuperación mejor que cuando el tratamiento se abandona prematuramente (Greenfield et al., 2004; Teeson et al., 2007; Teeson et al., 2015; Turner, y Deane, 2016; Zhang et al., 2002). Por ello el abandono durante el tratamiento es una preocupación importante en todas las modalidades de tratamiento de adicciones (Dutra, 2008; Minozzi et al., 2016), siendo más frecuente en los primeros meses del mismo (Vanderplasschen et al., 2013), esto es especialmente relevante si tenemos en cuenta que las TC, parecen menos efectivas que otras formas de intervención con respecto a la adherencia al tratamiento (Minozzi et al., 2016), y que cada 3 meses que una persona se mantiene en tratamiento mejoran los resultados del mismo (Commonwealth Department of Human Services and Health, 1996; Simpson et al., 1999).

Sin embargo, no sólo el tipo y duración del tratamiento influye sobre el desenlace del mismo y los resultados conseguidos. Investigaciones recientes han señalado que la severidad de la adicción, el género, y la integración social y laboral son variables muy relevantes a la hora de predecir los resultados del tratamiento y la adherencia en los primeros meses del tratamiento (Adamson et al., 2009; Christensen et al., 2017; Daigre et al., 2019; McCaul et al., 2001; Mulder et al., 2009; Roncero et al., 2012).

Otros estudios de efectividad sobre intervenciones en personas con problemas de adicción los encontramos en esta revisión sistemática de Perry (2019), cuyo objetivo es evaluar la efectividad de las intervenciones para los delincuentes que consumen drogas y presentan trastornos mentales concomitantes en cuanto a la reducción de la actividad criminal o el consumo de drogas, o ambos. También se plantea si el entorno del tratamiento (tribunal, comunidad, prisión, establecimiento seguro) afecta a los resultados de la intervención y si el tipo de tratamiento afecta a los resultados del tratamiento. La finalidad de estos estudios es por tanto identificar los tratamientos más efectivos para esta población más vulnerable.

Se incluyeron 13 estudios con 2606 participantes. Las intervenciones se realizaron en la cárcel (ocho estudios; 61%), en los tribunales (dos estudios; 15%), en la comunidad (dos estudios; 15%) o en un hospital de seguridad

media (un estudio; 8%). Las principales fuentes de sesgo fueron el riesgo incierto de sesgo de selección y el alto riesgo de sesgo de detección.

Los resultados de esta revisión mostraron que cuatro estudios compararon entrevistas motivacionales/conciencia plena y habilidades cognitivas con terapia de relajación (un estudio), un control en lista de espera (un estudio) o tratamiento habitual (dos estudios). En comparación con el entrenamiento de relajación, un estudio proporcionó información relativa sobre el consumo de marihuana en la evaluación a los tres meses de seguimiento. Los investigadores informaron un efecto importante $< .007$ en los participantes del grupo de entrevista motivacional, que mostraron menos problemas que los participantes del grupo de entrenamiento de relajación, con evidencia de certeza moderada. En comparación con un control en lista de espera, un estudio no informó de una reducción significativa en el consumo de drogas auto informado según la ASI (DM -0.04; IC del 95%: -0.37 a 0.29) ni en la abstinencia del consumo de drogas (CR 2.89; IC del 95%: 0.73 a 11.43), presentando evidencia de certeza baja a los seis meses (31 participantes). En comparación con el tratamiento habitual, dos estudios (con 40 participantes) no encontraron una reducción significativa en la frecuencia del consumo de marihuana a los tres meses después de la liberación (DM -1.05; IC del 95%: -2.39 a 0.29) ni en el tiempo transcurrido hasta la primera detención (DM 0.87; IC del 95%: -0.12 a 1.86), junto con una pequeña reducción en la frecuencia de nuevas detenciones (DM -0.66; IC del 95%: -1.31 a -0.01) hasta los 36 meses, con evidencia de certeza baja; el otro estudio con 80 participantes no encontró una reducción significativa en las pruebas positivas de detección de drogas a los 12 meses (DM -0.7; IC del 95%: -3.5 a 2.1), proporcionando evidencia de certeza muy baja.

Dos estudios informaron sobre el uso de la terapia multisistémica que incluye a los jóvenes y las familias versus el tratamiento habitual y el tratamiento para el consumo de sustancias en adolescentes. Al comparar el tratamiento habitual, los investigadores no encontraron una reducción significativa hasta los siete meses en la dependencia de las drogas en la puntuación de la Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) (DM -0.22; IC del 95%: -2.51 a 2.07) ni en los arrestos (CR 0.97; IC del 95%: 0.70 a 1.36), lo que proporcionó evidencia de certeza baja (156 participantes). En comparación con un tratamiento para el consumo de sustancias en adolescentes, un estudio (112 participantes) encontró una reducción significativa en la posibilidad de ser detenidos nuevamente hasta los 24 meses (DM 0.24; IC del 95%: 0.76 a 0.28), según evidencia de certeza baja. Un estudio (38 participantes) informó sobre el uso de la psicoterapia interpersonal en comparación con una intervención psicoeducativa. Los investigadores no encontraron una reducción significativa en el consumo de drogas autoinformado a los tres meses (CR 0.67; IC del 95%: 0.30 a 1.50), lo que proporcionó evidencia de certeza muy baja. El estudio final (29 participantes) comparó el servicio de defensa legal y los

servicios de asistencia social relacionados versus el servicio de defensa legal solamente y no encontró reducciones significativas en el número de nuevos delitos cometidos a los 12 meses (CR 0.64; IC del 95%: 0.07 a 6.01), lo que produjo evidencia de certeza muy baja. Los autores concluyen que las intervenciones comunitarias terapéuticas y los tribunales de tratamiento de salud mental pueden ayudar a las personas a reducir el consumo de drogas y/o la actividad delictiva posterior. Para otras intervenciones como la psicoterapia interpersonal, la terapia multisistémica, los servicios integrales de defensa legal y las entrevistas motivacionales, la evidencia es más incierta. Los estudios mostraron un alto grado de variación, lo que justifica un grado de precaución al interpretar la magnitud del efecto y la dirección del beneficio para los resultados del tratamiento.

El estudio realizado por (Ramírez y García-Roda, 2019) cuyo objetivo fundamental es explorar el papel mediador de la tolerancia a la frustración (TF) en la relación entre los rasgos de personalidad y dos tratamientos diferentes para la adicción a sustancias: la comunidad terapéutica (CT) y el tratamiento ambulatorio (TA). La muestra estaba formada por 84 sujetos con trastorno por abuso de sustancias en total (22 mujeres) de ambos centros. La edad osciló entre 20 y 63 años (40.06 ± 1.10 , media \pm error estándar de la media) y no fue significativamente diferente entre los participantes hombres (39.31 ± 1.17) y mujeres (42.18 ± 2.58): t de Student (82) = -1.156, $p = .251$. Con respecto a los programas terapéuticos, 46 participantes (13 mujeres) estaban en CT y 38 (9 mujeres) en TA. La edad media de estos grupos también fue similar: edad (CT) = 38.70 ± 1.54 , edad (TA) = 41.71 ± 1.53 , t (82) = -1.377, $p = .172$. En el momento de la evaluación el tiempo de tratamiento fue similar en ambos grupos: CT, 4.12 meses; AT, 4.80 meses. Los resultados se compararon con una muestra de control (335 participantes, 268 mujeres). Se les evaluó con el test de Rosenzweig para la tolerancia a la frustración y el test Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) para evaluar los factores de personalidad.

Se encontró que la tolerancia a la frustración fue menor en el grupo clínico que en la muestra de control (d de Cohen = 1.22); Entre grupos terapéuticos, la tolerancia a la frustración fue significativamente más baja en las CT que en el TA (d de Cohen = 0.78); Los tamaños del efecto de estos resultados son bastante grandes, el 96% del grupo de control tiene mejor TF que la muestra clínica, y el 79% del grupo de CT tiene una TF más baja que la muestra de TA. Los rasgos depresivos, antisociales, sádicos, negativistas, esquizotípicos, límites, paranoides, de ansiedad, de distimia, de consumo de alcohol, de drogas, de trastorno de estrés postraumático (TEPT), de trastorno del pensamiento y de trastorno delirante eran sugestivos de patología en las muestras clínicas y eran significativamente diferentes entre los grupos de control, y clínicos. Además, los rasgos de ansiedad (g de Hedges = 0.743) y TEPT (g de Hedges = 0.703) fueron más altos en el TC que en el TA; Un análisis de mediación reveló que el efecto de las escalas de ansiedad ($\eta p^2 =$

0.106) y TEPT ($\eta^2 = 0.126$) en el grupo terapéutico estaba parcialmente mediado por la tolerancia a la frustración

Los pacientes en CT son más vulnerables debido a la mayor gravedad de su condición y/o al riesgo de exclusión social; en el caso de la institución que acogió a los participantes incluidos en este estudio, el principal motivo de inclusión en CT es poco apoyo familiar y social, que junto a un problema grave de adicción, da lugar a una persona con problemas en casi todas las áreas de su vida (vivienda, trabajo, etc.) y por tanto con dificultades importantes para recuperarse de su problema.

Los resultados por tanto confirman diferencias significativas en varias escalas, lo que apunta a una condición patológica general que debe considerarse durante el tratamiento. Según los resultados de este estudio, las puntuaciones más altas en CT que en TA para la mayoría de los rasgos de personalidad apuntan a una mayor vulnerabilidad de los pacientes en CT para desarrollar trastornos mentales. Por lo que consideran importante tener una evaluación completa del perfil de personalidad del paciente antes de asignarle un programa terapéutico. En cuanto a los resultados sobre la diferencia en TF entre pacientes y controles puede apuntar a un papel crucial en el desarrollo de la adicción en sí: cuando hay situaciones frustrantes y un peor manejo de esta frustración puede llevar al consumo de sustancias para aliviar la emoción negativa que produce. Por tanto este estudio subraya la importancia de un tratamiento específico para la intolerancia a la frustración en las CT.

En cuanto a la relación entre la ansiedad, el TEPT y una baja TF resaltan que una TF deficiente empeora el pronóstico de adicción de pacientes con niveles altos de ansiedad o rasgos de personalidad de TEPT, lo cual sugiere la necesidad de nuevas estrategias para mejorar los tratamientos de adicciones, principalmente en las CT donde nos encontramos con los pacientes más graves.

También es muy interesante el estudio que realizó Vismara, et al. (2019), en el que analizó el apego en pacientes con abuso de sustancias en tratamiento ambulatorio frente a pacientes en comunidades terapéuticas. La muestra consistió en 127 sujetos entre 18-52 años (107 varones y 20 mujeres); 97 eran pacientes ambulatorios (83 varones) y 30 pacientes de comunidad terapéutica (24 varones). Se aplicó el cuestionario SCL-90 que evalúa síntomas psicológicos; El RQ consiste en un único ítem que describe cada una de las cuatro categorías de representaciones del apego en las relaciones cercanas (es decir, seguro, preocupado, temeroso-evitador y displicente-evitador) en cuatro párrafos cortos. Los encuestados califican su grado de correspondencia con cada descripción; Y el cuestionario El PBI es un auto informe de 25 ítems que evalúa el cuidado y la sobreprotección materna y paterna durante los primeros 16 años de vida del niño.

Los resultados arrojan los siguientes datos más relevantes: en el subgrupo de pacientes ambulatorios, el estilo de apego predominante era el preocupado; en el caso de los pacientes de la comunidad terapéutica, el estilo de apego predominante era el despectivo. Las dimensiones de cuidado (cómo se percibe al cuidador como cariñoso y atento) y sobreprotección (cómo se percibe al cuidador como intrusivo e interferente) del cuestionario PBI fueron más altas en el subgrupo de pacientes ambulatorios. Las puntuaciones fueron más altas con respecto a las sub-escalas maternas independientemente de la modalidad de tratamiento. No surgieron diferencias con respecto a los síntomas auto percibidos (SCL-90-R) entre los subgrupos; sin embargo, los individuos temerosos-evitadores y displicentes-evitadores informaron de un mayor síntoma autopercebido independientemente de la modalidad de tratamiento.

Los resultados de este estudio muestran como la distribución de diferentes patrones de apego con respecto a la elección de modalidad de tratamiento, ambulatorio versus comunitario, puede mejorar las intervenciones eficaces, sintonizándolas con el individuo y su entorno de desarrollo. Por tanto esta puede ser una línea interesante para seguir investigando de cara a poder predecir que tratamientos son más adecuados para unos pacientes y otros.

Son numerosos los estudios que se evalúan los factores que influyen en la finalización de los tratamientos en las Comunidades Terapéuticas. Siguiendo en esta línea el estudio realizado por (Papamalis 2020) evalúa si el funcionamiento de la personalidad contribuye o dificulta la finalización del tratamiento, y en qué medida, mientras se controlan variables psicosociales o motivacionales. Se utilizó una muestra $n = 340$ participantes (186 hombres) entre 27-40 años de 5 comunidades terapéuticas. Se midieron variables sociodemográficas; Se utilizó el cuestionario TCU CEST Client Evaluation of Self and Treatment (CEST) que mide funcionamiento psicológico, funcionamiento social, motivación para el tratamiento y participación en el tratamiento; Y el cuestionario Los Índices de Gravedad de los Problemas de Personalidad (SIPP-118).

Los resultados mostraron ciertas características disfuncionales que emergieron como fuertes predictores de la finalización del tratamiento. Los niveles disfuncionales en Autocontrol y Concordancia Social fueron predictores significativos del abandono del tratamiento. Los individuos con baja capacidad para tolerar, utilizar y controlar las propias emociones e impulsos tenían casi tres veces más probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con los que no la tenían [OR] = 2.73, Wald = 6.09, $p < .014$, IC 95% [1.2, 6]. Los individuos con niveles disfuncionales en la capacidad de valorar la identidad de alguien, retener los impulsos agresivos hacia los demás y colaborar con los demás tenían 2.21 veces más probabilidades de completar el tratamiento [OR] = 2.21, Wald = 4.12, $p = .042$, IC del 95% [1, 4.7]. Los individuos con niveles de adaptación más altos en Control del Esfuerzo tenían un 46% más de probabilidades de completar el tratamiento [OR] = 4.67, Wald = 10.231, $p =$

.001, IC del 95% [1.81, 12.04], un 47% más de probabilidades en Regulación de la agresividad [OR] = 4.76, Wald = 16.68, $p < .001$, IC 95% [2.1, 10.3], y un 26% más de probabilidades en Imagen personal estable [OR] = 2.62, Wald = 6.75, $p < .009$, IC 95% [0.9, 3].

Estos resultados refuerzan la idea de la importancia y utilidad clínica de evaluar las diferencias individuales desde el principio y de cómo esta información y las adaptaciones características en el tratamiento tiene un papel predictivo en la finalización de este. Esto puede ayudar a mejorar la efectividad del tratamiento a través de intervenciones individualizadas que están científicamente avaladas y pueden abrir nuevos caminos para la investigación científica de la personalidad y el tratamiento.

Otro estudio de Daigreet al.(2019) analizaron los factores psiquiátricos que afectan a la finalización de un tratamiento a largo plazo para el trastorno por abuso de sustancias. Para trabajo con una muestra 245 (80.8% hombres) 26-43 años, pacientes del tratamiento en Projecte Home Catalunya, que cumplían los criterios de dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR, y que habían permanecido abstinentes del consumo de sustancias durante al menos 3 meses en un programa libre de sustancias a largo plazo. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: Datos demográficos; Severidad de la adicción (EuropASI); Salud funcional y bienestar y calidad de vida (HRQoL); Síntomas depresivos (BDI); Ansiedad (STAI); Impulsividad funcional y disfuncional (FIDI); Entrevista clínica semiestructurada (SCID-I); TDAH con escalas conners para adultos (CAADID-II); Trastornos de personalidad (SCID-II). Los resultados mostraron que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los diagnósticos psiquiátricos comórbidos y la finalización del tratamiento. La mayor duración del tratamiento ($OR: 1.22$; $p < .01$), el mayor nivel educativo ($OR: 2.37$; $p < .02$) y la dependencia de la cocaína como sustancia principal ($OR: 3.68$; $p < .01$) se relacionaron con una mayor probabilidad de completar el tratamiento. Los pacientes con mayor gravedad de consumo de alcohol ($OR: .06$; $p < .02$) y más síntomas depresivos ($OR: .95$; $p < .01$) completaron el tratamiento con menor frecuencia; Además se encontraron diferencias significativas, que mostraron que el grupo que no terminó el tratamiento obtuvo medias mayores que el grupo que finalizó el tratamiento en depresión, ansiedad estado y rasgo, e impulsividad. Se concluye que los diagnósticos psiquiátricos comórbidos no determinan los resultados del tratamiento. Sin embargo, los factores terapéuticos y psicológicos tienen una gran influencia en la probabilidad de completar un programa de tratamiento a largo plazo.

El estudio de Harley et al. (2018) tiene como objetivo identificar las variables de los pacientes, asociadas a la finalización del tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT). Se analizaron los datos de 193 pacientes (107 hombres) entre 28-46 años. Para ello se recogieron datos demográficos; puntuación de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y las 8 preguntas de

calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-8). Las tasas de finalización fueron del 30.6%. Los resultados mostraron que no tener estrés financiero predice positivamente la finalización del tratamiento (odds ratio= 1.57). Los predictores negativos de finalización fueron: que la anfetamina fuera la principal sustancia de consumo (odds ratio = 0.29) la agresividad (odds ratio = 0.41), las puntuaciones altas en el WHOQOL-8 en relaciones (odds ratio = 0.60), que sugieren relaciones positivas, y la edad más joven o más avanzada. Los participantes en el programa demostraron una mejora psicológica clínicamente significativa y una mejora significativa en todas las puntuaciones de calidad de vida a lo largo del tiempo. El grado de mejora psicométrica fue más pronunciado en aquellos que completaron el curso, con la excepción de la depresión, el estrés y los problemas de dinero.

Los resultados proporcionan una comprensión de los predictores específicos de la finalización del programa que puede ayudar a identificar a los clientes de alto riesgo y a informar sobre la mejora del programa. Las tasas de abandono temprano pueden reducirse mediante el seguimiento y el apoyo a los clientes de alto riesgo. En general, la mejora psicométrica se produjo tanto entre los que completaron el programa como entre los que no lo hicieron, pero es más prominente entre los que completaron el curso, con la excepción de la depresión, el estrés y los problemas económicos.

8. ADICCIONES DURANTE LA PANDEMIA

La pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 y las medidas que se han ido adoptando para controlarla han producido un importante impacto tanto a nivel sanitario, como social y personal. Esta situación ha podido afectar en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos adictivos, aumentando el consumo de sustancias en determinados grupos de población, para evitar emociones como el estrés o la ansiedad (Clay Parker, 2020) o convirtiéndose en factor de protección al reducir las situaciones de riesgo para el consumo como son las zonas de ocio y salidas nocturnas o la accesibilidad a determinadas sustancias (Llorens et al., 2021).

Tanto La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y, en concreto, su Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), como otras instituciones, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA) han realizado un seguimiento de la situación de consumo de drogas durante la primera ola pandémica y cuyos resultados mostraron una reducción generalizada en todas las sustancias analizadas.

En concreto el Centro Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) realizó un estudio cuyo objetivo fue obtener información sobre los posibles cambios en el uso de drogas ilícitas afectados por las restricciones de COVID-

19. Se recolectaron muestras de aguas residuales en siete ciudades de los Países Bajos, Bélgica, España e Italia al comienzo de los cierres (marzo-mayo de 2020). Utilizando métodos previamente establecidos y validados, niveles de anfetamina (AMP), metanfetamina (METH), MDMA, benzoilecgonina (BE, el principal metabolito de la cocaína) y 11-nor-9-carboxi- Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC-COOH, principal metabolito de tetrahidrocannabinol (THC)) y se compararon con los resultados de años anteriores. Se observaron diferencias importantes en los niveles de drogas consumidas entre los países considerados. Mientras que para algunas sustancias y lugares, se pudieron observar marcadas disminuciones en el consumo (por ejemplo, 50% de disminución en los niveles de MDMA en comparación con años anteriores). En algunos casos, se pueden encontrar niveles similares o incluso superiores a los de años anteriores. También se observaron cambios en los patrones semanales, sin embargo, estos no se definieron claramente para todas las ubicaciones y/o sustancias. Los hallazgos confirmaron que la situación actual es muy heterogénea y que sigue siendo muy difícil explicar y/o predecir el efecto que tiene la pandemia actual sobre el uso y la disponibilidad de drogas ilícitas (Been et al., 2021). Dada la situación de cambio constante, con medidas que se introducen o se relajan, estos autores concluyeron en la necesidad de seguir haciendo campañas de seguimiento altamente resueltas, localizadas y con múltiples indicadores.

Por otro lado Llorens, Brime y Molina (2021) presentan un estudio que recoge el resultado de una encuesta realizada en otoño de 2020, la Encuesta OEDA-COVID 2020 realizada por el Observatorio Español de Drogas y Adicciones. El objetivo específico fue estudiar los posibles cambios en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) y de otros comportamientos adictivos como el uso de internet y el juego con dinero, en la población española durante la pandemia COVID-19.

El estudio fue transversal y se realizó mediante entrevista telefónica a una muestra representativa de la población española residente, de 15 a 64 años. La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo aleatorio simple estratificando por comunidades y ciudades autónomas (CC. AA.), y tamaño de hábitat (5 tramos), con un sistema de cuotas por sexo y edad.

La entrevista se llevó a cabo a través de un cuestionario de 55 preguntas ad hoc, en el que se preguntaban variables sociodemográficas, variables relacionadas con el consumo antes y después del confinamiento de las sustancias más prevalentes a nivel nacional. Se limitaron las preguntas de sustancias ilegales al cannabis y la cocaína. Además se incluyeron tres escalas de screening: CAST (Cannabis Abuse Screening Test), Lie/Bet, para medir el posible juego patológico y AUDIT-C reducido, para medir el posible consumo problemático de alcohol. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS-18. Se calcularon estadísticos básicos de todas las variables (frecuencias, medias, etc.). Para la comparación de medias se aplicó la prueba

"t" de Student, mientras que, para la comparación de proporciones, se aplicó la Chi-cuadrado. La muestra final fue de 7.886 personas, 3.961 fueron hombres y 3.925 mujeres.

Los resultados mostraron, con respecto al alcohol que la prevalencia de consumo durante los meses previos a la pandemia, fue del 62%. Se observaron diferencias según el sexo, siendo mayor en hombres que en mujeres (70,6% y 53,4% respectivamente). Estos valores disminuyeron durante la pandemia, siendo la prevalencia de consumo del 57,35 (66,2% en hombres y 48,3% en mujeres), disminución estadísticamente significativa en ambos sexos ($p < 0,001$).

Respecto a las borracheras (intoxicaciones etílicas agudas), los datos muestran una disminución estadísticamente significativa durante la pandemia en los dos sexos ($p < 0,001$), pasando del 17,25 (20,9% en hombres y 13,4% en mujeres) antes de la pandemia al 9,7% durante la pandemia (12,1% en hombres y 7,4% en mujeres). Con respecto al consumo de alcohol de riesgo, según la escala AUDIT-C, los resultados muestran que el 16% de la población habría tenido un posible consumo de riesgo durante la pandemia, siendo más alta en hombres que en mujeres (17,3% y 14,8%), según la edad el mayor consumo de riesgo se realizó entre los jóvenes de 20 a 34 años. En el caso de las mujeres el consumo de riesgo es más alto por debajo de los 25 años, siendo incluso mayor que el de los hombres en este tramo de edad.

Los resultados que se recogieron sobre el tabaco mostraron que la prevalencia de consumo durante la pandemia fue de un 27,7% (28% en hombre y 27,5% en mujeres). Este resultado fue estadísticamente menor ($p < 0,001$), con respecto al consumo antes de la pandemia 29,15 (29,7% en hombres y 28,6% en mujeres).

Se recogieron resultados sobre la prevalencia del consumo de hipnosedante sin receta durante los meses previos a la pandemia, siendo esta de un 9,1%, mayor consumo en mujeres que en hombres (2,3% y 1,4% respectivamente). Estos valores fueron significativamente mayores ($p < 0,001$) durante la pandemia llegando al 3,1% (2,1% en hombres y 4,0% en mujeres). Durante este periodo se observa un aumento de la prevalencia del consumo en el grupo de edad entre 25 y 54 años.

La prevalencia del consumo de cannabis durante los meses previos a la pandemia fue del 7,8% (10,6% en hombres y 4,95 en mujeres). Durante la pandemia estos valores disminuyeron de forma significativa ($p < 0,001$), siendo del 6,5% (8,5% en hombres y 4,4% en mujeres). De los resultados obtenidos en la escala CAST, el 1,2% presentaban un posible consumo de riesgo, siendo del 19% entre los que reconocen haber consumido cannabis durante la pandemia. Un 3,5% ha dejado de consumir cannabis o ha reducido su consumo durante la pandemia y el 1% declararon haber comenzado a hacerlo. Los datos obtenidos con respecto al consumo de cocaína muestra que

la prevalencia fue del 15% antes de la pandemia y del 1% durante la pandemia. El 1% abandonaron o disminuyeron el consumo y el 0,3% inició o aumento el consumo de cocaína durante la pandemia.

Respecto al uso de internet por diversión, la prevalencia antes de la pandemia fue del 91,8%, no observándose diferencias por sexo (92,8% en hombres y 90,8% en mujeres). Estos datos se han mantenido estables durante la pandemia siendo la prevalencia del 91,4% (92% en hombres y 90,8% en mujeres). Si que se observa un aumento significativo ($t=39,7$; $p<0,001$ y $t=39,0$; $p<0,001$), de tiempo medio de uso de internet por diversión en un día durante la pandemia, siendo en torno a una hora el aumento medio tanto en hombres como en mujeres.

La prevalencia del juego con dinero de manera presencial antes de la pandemia fue del 8,8% (12,2% en hombres y 5,4% en mujeres) estos datos disminuyen significativamente a ($p<0,001$) durante la pandemia, siendo del 5,3% (7% en hombres y 3,65 en mujeres). Con respecto al juego con dinero online, la prevalencia durante los meses previos a la pandemia fue del 4,5% siendo mayor en hombres que en mujeres (7,6% y 1,4%). Estos datos se han mantenido más o menos estables durante la pandemia siendo la prevalencia del 4,3%. Para medir el juego patológico se utilizó la escala Lie-Bet, el 0,5% presentaron un posible juego patológico, dato que aumento al 5,5% entre los que referían haber jugado presencialmente o de forma online durante la pandemia. Por tanto, la encuesta OEDA –COVID 2020 muestra que el consumo de sustancias psicoactivas ha cambiado, disminuyendo de forma generalizada durante la pandemia. Sin embargo se observa un aumento en el consumo de hipnosedantes sin receta médica y también de las horas dedicadas al uso de internet por diversión, mientras que el juego online ha permanecido sin cambios.

Estos autores consideran que esta disminución generalizada se puede explicar debido a que nos hemos encontrado en una situación en la que había menos opciones de acceso a las drogas ilegales, como consecuencia de las medidas adoptadas para el control de la pandemia COVID-19. De la misma manera estas medidas también afectaron a entornos de ocio, lo que ha ocasionado que tanto el consumo de alcohol y tabaco fueran menos accesibles para la población en general, y sobretodo el consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Lo que ha puesto de manifiesto la importancia de la prevención ambiental en el abordaje de este problema y la importancia del control de estímulos como un factor de protección para el consumo de sustancias en general (NIDA, 2020; EDADES. Informe 2019/2020). Por otro lado el aumento de hipnosedantes sin receta ha aumentado durante la pandemia, tal y como citan estos autores hay datos que apuntan a que las situaciones de estrés y ansiedad que han generado la pandemia, son factores de riesgo para el consumo de estas sustancias cuya accesibilidad es mayor (Clay y Parker, 2020). En esta línea coinciden otros estudios realizados durante la pandemia.

Así, el estudio llevado a cabo por Villanueva et al. 2021 tiene como objetivo establecer si el consumo de riesgo de alcohol varío durante el confinamiento por COVID-19 durante los meses de abril y mayo de 2020, y como estas variaciones se manifestaban en función de distintas variables sociodemográficas.

El estudio se desarrolló en España durante el confinamiento con 3.779 participantes. Se utilizó una encuesta online con variables sociodemográficas (sexo, edad y situación laboral) y el AUDIT-C. Se realizó análisis de frecuencias y diferencias de medias (t de Student, ANOVA y Kruskal-Wallis) para establecer las variaciones a nivel intragrupo entre antes de la pandemia y durante el confinamiento, e intergrupo para cada periodo temporal, reportando tamaño del efecto.

Los resultados mostraron que el consumo de riesgo de alcohol presentó una prevalencia elevada antes del confinamiento (25,9% de los consumidores de alcohol), mostrando un descenso durante el confinamiento (15,1%) tanto en hombres ($X^2 = 224,829$; $p < 0,001$) como en mujeres ($X^2 = 214,324$; $p < 0,001$). Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol antes de la pandemia ($X^2 = 13,124$; $p < 0,001$; $d = 1,067$) como durante el confinamiento ($X^2 = 26,316$; $p < 0,001$; $d = 2,85$). Otros estudios como el de Kilian et al. (2021) también investigaron los cambios en el consumo de alcohol durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 en Europa, así como la relación que existe con los ingresos económicos y experiencias de angustia relacionadas con la pandemia. Se realizó una encuesta transversal entre el 24 de abril y 22 de junio de 2020, en la que un total de 31.964 informaron haber bebido en el último año.

Los resultados mostraron una disminución promedio en el consumo de alcohol de -0,14 [intervalo de confianza (IC) del 95% = -0,18, -0,10]. Se encontraron disminuciones estadísticamente significativas en el consumo en todos los países, excepto Irlanda (-0,08, IC del 95 % = -0,17, 0,01) y el Reino Unido (+0,10, IC del 95 % = 0,03, 0,17). Las disminuciones en el consumo de alcohol se debieron principalmente a una frecuencia reducida de episodios intensos de consumo de alcohol (-0,17, IC del 95 % = -0,20, -0,14). Las disminuciones en el consumo fueron menos marcadas entre aquellos con ingresos bajos o medios y aquellos que experimentaban angustia. El impacto del estrés financiero en el consumo se encontró especialmente relevante en individuos de ingresos altos en comparación con personas con ingresos limitados o en la media. Esto podría deberse a una percepción mayor de pérdida de ingresos e inseguridad laboral.

Por tanto se llegó a la conclusión de que en promedio, el consumo de alcohol parece haber disminuido durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 en Europa. Tanto la disponibilidad reducida de alcohol como el

aumento de la angustia pueden haber afectado el consumo, aunque el primero parece haber tenido un mayor impacto en términos de efectos inmediatos.

En relación a las personas con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), Blithikioti et al. (2021) realizaron un estudio con esta población, con el objetivo de evaluar los factores de riesgo asociados con resultados de deterioro de salud mental durante el confinamiento. Se llevó a cabo un estudio transversal, realizado a través de una encuesta online que fue cumplimentada a 303 personas con TUS, atendidas en la Unidad de Adicciones del Hospital Clínic Universitat de Barcelona. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se realizaron análisis descriptivos. Dependiendo de si los individuos informaban de un empeoramiento o ningún cambio/mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión durante el confinamiento, la muestra se dividió en dos grupos. Luego se llevó a cabo una regresión logística para identificar los factores de riesgo asociados con resultados adversos de salud mental. Los resultados mostraron que en general, la frecuencia de uso de sustancias en la mayoría de las personas con TUS se mantuvo estable durante el confinamiento en comparación con los meses anteriores al confinamiento, aunque se encontró una disminución en la frecuencia del consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína en una pequeña fracción de las personas con TUS. Con respecto a salud mental, se encontraron síntomas de ansiedad clínica en el 58,7% de la muestra, mientras que el 48,2% de los participantes puntuaron por encima del umbral clínico para la depresión. Además, el 50,3% de la muestra informó un deterioro de los síntomas de depresión y ansiedad durante el confinamiento que se asoció con los siguientes factores de riesgo: exposición previa a traumas, género femenino, angustia y aislamiento, reducción de ingresos y consumo de alcohol. Por tanto un alto porcentaje de pacientes con TUS experimentó resultados adversos en salud mental durante el confinamiento que se asociaron con varios factores de riesgo. Según estos autores deben tenerse en cuenta en la formulación de políticas y estrategias de prevención, así como en la práctica clínica, para ofrecer una atención individualizada a los pacientes con TUS durante el tiempo de la pandemia.

MARCO EXPERIMENTAL

1. INTRODUCCION

La importancia de evaluar la situación en la que llegan las personas con problemas de adicción y la necesidad de optimizar los programas de

tratamiento de Proyecto Hombre Murcia, fueron las razones fundamentales para que se iniciara el presente estudio. La aplicación y recogida de datos se hicieron en tres momentos diferentes, durante el primer mes de tratamiento en la llamada fase de evaluación y diagnóstico, a los 6 meses y a los 12. En esta primera fase se evalúan a todas las personas que solicitan tratamiento y se les deriva al programa de tratamiento más adecuado para resolver sus demandas. En esta investigación hemos analizado a los pacientes que ingresan en el Programa Base, en concreto en la fase de Acogida y Comunidad Terapéutica.

Revisando los datos de las diferentes investigaciones, observamos que los perfiles de los pacientes con problemas de adicción han ido cambiando a lo largo de los años, por ejemplo, en los años 90 el perfil era mayoritariamente de personas con problemas con la heroína, lo que definía claramente una serie de características que en la actualidad han variado bastante. Por lo tanto, el **primer objetivo** estuvo centrado en analizar las características sociodemográficas y psicosociales de los usuarios que llegan a tratamiento en la actualidad en función de una serie de variables: consumo de sustancias y/o otras conductas adictivas, gravedad de la adicción, situación médica, empleo, situación familiar, judicial y psicopatológica, etc. Al mismo tiempo se pretendió obtener un perfil diferencial entre hombres y mujeres que permita analizar qué características son necesarias tener en cuenta en los tratamientos, atendiendo a la perspectiva de género (PG). La evaluación en esta fase constituye la línea base que permite comparar los mismos datos en la fase dos (a los 6 meses) y en la fase tres (12 meses). De esta manera se quiere adaptar los tratamientos, fundamentalmente masculinizados al haber sido diseñados para hombres, a las necesidades y perfiles de las personas que acuden actualmente a tratamiento para su problema de adicción, poniendo especial interés en facilitar el acceso a las mujeres.

El **segundo objetivo** es evaluar la eficacia de un programa residencial para personas con un nivel severo de adicción, a los 6 y a los 12 meses de tratamiento. En este estudio se quiere profundizar en la comprensión de la complejidad de la problemática de la adicción y de los procesos psicológicos que intervienen en esta.

El **tercer objetivo** fue evaluar las diferencias entre las personas que finalizaban el tratamiento y los que abandonaban y determinar que variables están relacionadas con el abandono prematuro del tratamiento.

Con estos datos se quiere optimizar las intervenciones terapéuticas y mejorar los tratamientos con el fin siempre de dar un buen servicio a la sociedad y en concreto a las personas con esta problemática.

En esta investigación se ha tenido en cuenta la PG, teniendo en cuenta las indicaciones aportadas por Tomás et al. (2015) en el trabajo "Perspectiva de género en la investigación en salud" (PEGEIN). Se trata de tener en cuenta 3

factores que revelan diferentes niveles de inclusión de PG en los proyectos de investigación:

- Factor 1: *Sensibilidad al género*. Se refiere a las diferencias en salud entre hombres y mujeres y a la relación entre los factores de género y el tema de salud abordado en el proyecto de investigación.
- Factor 2: *Investigación feminista*. Reúne todas las condiciones necesarias para que una investigación tenga perspectiva de género y propósito feminista, es decir, investiga las causas de la desigualdad para intentar cambiarla.
- Factor 3: *Diferencia por sexo*. Refleja la desagregación de los datos por sexos y grupo de edad, lo que posibilitará la identificación de diferencias en salud.

Por tanto, en este estudio, se ha intentado recoger aquellos aspectos que ayudan a distinguir y comprender de forma específica las características de las mujeres con problemas de adicción, con el fin de poder atender más adecuadamente a hombres y mujeres.

Esta investigación consta de dos partes: un primer estudio en el que se ha evaluado el perfil psicosocial y psicopatológico de las personas que acuden a tratamiento y un segundo estudio en el que se evalúa la eficacia de un programa de tratamiento para las adicciones y las variables psicopatológicas, socioeconómicas y de consumo de las personas que abandonan el tratamiento. En ambas partes se describen los datos en función del sexo.

PARTE I: PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

El propósito de este estudio es presentar el perfil psicopatológico y las diferencias entre hombres y mujeres que inician tratamiento residencial para las adicciones en un dispositivo sociosanitario de Murcia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar el perfil de gravedad psicosocial de los pacientes que acuden a tratamiento (variables sociodemográficas, patrón de consumo y otras características recogidas en el EuropASI)
2. Evaluar el perfil psicopatológico de los pacientes que acuden a tratamiento (patrones, trastornos de personalidad y síndromes clínicos, según MCMI).

3. Evaluar las diferencias entre hombres y mujeres.

3. HIPOTESIS

3.1 Hipótesis 1. Encontraremos perfiles de gravedad social y familiar más graves entre las mujeres (Vigna-Taglianti, et al., 2016)

3.2 Hipótesis 2. Encontraremos mayor incidencia de trastornos psicóticos y bipolares entre hombres y más incidencia de trastornos de ansiedad, afectivos y depresivos entre mujeres (Ávila y González, 2007; Miquel et al., 2011).

4. METODO

4.1. DISEÑO

Se trata de un estudio transversal no experimental descriptivo con dos grupos independientes en función del género.

El protocolo de este estudio se ha diseñado siguiendo los principios expuestos en la Declaración de Helsinki y con la aceptación de la Fundación Solidaridad y Reinserción (Proyecto Hombre Murcia). El consentimiento escrito informado fue firmado por todos los participantes.

4.2. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La fundación Solidaridad y Reinserción (Proyecto Hombre Murcia) es una organización no gubernamental que forma parte de la Asociación Nacional Proyecto Hombre, que comenzó su andadura en España en el año 1984. Tiene 27 centros repartidos por toda la geografía española y en Murcia abre sus puertas en 1995. Forma parte de diferentes redes nacionales e internacionales y es reconocida ONG de carácter consultivo especial ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC).

Su misión y visión es ser un referente en la Comunidad autónoma de la Región de Murcia en el ámbito de las adicciones, promoviendo el desarrollo integral y la autonomía de las personas, desde el modelo bio-psico-social. Ofreciendo una respuesta eficaz en las áreas de prevención, tratamiento, inserción socio-laboral, investigación y sensibilización social.

En cuanto al número de atenciones realizadas al año en Murcia, según la última memoria publicada por la organización en el año 2020, fue de 1.617 personas atendidas en los diferentes programas de tratamiento.

La muestra de participantes en este estudio estuvo formada por personas que han solicitado de forma voluntaria iniciar un tratamiento para la adicción en la Fundación Solidaridad y Reinserción (Proyecto Hombre Murcia) en la modalidad de intervención semi-residencial, desde enero de 2013 a diciembre de 2016.

Todos los participantes que participaron en el estudio cumplían los criterios del DSM-IV. A todos se les informó de la finalidad evaluativa e investigadora de los cuestionarios y recogida de datos y dieron su consentimiento.

De los 142 pacientes que ingresaron en el programa, el 81.69% ($n = 116$) son hombres y un 18.31% ($n = 26$) son mujeres, con un rango de edad entre 18 y 62 años ($M = 38.99$ años; $DT = 9.203$), y mayoritariamente solteros (55.71%), el 20% casados y el 24.29% separados o viudos. El 67.18% no tiene estudios, mientras un 8.4% posee estudios primarios, el 18.32% secundarios y un 6.11% universitarios.

4.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Los instrumentos utilizados en este estudio forman parte del protocolo de ingreso a tratamiento del centro sociosanitario.

Las variables sociodemográficas se recogieron a través de una entrevista semiestructurada de registro, desarrollada para este trabajo. Esta entrevista (Anexo I) se elaboró por el equipo terapéutico de la Asociación Proyecto hombre y fue objeto de diferentes correcciones, se completó con una base de datos para el procesamiento de la información. Se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel educativo, empleo, registros legales) y variables clínicamente relevantes (sustancias consumidas, historia familiar de consumo, tipo de sustancia de consumo principal, años de consumo, número de tratamientos previos).

4.3.1. EUROPASI

Para evaluar las áreas problemáticas sobre las que interviene el tratamiento se utilizó el EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995) es la versión europea del Addiction Severity Index (ASI), (McLellan et al., 1980), utilizándose para este estudio la versión española de Bobes, et al. (1996). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada heteroaplicada con un total de 159 ítems, ampliamente empleada para la evaluación y diagnóstico de pacientes en el ingreso de programas de tratamiento. Este instrumento, aplicado en varias fases del tratamiento, permite analizar los cambios en las diferentes áreas que evalúa. Explora siete áreas de especial relevancia para los problemas de adicción: salud física, empleo y recursos, consumo de alcohol y/o drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales y salud mental. Además de diferentes ítems para cada una de estas áreas, el instrumento arroja un índice de gravedad para cada una de ellas. Las puntuaciones van desde 0 (no hay problema) a 9 (problema extremo). Considerando que a partir de 4 ya se considera que el tratamiento puede estar indicado.

Todos los apartados comienzan con preguntas estructuradas y terminan realizando unas preguntas subjetivas sobre los problemas expuestos, su gravedad y su necesidad de tratamiento. Estas últimas preguntas de cada

apartado están relacionadas con la puntuación sobre la severidad y las responde el clínico a su propio juicio (VGE). La escala de severidad mide estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área según el clínico. El rango de la escala oscila de 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). La entrevista no aporta puntos de corte, la interpretación de los resultados se basa en la mayor o menor gravedad. Cada escala está basada en la historia de los síntomas, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Estos son los diferentes bloques de preguntas:

1. Situación médica: en este apartado encontramos 16 ítems referidos preguntas sobre si el usuario padece hepatitis, si se ha vacunado, si sufre VIH, cuantas veces estuvo hospitalizado, etc.
2. Empleo/soportes: consta de 26 ítems que abordan aspectos como: fuente de ingresos de la persona, nivel de formación académica, cuál era su profesión, deudas que ha contraído, etc.
3. Uso de alcohol y otras drogas: este apartado consta de 28 ítems. Recoge información sobre la edad a la que se empezó a consumir cada sustancia, cuánto tiempo la consumió a lo largo de su vida, y cuál fue la vía de administración principal. Además, incluye otras preguntas como: “¿Qué tratamientos ha realizado anteriormente? ¿Cuáles fueron los periodos de abstinencia?”
4. Situación legal: consta de 23 ítems que reflejan la realidad legal del paciente. Incluye preguntas sobre: si está en libertad condicional, antecedentes, meses de estancia en prisión y los tipos de delitos cometidos.
5. Historia familiar: En este apartado se pregunta con quien ha vivido el paciente, si con sus padres, solo, en que ciudad etc.
6. Relaciones familiares y sociales: consta de 26 ítems que incluyen preguntas referidas a las relaciones familiares, sobre si hubo abusos físicos, psíquicos o sexuales, e historia de otras relaciones
7. Estado psicopatológico: consta de 22 ítems que muestran la situación psicopatológica del/la usuario/a. Recoge datos sobre intentos de suicidio, periodos de ansiedad, depresión, etc. Cuantos ingresos tuvo en salud mental y tratamientos psicológicos recibidos.

4.3.2 MCMI III

El siguiente instrumento utilizado fue el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI III), (Millon et al., 2007), es un cuestionario clínico autoaplicado compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso). Es utilizado tanto en la práctica clínica como en investigación en el ámbito de las adicciones (Arteaga, et al., 2015; López-Goñi et al., 2015; Pedrero, 2003; Perea-Baena et al., 2009; Pérez et al., 2012; etc.). Además de cuatro índices modificadores (sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez), presenta 24 escalas divididas en cuatro bloques según el nivel de gravedad: once

patrones clínicos de personalidad (Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresiva, Compulsiva, Negativista y Autodestructiva), tres patrones patológicos graves de la personalidad (Esquizotípica, Límite y Paranoide), siete síndromes clínicos de gravedad moderada (Trastorno de ansiedad, Trastorno somatoforme, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, Trastorno por estrés postraumático) y otros tres síndromes de gravedad severa (Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante).

4.4 PROCEDIMIENTO

4.4.1 PROTOCOLO DE ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN

Todas las personas son entrevistadas por profesionales de la Psicología con experiencia en el campo de las adicciones. Al comienzo de la entrevista firman un contrato de confidencialidad y de consentimiento informado para la recogida de datos.

Esta evaluación se realizó en tres sesiones antes del inicio del tratamiento, en la llamada fases de entrevistas y diagnóstico. Esta fase supone un primer contacto en el que se realiza una primera evaluación y diagnóstico del perfil de gravedad de la adicción con el fin de poder derivar a la persona al programa de tratamiento más adecuado (programa residencial o ambulatorio). Este proceso se realiza a través de entrevistas individuales con el paciente y su familia y/o acompañante. El número de entrevistas puede ser variable según las características de la persona y el grado de consecución de los objetivos propuestos en esta fase, siendo no menos de tres, una o dos veces a la semana. En la primera de ellas se recogieron datos relacionados con las condiciones sociodemográficas y la conducta adictiva a través del EuropASI, en las siguientes sesiones se realizó el resto de cuestionarios del protocolo que consiste en una entrevista semiestructurada y el MMCI.

4.4.1.1 OBJETIVOS

1. Informar al paciente de los diferentes tratamientos que ofrece la Institución.
2. Realizar una evaluación que permita elaborar un protocolo de intervención y derivar al paciente al tratamiento más adecuado
3. Motivar al paciente para que inicie un tratamiento.
4. Iniciar proceso de abstinencia previo al ingreso en el tratamiento.

4.4.1.2 CRITERIOS DE INCLUSION

1. Cumplir con los criterios para el diagnóstico de trastorno de dependencia de sustancias de acuerdo al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)
2. Tener entre 18 y 65 años.
3. Realizar tres sesiones de entrevista inicial
5. Haber cumplimentado los cuestionarios.

4.4.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padecer enfermedades infecciosas en fase aguda.
- Presentar minusvalía física que imposibilite al paciente su autonomía.
- Presentar un trastorno psíquico severo que le imposibilite la integración en el programa

4.5 ANALISIS ESTADISTICO

Se han realizado análisis descriptivos para todas las variables calculando la distribución de frecuencias y porcentajes, además de los cálculos de medias y desviaciones típicas.

Para comparar y determinar si las diferencias entre hombre y mujeres son estadísticamente significativas, se ha utilizado la Chi-Cuadrado de Pearson o el Test Exacto de Fisher en función de la distribución de prevalencias de las variables. Para variables continuas se han utilizado tanto pruebas paramétricas (*t* de Student) como no paramétricas (*U* Mann de Whithney), en función de si dichas variables se adecuaban o no a la distribución normal (K-S Kolmogórov-Smirnov). Considerándose diferencias estadísticamente significativas cuando $p < .05$. Para el cálculo del tamaño del efecto de las pruebas no paramétricas, calculamos *r* ($r = Z/\sqrt{N}$) según el procedimiento descrito por Rosenthal (1991) para las pruebas no paramétricas, y *G* de Heghes para las pruebas *t* con grupos no equivalentes. Todos los datos estadísticos se han realizado a través del paquete estadístico SPSS v.18.0.

4.6 RESULTADOS

4.6.1 RESULTADOS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y DE CONSUMO: Datos del EuropASI:

La sustancia que más motivó el inicio del tratamiento fue principalmente la cocaína, con un 37.7% de pacientes que demandaron tratamiento. La edad media del inicio al consumo se situó a los 20.41% años (*DT* = 8.094). Son 14.11 años de media (*DT* = 8.943) lo que se tarda en solicitar ayuda desde el inicio del consumo.

La media de edad de los hombres (tabla 1) que acceden a tratamiento (38.44 años / *DT* = 8.913) fue menor que la de las mujeres (41.46 años / *DT* = 10.222) ($t(26.06) = -2.11, p < .05$). Aunque el porcentaje de casados fue igual tanto para hombres como para mujeres, el porcentaje de mujeres separadas o viudas fue sensiblemente superior (40% de las mujeres frente al 20.87% de los hombres). No existen diferencias estadísticamente significativas entre el género y el nivel de estudios, pues la mayoría son usuarios sin estudios (67.18%).

En referencia a la sustancia que motivaba el tratamiento, para los hombres fue la cocaína (37.9%), y el alcohol (42.3%) para las mujeres. Por otro lado, la edad media de inicio al consumo de la sustancia que llevó a solicitar ayuda en hombres se sitúa en 19.45 ($DT = 6.943$), tardando una media 14.11 años ($DT = 8.943$) en solicitar ayuda desde el inicio de su consumo. Para las mujeres, la edad de inicio de consumo fue sensiblemente superior ($M = 24.57$ años; $DT = 11.139$ años), tardando en iniciar tratamiento una media de 11.39 años ($DT = 8.349$), sin diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4. Comparación de variables sociodemográficas y de consumo.

	Total ($n = 142$)	Hombre ($n = 116$)	Mujeres ($n = 26$)	t (gl)	p
Edad	Media (DT) 38.99 (9.203)	Media (DT) 38.44 (8.913)	Media (DT) 41.46 (10.222)	-2.11 (26.06)	.045*
Tiempo de consumo	Media (DT) 14.11 (8.943)	Media (DT) 14.74 (8.998)	Media (DT) 11.39 (8.349)	1.627 (121)	.106
Edad Inicio Consumo	Media (DT) 20.41 (8.094)	Media (DT) 19.45 (6.943)	Media (DT) 24.57 (11.139)	-1.520 (140)	.131
Estado Civil	%	%	%	X^2 (gl) 4.444 (2)	.108
Casado	20%	20%	20%		
Soltero	55.71%	59.13%	40%		
Separado/viudo	24.29%	20.87%	40%		
Nivel de Estudios				-	-
Sin estudios	67.18%	69.81%	56%		
Primarios	8.4%	7.55%	12%		
Secundarios	18.32%	18.87%	16%		
Universitarios	6.11%	3.77%	16%		
Ingresos Previos	18.4%	19%	16%	0.120 (1)	1
Medicación problemas psicológicos	48%	49.18%	53.8%		
Substancia que motiva el tratamiento				8.636(2)	.013*
Alcohol	21.8%	17.2%	42.3%		
Cocaína	37.7%	37.9%	34.6%		
Otras	40.8%	44.8%	23.1%		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Con respecto al estado de salud (tabla 2), se observó que las mujeres tienen puntuaciones superiores que los hombres en todas las variables medidas. Así un 33.6% de las mujeres presentó problemas médicos crónicos (un 22.9% en los hombres), un 12.3% de las mujeres presentó hepatitis (un 8.6% de los hombres). Recibían pensión por diversidad funcional un 9.8% de las mujeres frente a un 3.8% de los hombres. Por último, han recibido

tratamiento en el último mes un 44.3% de las mujeres frente al 30.5% de los hombres.

Tabla 5. Estado de Salud

	Total (n = 142)	Hombres (n = 116)	Mujeres (n = 26)
	%	%	%
Problemas Crónicos	23%	22.9%	33.6%
Hepatitis	8.6%	8.6%	12.3%
Pensión por diversidad funcional física	4.3	3.8%	9.8%
Tto Médico último mes	30.6%	30.5%	44.3%

En cuanto a familia y relaciones sociales (tabla 3) se observó que en la variable convivencia habitual en los últimos tres años, el 24.7% de los hombres viven con la pareja e hijos, seguido de con los padres en un 22.3% y de la pareja en un 17%. Las mujeres viven con la pareja e hijos en un 19.7%, seguido de con los hijos en un 17.2% y solas en un 12.3%.

Se observa que el 10.7% de las mujeres conviven con alguien que presenta problemas de alcohol frente a 5.1% de los hombres. De la misma forma el 8.25 de las mujeres conviven con alguien con problemas de consumo de sustancias, mientras que en el caso de los hombres es un 5%.

En cuanto relaciones en el tiempo libre (tabla 3) tanto hombres como mujeres lo pasan sobretodo con familiares sin problemas de consumo, siendo mayor la puntuación en hombres que en mujeres (66% y 58.2% respectivamente), seguido de solos, en este caso las mujeres pasan más tiempo libre solas que los hombres (21.3% y 17.7% respectivamente). El 61.1% de los hombres tiene amigos íntimos frente al 57.4% de las mujeres.

Tabla 6. Familia y Relaciones Sociales

	Total (n = 142)	Hombres (n = 116)	Mujeres (n = 26)
	%	%	%
Convivencia Habitual últimos 3 años			
Pareja e Hijos	22.8%	24.7%	19.7%
Pareja	15.6%	17%	12.3%
Hijos	2.6%	.6%	17.2%
Padres	19.9%	22.3%	12.3%
Familia	8.7%	9.4%	7.4%
Amigos	1.1%	1.1%	1.6%
Solo	8.8%	8.8%	12.3%
Medio Protegido	1.9%	2.3%	-
No Estable	.5%	.6%	-
Convive con alguien	5.6%	5.1%	10.7%

con problemas de OH				
Convive con alguien				
con problemas de	5.2%	5%	8.2%	
Sustancias psicoactivas				
Tiempo libre con...				
Amigos con				
problemas de	5.8%	6%	6.6%	
consumo				
Amigos sin				
problemas de	7%	7.2%	8.2%	
consumo				
Familia con				
problemas de	3.2%	3.1%	5.7%	
consumo				
Familia sin				
problemas de	61.6%	66%	58.2%	
consumo				
Solo	17.3%	17.7%	21.3%	
Tiene amigos íntimos	57.5%	61.1%	57.4%	

En conclusión, los hombres acceden antes a los tratamientos, hay más mujeres separadas o viudas. Los hombres acceden a los tratamientos pidiendo ayuda por consumo de cocaína, mientras que las mujeres lo hacen más por consumo de alcohol. Los hombres inician antes el consumo y tardan más en solicitar ayuda, que las mujeres. Las mujeres presentan un estado de salud más deteriorado que los hombres, tienen más enfermedades crónicas y han recibido más tratamientos médicos en el último mes. Viven con los hijos o solas en mayor proporción que los hombres, conviven en mayor proporción con personas que tienen problemas de alcohol y consumo de sustancias que los hombres y pasan más tiempo libre a solas. Los hombres dicen tener más amigos íntimos que ellas.

4.6.2 RESULTADOS VARIABLES PSICOPATOLOGICAS

En cuanto a la prevalencia de sintomatología (tabla 4), según los resultados obtenidos a través del cuestionario MCMI - III, en sintomatología leve (PREV > 74), se encontró que el 79% de los usuarios presentó puntuaciones que sugieren la presencia de indicadores clínicos de trastorno de personalidad (80.8% de las mujeres por el 66.4% de los hombres). Al aplicar el criterio más restrictivo (PREV > 84) la tasa de trastornos de personalidad sería del 31.7% (34.6% para las mujeres y 31% para los hombres) (ver tabla 2).

El trastorno de personalidad más frecuente entre la población evaluada, fue el trastorno antisocial de la personalidad en un 30.3%, seguido del trastorno depresivo en 12.7% y el narcisista y dependiente en un 7.7% en ambos casos.

Estos dos últimos trastornos están muy determinados por la variable género como se expone más adelante. De los trastornos de personalidad más graves, el más prevalente es el trastorno paranoide de la personalidad, en un 10.6%, seguido del trastorno límite 4.9%, siendo el menos frecuente el Esquizotípico con un 2.1%.

Cuando se cruzan trastornos de personalidad y género, se encuentra diferencias significativas para el patrón dependiente ($\chi^2 = 16.378(1) p < .001$), muy superior en mujeres (26.9%) que en hombres (3.4%). En la misma línea que para el patrón depresivo (23.1% mujeres por el 10.3% de hombres), compulsivo (11.5% mujeres, 3.4% hombres), evitativo (11.5% mujeres, 6% hombres) y autodestructivo (7.7% mujeres, 2.6% hombres), sin que sean estadísticamente significativas estas diferencias. Por otro lado, aunque también sin diferencias significativas, ese encontró mayor prevalencia en hombres para los trastornos de personalidad esquizoide (5.2% hombres, 0% mujeres), narcisista (9.5% hombres, 0% mujeres) y antisocial (31% hombres, 26.9% mujeres). De los trastornos de personalidad categorizados como graves, no se observan diferencias significativas, aunque se encontraron puntuaciones más altas en mujeres que en hombres para el trastorno paranoide (10.3% hombres, 11.5% mujeres), limite (4.3% hombres, 7.7 mujeres) yesquizotípico (1.7% hombres, 3.8% mujeres). Estos datos indican mayor gravedad psicopatológica en mujeres que en hombres con problemas de adicción cuando llegan a pedir ayuda a los centros.

Respecto a los síndromes clínicos que acompañaban al trastorno por uso de sustancias los más prevalentes son el trastorno bipolar (23.2%) y trastorno distímico (20.4%). Entre los más graves encontramos la mayor puntuación en trastorno del pensamiento (35.9%) seguido del trastorno delirante (21.8%) y depresión mayor (13.4%).

En cuanto a las diferencias de género, las mujeres presentan prevalencias superiores y las diferencias son estadísticamente significativas en somatomorfo (15.4% mujeres, 0.9% hombres), bipolar (30.8% mujeres, 21.6% hombres), distímico (46.2% mujeres, 14.7% hombres), estrés postraumático (11.5% mujeres, 1.7% hombres) y depresión mayor (26.9% mujeres, 10.9% hombres). Los hombres presentan más prevalencia en trastorno del pensamiento (42.2% hombres, 7.7% mujeres) y dependencia de sustancias (86.2% hombres, 53.8% mujeres). Cuando atendemos a los datos descriptivos (tabla 3), las puntuaciones más altas, las encontramos en las escalas de dependencia de sustancias y dependencia de alcohol. Se superan en ambos casos los puntos de corte establecidos como criterio en el MCMI-III, siendo las mujeres las que presentan mayor gravedad en la dependencia del alcohol (80.65 mujeres, 74.53 hombres). Los hombres presentan puntuaciones más altas en la dependencia de sustancias (87.34 hombre, 77.40 mujeres).

	Prev> 74 <85		Prev> 85		Prev> 74 (Total)			χ^2 (gl)
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Patrones clínicos de la personalidad								
Esquizoide	5 (4)	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	6 (5.2)	0 (0)	6 (4.2)	1.404 (1) 0.592
Evitativo	7 (6)	3 (11.5)	0 (0)	0 (0)	7 (6)	3 (11.5)	10 (7)	0.983 (1) 0.391
Depresivo	9 (7.8)	4 (15.4)	3 (2.6)	2 (7.7)	12 (10.3)	6 (23.1)	18 (12.7)	3.110 (1) 0.101
Dependiente	1 (0.9)	3 (11.5)	3 (2.6)	4 (15.4)	4 (3.4)	7 (26.9)	11 (7.7)	16.378*** (1) 0.001
Histriónico	2 (1.7)	1 (3.8)	3 (2.6)	0 (0)	5 (4.3)	1 (3.8)	6 (4.2)	0.011 (1) 1
Narcisista	6 (5.2)	0 (0)	5 (4.03)	0 (0)	11 (9.5)	0 (0)	11 (7.7)	2.673 (1) .216
Antisocial	23 (19.8)	3 (11.5)	13 (11.2)	4 (15.4)	36 (31)	7 (26.9)	43 (30.3)	0.170(1) .680
Agresivo (sádico)	0 (0)	1 (3.8)	5 (4.3)	1 (3.8)	5 (4.3)	2 (7.7)	7 (4.9)	0.518 (1) .612
Compulsivo	3 (2.6)	3 (11.5)	1 (0.9)	0 (0)	4 (3.4)	3 (11.5)	7 (4.9)	2.966 (1) .115
Negativista (pasivo-agresivo)	4 (3.4)	0 (0)	4 (3.4)	1 (3.8)	8 (6.9)	1 (3.8)	9 (6.3)	0.333(1) 1
Autodestructivo	0 (0)	2 (7.7)	3 (2.6)	0 (0)	3 (2.6)	2 (7.7)	5 (3.5)	1.630 (1) .227
Patología grave de la personalidad								
Esquizotípica	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.9)	1 (3.8)	2 (1.7)	1 (3.8)	3 (2.1)	0.462(1) .457
Límite	4 (3.4)	0 (0)	1 (0.9)	2 (7.7)	5 (4.3)	2 (7.7)	7 (4.9)	0.518(1) .612
Paranoide	10 (8.6)	1 (3.8)	2 (1.7)	2 (7.7)	12 (10.3)	3 (11.5)	15 (10.6)	0.032(1) 1
Síndromes Clínicos								
T. Ansiedad	30 (25.9)	2 (7.7)	40 (34.5)	18 (69.2)	70 (60.3)	20 (76.9)	90 (63.4)	10.984(2) .004** 2,515(1),113
T. Somatomorfo	1 (0.9)	3 (11.5)	0 (0)	1 (3.8)	1 (0.9)	4 (15.4)	5 (3.5)	13.186(1) .004**
T. Bipolar	16 (13.8)	5 (19.2)	9 (7.8)	3 (11.5)	25 (21.6)	8 (30.8)	33 (23.2)	1.012(1) .315
T. Distímico	10 (8.6)	5 (19.2)	7 (6)	7 (26.9)	17 (14.7)	12 (46.2)	29 (20.4)	12.967(1)** * .000
Dep. de alcohol	29 (25)	4 (15.4)	24 (20.7)	14 (53.8)	53 (45.7)	18 (69.2)	71 (50)	4.708(1) * .030
Dep. de sustancias	32 (27.6)	6 (23.1)	68 (58.6)	8 (30.8)	100 (86.2)	14 (53.8)	114 (80.3)	14.051(1)** * .000
TEPT	1 (0.9)	1 (3.8)	1 (0.9)	2 (7.7)	2 (1.7)	3 (11.5)	5 (3.5)	6.022(1) .043*

Síndromes Clínicos Graves

T. del pensamiento	28 (24.1)	0 (0)	21 (18.1)	2 (7.7)	49 (42.2)	2 (7.7)	51 (35.9)	11.015 (1) ^{***} .001
Depresión mayor	9 (7.8)	4 (15.4)	3 (2.6)	3 (11.5)	12 (10.3)	7 (26.9)	19 (13.4)	5.037(1) *.049
T.Delirante	21 (18.1)	4 (15.4)	3 (2.6)	3 (11.5)	24 (20.7)	7 (26.9)	31 (21.8)	0.484(1) .487

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Como conclusión, se observa que, en los síndromes clínicos y a excepción de la dependencia de sustancias (U_{MW} 814.5, $p < .001$) y trastorno del pensamiento (U_{MW} 1058, $p < .05$) donde los hombres obtienen mayores puntuaciones, las mujeres presentan mayor gravedad de sintomatología para las restantes escalas. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas para el trastorno de ansiedad (U_{MW} 998 $p < .05$), trastorno somatomorfo (U_{MW} 965.5, $p < .01$) y trastorno distímico (U_{MW} 921.5, $p < .01$).

En referencia a los trastornos de personalidad, el que alcanza puntuaciones más altas es el patrón antisocial, alto en ambos sexos, aunque mayor en hombres (72.09 hombres, 68.46 mujeres). Hay diferencias entre sexos para dos patrones, presentando las mujeres mayores puntuaciones para el patrón dependiente (U_{MW} 957, $p < .01$), y los hombres para el patrón narcisista (U_{MW} 853.5, $p < .001$).

Tabla 8. Diferencias de Medias en las escalas del MCMI-III

	Rango	Media (DT)			gl	t de Student/ U-Mann de Whitney (p)	G de Heghes / r
		Hombre	Mujer	Total			
Patrones clínicos de la personalidad							
Esquizoide	(0-99)	51.52 (18.152)	54.19 (14.838)	52.02 (17.561)	137	t -.698 (.487)	$G_H.02$
Evitativo	(0-95)	52.25 (19.301)	54.65 (24.524)	52.70 (20.302)	137	t -.513 (.588)	$G_H.01$
Depresivo	(0-81)	55.23 (19.888)	56.62 (23.444)	55.49 (20.515)	137	t -.309 (.757)	$G_H.01$
Dependiente	(0-104)	53.54 (18.193)	62.04 (23.692)	55.13 (19.529)	137	$UMW957$ (.006)**	r -.23
Histriónico	(0-85)	34.04 (20.167)	42.46 (23.658)	35.62 (21.032)	137	$UMW1118.5$ (.058)	r .16
Narcisista	(13-105)	59.17 (16.169)	44.04 (20.697)	56.34 (18.024)	137	$UMW853.5$ (.001)***	r ..28
Antisocial	(17-106)	72.09 (12.248)	68.46 (13.480)	71.41 (12.517)	137	t 1.336 (.184)	$G_H.03$
Agresivo (sádico)	(0-102)	60.83 (13.432)	55.31 (15.115)	59.80 (13.874)	137	t 1.846 (0.67)	$G_H.04$
Compulsivo	(0-93)	36.55 (17.011)	43.54 (22.066)	37.94 (18.175)	137	t -1.492 (.145)	$G_H.04$

Negativista (pasivo- agresivo)	(0-69)	56.58 (16.816)	50.23 (20.789)	55.40 (17.719)	137	t 1.659 (.099)	$G_H.04$
Autodestructivo	(0-67)	52.32 (14.535)	53.62 (13.206)	52.56 (14.259)	137	t -.417 (.677)	$G_H.01$
Patología grave de la personalidad							
Esquizotípica	(0-102)	49.92 (21.989)	50.00 (21.073)	49.93 (21.750)	137	t -.017 (.987)	$G_H.23$
Límite	(0-80)	61.20 (13.241)	60.35 (17.933)	61.04 (14.166)	137	t .277 (.782)	$G_H.38$
Paranoide	(0-104)	57.50 (21.156)	60 (18.095)	57.96 (20.595)	137	t -.547 (.585)	$G_H.03$
Síndromes Clínicos							
T. Ansiedad	(0-105)	71.81 (24.144)	79.58 (26.062)	73.28 (24.607)	137	UMW998 (.013)*	r -.21
T. Somatomorfo	(0-107)	41.18 (25.066)	52.46 (29.085)	43.29 (26.128)	137	UMW965.5 (.006)**	r -.23
T. bipolar	(10-93)	62.63 (18.551)	66.96 (18.235)	63.44 (18.504)	137	t -1.077 (.283)	$G_H.02$
T. distímico	(0-96)	55.58 (23.807)	69.50 (26.927)	58.18 (24.921)	137	UMW921.5 (.003)**	r -.25
Dep. Alcohol	(0-115)	74.53 (14.244)	80.65 (22.441)	75.68 (16.189)	137	UMW1031.5 (.021)*	r -.19
D. Sustancias	(54-110)	87.34 (13.590)	77.40 (16.803)	85.51 (14.684)	137	UMW814.5 (.001)***	r -.28
TEPT	(0-104)	51.99 (20.355)	59.5 (24.046)	53.33 (21.187)	137	t -1.562 (.121)	$G_H.22$
Síndromes Clínicos Graves							
T. Pensamiento	(0-108)	61.79 (27.451)	54.23 (24.443)	60.37 (26.992)	137	UMW1058 (.026)*	r -.19
Depresión mayor	(0-91)	48.63 (26.935)	56.15 (29.088)	50.04 (27.400)	137	t -1.265 (.208)	$G_H.03$
T. Delirante	(0-101)	61.13 (23.232)	61.31 (25.344)	61.17 (23.546)	137	t -.034 (.973)	$G_H.001$

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ESTUDIO EMPIRICO II: Eficacia del programa de intervención multimodal en población adicta.

Los resultados obtenidos en el primer estudio muestran el perfil sociodemográfico y psicopatológico de las personas que solicitan tratamiento por un problema de adicción. Con este segundo estudio se pretende conocer la evolución de los pacientes durante el tratamiento.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo es evaluar la eficacia del protocolo de intervención multicomponente de corte residencial en personas con trastorno grave por abuso de sustancia de un grupo de pacientes ($n = 166$) que estaban

participando en el Programa Base que se lleva a cabo la Fundación Solidaridad y Reinserción de Murcia.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar la evolución de las personas adictas en las diferentes áreas problemáticas (salud médica, problemas de empleo, problemas de alcohol y drogas ilegales, relaciones sociales y familiares y estado psicopatológico) medidas a través del EuropASI a los 6 meses de tratamiento.

2. Evaluar la evolución de los pacientes en las diferentes áreas problemáticas (salud médica, problemas de empleo, problemas de alcohol y drogas ilegales, relaciones sociales y familiares y estado psicopatológico) medidas a través del EuropASI a los 12 meses, final del tratamiento.

3. Analizar la asociación entre el sexo, el tipo de finalización, y el número de tratamientos con la severidad de la adicción y otros problemas asociados.

Estos datos ayudaran a proponer mejoras de tratamiento en función de los resultados y conclusiones a las que se han ido llegando.

6. HIPOTESIS

Se espera que los usuarios que realizan el tratamiento residencial obtengan una mejoría de los resultados en las variables estudiadas.

6.1 Hipótesis1: Se encontraran diferencias significativas en las distintas áreas problemáticas (salud médica, problemas de empleo, problemas de alcohol y drogas ilegales, relaciones sociales y familiares y estado psicopatológico), medidas a través del EuropASI entre el primer mes y a los 6 meses de tratamiento.

6.2 Hipótesis 2: Se encontraran diferencias significativas en las distintas áreas problemáticas (salud médica, problemas de empleo, problemas de alcohol y drogas ilegales, relaciones sociales y familiares y estado psicopatológico), medidas a través del EuropASI,entre los 6 meses y los 12 meses de tratamiento.

6.3 Hipótesis 3: Se hallarán diferencias significativas en las distintas áreas problemáticas evaluadas entre hombres y mujeres a los 6 y a los 12 meses de tratamiento.

6.4 Hipótesis4: El perfil socioeconómico y de consumo de las personas que abandonan el tratamiento presentará diferencias (peores condiciones) que el de los usuarios que lo finalicen.

6.5 Hipótesis5: Se encontrarán diferencias significativas en el perfil psicopatológico entre los pacientes que acaban el tratamiento y los que lo abandonan, con más alteraciones psicopatológicas en los que abandonen.

7. METODO

7.1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra para este estudio fue extraída de los 322 casos atendidos en el programa base de la Fundación Solidaridad y Reinserción (Proyecto Hombre Murcia) entre enero del 2017 y enero del 2019. Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

- Que los usuarios seleccionados no hubiesen sido derivados de otro itinerario de tratamiento por trastorno de consumo de sustancias en los últimos 6 meses.
- Que participaran en el programa de forma voluntaria.

Al aplicar estos criterios la muestra seleccionada fue de 166 participantes (51.55% de la población inicial). La edad media de las personas en tratamiento fue de 40.17 años y un 22.3% eran mujeres.

Los días de consumo de las distintas sustancias fueron medidas por autoinforme, y confirmadas por pruebas de orina a cada persona en tratamiento, tomadas aleatoriamente a lo largo del proceso terapéutico.

7.2. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron:

Para conocer las variables sociodemográficas, se recogió la información sobre el estado de los usuarios a través de una entrevista semiestructurada de registro, desarrollada para este trabajo y descrita en el anterior apartado.

La evaluación de las áreas problemáticas sobre las que se interviene en el tratamiento (salud médica, problemas de empleo, problemas de alcohol y drogas ilegales, relaciones sociales y familiares y estado psicopatológico) se utilizó el EuropASI, descrito ya en el anterior apartado.

7.3. PROCEDIMIENTO

Previo al inicio del tratamiento, se realiza la entrevista semiestructurada al paciente y a su familia para recoger diferente información sobre su estado. También se cumplimenta el EuropASI. Posteriormente se vuelve a evaluar las áreas que mide el EuropASI a los 6 y a los 12 meses.

7.4. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

7.4.1 TIPOS DE PROGRAMAS

Los programas de tratamiento para las adicciones que se llevan a cabo en Proyecto Hombre Murcia están diseñados para dar una respuesta lo más individualizada posible a las diferentes demandas que llegan de la sociedad en materia de adicciones, y son los siguientes:

- Programa Base: programa semiresidencial dirigido a personas con una grave desestructuración personal, familiar, social y laboral.
- Programa Nocturno: programa ambulatorio para personas con mayor nivel de estructuración personal, familiar, social y que mantienen la actividad laboral.
- Programa Joven: Programa ambulatorio en horario de tarde dirigido a adolescentes y jóvenes de 12 a 22 años
- Programa Familiar: programa de orientación y apoyo para las familias que tienen un miembro en alguno de los tratamientos.
- Programa de Ludopatía: Programa transversal para personas que están realizando algún tratamiento y tienen el juego patológico como problemática a tratar, normalmente asociada a otras adicciones.
- Programa Mujer: programa transversal que atiende la especificidad de la problemática de la adicción en la mujer.
- Programa de prisión: dirigido a personas que estando en prisión y demandan atención para su problema de adicción.
- Juego de Llaves: programa de prevención universal en centros educativos.
- Rompecabezas: programa de prevención selectiva para adolescentes en situación de riesgo.

Tabla 9. Atendidos en 2021 PH Murcia

	Hombres	Mujeres	Totales
Atenciones en Programas de tratamiento 2021	426	46	472
Ambulatorio Intensivo	43	9	52
Nocturno	124	11	135
Programa Joven	84	10	94
Comunidad Terapéutica	90	11	101
Reinserción	28	0	28
Apoyo	57	5	62

7.4.2 OBJETIVOS

- Conseguir y mantener la abstinencia.
- Facilitar una inserción o normalización social, laboral y familiar.
- Promover un estilo de vida saludable, que facilite la autonomía personal.

Los pacientes acceden a este programa a través de:

- Derivación de la red asistencial Unidades de hospitalización, Centro de atención a drogodependencias (CAD), Centro de salud mental (CSM) y Unidad de desintoxicación
- Solicitud de cita directamente en Proyecto Hombre Murcia.

7.4.3 CRITERIOS DE INCLUSION

- Mayores de 18 años que presenten trastorno de adicción (según criterios DSM-5) y que voluntariamente hayan optado por el tratamiento en este centro.
- Ingresar en el centro previa desintoxicación realizada a través de hospitalización o de forma ambulatoria.

7.4.4. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Padecer enfermedades infecciosas en fase aguda.
- Presentar minusvalía física que imposibilite al paciente su autonomía.
- Presentar un trastorno psíquico severo que le imposibilite la integración en el programa

7.4.5 FASES DEL PROGRAMA

Este estudio se centra en evaluar la fase, llamada de Acogida y la de Comunidad Terapéutica que forman parte del llamado Programa Base, que ya se ha descrito.

7.4.5.1 ACOGIDA

La fase de Acogida tiene una duración media de 4 meses y la intervención se caracteriza por un trabajo grupal intensivo y apoyo individual. Los objetivos específicos son:

- Conocer y poner en práctica las técnicas e instrumentos terapéuticos que ofrece el programa.
- Identificar los factores de riesgo tanto internos como externos para el mantenimiento de la abstinencia.
- Desarrollar estrategias para afrontar el craving.
- Promover la adquisición de habilidades sociales, de comunicación y de expresión de emociones.

La intervención está centrada en el análisis de los diferentes factores que intervienen en la prevención de recaídas. En esta primera fase, los pacientes son divididos atendiendo a criterios terapéuticos accediendo a los tratamientos residenciales aquellos más graves y/ no tienen posibilidad permanecer en el hogar propio o familiar, o no cuentan con una persona de referencia como coterapeuta.

7.4.5.2 COMUNIDAD TERAPEUTICA

La segunda fase llamada Comunidad Terapéutica (CT), se realiza de forma residencial para todos los pacientes, formando una microsociedad en la cual, los residentes y el equipo, como instrumento facilitador, asumen roles y se rigen por unas reglas claras, diseñadas para facilitar la evolución personal de las personas que están en el tratamiento. La intervención es, por tanto, educativa-terapéutica, centrada en la terapia grupal y el apoyo terapéutico individual.

Los objetivos específicos son:

- Adquirir y desarrollar estrategias que eviten el EVA/recaída.
- Promover hábitos de vida saludable y socialmente responsables.
- Fomentar un adecuado desarrollo emocional.

El tratamiento en este programa se enfoca principalmente desde la terapia cognitiva-conductual, centrada en el desarrollo de habilidades sociales, el manejo de contingencias y la prevención de recaídas. Así como en otras corrientes psicológicas tales como Terapia sistémica y terapia Gestalt entre otras.

Además, contempla una línea de intervención dual, diseñada para personas que presentan de forma simultánea un trastorno psicopatológico y un problema de adicción y que por tanto, requieren de una adaptación individualizada del tratamiento. La intervención con estos pacientes está dirigida de forma especial a trabajar los siguientes aspectos:

- Favorecer la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, creando vínculos terapéuticos estables en un clima de confianza, a través de la convivencia basada en principios de psicoeducación.
- Establecer intervenciones adaptadas a cada situación, frente a normas rígidas.
- Diseñar planes individualizados ajustados a las necesidades.
- Establecer objetivos terapéuticos concretos, alcanzables a corto plazo para evitar la frustración y favorecer la motivación.
- Empoderar a la persona con trastorno por adicción y que asuma la responsabilidad en su proceso de cambio.

7.4.6 AREAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento en general, tanto en personas con patología dual como no dual, se organiza en tres áreas fundamentales: psicoterapéutica, educativa y de intervención familiar.

- Área Psicoterapéutica: El objetivo es conseguir que el paciente realice un cambio de pensamientos, sentimientos y conductas que le faciliten el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. Los bloques que se trabajan son:
 - Reestructuración cognitiva.
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Autorregulación/autocontrol
 - Reconocimiento y expresión emocional.
 - Reconstrucción de la identidad personal.
 - Reestructuración de valores
 - Prevención de recaídas
 - Psicoeducación
- Área educativa: Se trata de contribuir a la integración constructiva de la persona, mediante la asimilación de normas, la vivencia de valores, la adquisición de hábitos positivos y de habilidades para lograr el

crecimiento personal, facilitando a esta su reincorporación a la sociedad.
Los bloques que se tratan son:

- Integración funcional en el entorno
- Entrenamiento en resolución de conflictos
- Adquisición de conductas socialmente responsables
- Autocontrol
- Tiempo libre saludable
- Desarrollar estrategias necesarias para la inserción socio-laboral
- Área de intervención familiar: Se ofrece apoyo, orientación y asesoramiento a familias o acompañantes de los pacientes. Se entiende al sistema familiar como un elemento clave para la prevención de recaídas, por lo que se intenta integrarla en el proceso, siempre que es posible, como un factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar del paciente. Los temas a tratar son :
 - Apoyo, asesoramiento y orientación en las dificultades que van surgiendo en el proceso
 - Trabajo de motivación al cambio de la familia
 - Verificación de cómo va funcionando y evolucionando el familiar que está en tratamiento.
 - Entrenamiento en resolución de conflictos
 - Reconocimiento y gestión emocional.
 - Psicoeducación para familiares de pacientes duales.

7.4.7 COMPONENTES DEL PROGRAMA

Los instrumentos que se utilizan para realizar este tratamiento son:

Tabla 10. Instrumentos

Denominación	Descripción
CONTRATO TERAPEUTICO	Acuerdo entre usuario y terapeuta donde se fijan el marco y los criterios de la relación profesional a la que ambos se comprometen
PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)	<p>Instrumento en el que marcamos los objetivos a conseguir con el usuario en las distintas áreas de su vida y establecemos las intervenciones más adecuadas para la consecución de estos.</p> <p>El desarrollo de este plan se realiza en cuatro fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Evaluación y análisis de las necesidades de intervención. b) Planificación y diseño de los componentes del plan de acción. c) Ejecución de las acciones del plan propuesto.

		d) Evaluación de la acción y establecimiento de nuevos objetivos.
GRUPO PSICOTERAPIA	DE	Instrumento de trabajo grupal, centrado en el abordaje de problemas personales e interpersonales. El objetivo es dotar a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio. Aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual
MANEJO DE CONTINGENCIAS		Técnica que se centra en la ganancia de incentivos, como refuerzo positivo, canjeables por ausencia de consumos o la consecución de algún otro objetivo.
ENTREVISTAS INDIVIDUALES		Realizadas con el terapeuta de referencia. Se utilizará la entrevista motivacional. A través de esta técnica ayudaremos a nuestros usuarios a explorar y resolver ambivalencias del proceso y fortaleceremos su motivación al cambio.
ESTRUCTURA DE CT		Organización que facilita la convivencia, la interacción y la relación de los usuarios del programa, al mismo tiempo que favorece y organiza las responsabilidades individuales y grupales para el buen funcionamiento del centro. Se organiza a los miembros de la CT por áreas de trabajo (Cocina, administración, lavandería, mantenimiento, jardinería y limpieza.). Organización y distribución de los usuarios por niveles de responsabilidad (Trabajador, coordinador, coordinador de día).
GRUPO DE REVISION FAMILIAR		Grupo en el que se reúne la familia y el usuario con un profesional con el objetivo de analizar su proceso en el programa y adquirir compromisos de cambio.
GRUPO TERAPEUTICO DE PAREJA Y/O FAMILIA		Es un grupo que se convoca por decisión del terapeuta, o a petición del usuario o familiar, para aclarar situaciones o actitudes concernientes al entorno familiar que dificulta el desarrollo normal del proceso del usuario.
GRUPO DE ENCUENTRO		Espacio donde se reúnen todos los miembros de la Comunidad Terapéutica, con el fin de comunicar todo aquello que consideren pertinente sobre el funcionamiento de la CT, las relaciones entre los miembros y necesidades que surjan.
ANAMNESIS DE RECAÍDA		Análisis funcional de las conductas, pensamientos y emociones que han precipitado la recaída
TRABAJO DE RECONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD PERSONAL	DE	Grupo de autoconocimiento encaminado a revisar la psicobiografía del usuario con el fin de identificar la función que la adicción ha ocupado en la vida del usuario. Previo trabajo del usuario con su terapeuta
GRUPO PSICOEDUCACIÓN	DE	Informa acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del usuario. Permitiendo reinterpretar los síntomas, los pensamientos, ideas y creencias irracionales, distorsionadas con respecto al trastorno.
GRUPO DE RECONOCIMIENTO Y EXPRESION EMOCIONAL		Es un grupo orientado al desarrollo y mejora del área emocional identificando y gestionando sentimientos y emociones, tanto propios como del compañero. El trabajo se centra en el presente.
AUTORREGISTRO ANALISIS CONDUCTUAL	DE	Es una técnica en la que se pretende detectar aquellas conductas y actitudes que afectan el buen funcionamiento de la CT y que pueden aumentar el riesgo de recaída.

NORMAS	Son una serie de principios básicos que regulan la convivencia y que previenen el consumo.
PROGRAMACIÓN DE FIN DE SEMANA: SEMINARIOS Y TALLERES (MATRIX)	Consiste en la estructuración del tiempo, actividades, y objetivos marcados para el fin de semana, y su posterior auto-evaluación. Los seminarios y talleres son un instrumento terapéutico específico de trabajo a nivel cognitivo. A través de estas actividades se ofrece información y formación a los usuarios acerca de diversos temas de interés en su proceso personal.
TEST DETECCION DE DROGAS	Herramienta para el control del consumo de sustancias por parte de los usuarios. Se utilizará cuando el equipo profesional lo considere oportuno. Para la recogida de la muestra de orina y utilización del test se usaran siempre guantes de un solo uso y recipientes esterilizados para recoger la orina.

7.5. ANALISIS DE DATOS

En primer lugar, se obtuvieron estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos y las variables clínicas de la muestra. Para el análisis de la relación entre las características sociodemográficas y clínicas se llevaron a cabo comparaciones de medias independientes usando la *U* de Mann-Whitney. Para evaluar los resultados del programa se llevaron a cabo análisis de comparación de medias relacionadas por la prueba de rangos de Wilcoxon. El cálculo del tamaño del efecto de las pruebas no paramétricas, se calculó mediante ($r = Z/\sqrt{N}$) y según el procedimiento descrito por Rosenthal (1994), cuando no es posible cumplir los supuestos para calcular *d* de Cohen. Todos los análisis y tratamientos de datos fueron llevados a cabo a través del paquete estadístico SPSS 18.0.

Se ha realizado ahora el análisis de potencia, la diferencia entre el pretratamiento (basal) y el postratamiento (12 meses, en el consumo de sustancias fue de 3.4 (SD:2.83), el tamaño del efecto es igual a 1.2 (*d*), y para la muestra final la potencia es de 1.

8. RESULTADOS

8.1. RESULTADOS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, DE CONSUMO Y PSICOPATOLOGICAS

Al aplicar los criterios de inclusión, la muestra seleccionada fue de 166 participantes (51.55% de la población inicial, 322). La edad media de las personas en tratamiento fue de 40.17 años, la edad media de inicio del consumo de 26.37 años, con una media de años de consumo de 21.35.

Tabla 11. Medias de Edad, Edad de Inicio y Tiempo de Consumo.

Variable	<i>n</i>	Media (DT)
Edad (años)	156	40.17 (9.21)
Edad de Inicio (años)	141	26.37 (21.362)

Las mujeres incluidas en el estudio supusieron el 22.3%, mientras que los hombres un 77.7%. El 54.8% eran personas casadas, un 30.7% con estudios medios y sin problemas legales un 83.1%. Con respecto al patrón de empleo el 59.6 ha trabajado a tiempo completo, la principal fuente de ingresos fueron compañeros, familia o amigos un 27.7% seguido de empleo, 21.7%.

Tabla 12. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	N (%)	N Hombres (%)	N Mujeres (%)
Sexo			
Hombres	129 (77.7)	-	-
Mujeres	37 (22.3)	-	-
Estado Civil			
Casados/as	26 (15.7)	23 (17.8)	3 (8.1)
Viudos/as	1 (.6)	-	1 (2.7)
Divorciados/as	33 (19.9)	20 (15.5)	13 (35.1)
Solteros/as	91 (54.8)	74 (57.4)	17 (45.9)
Nivel de Estudios			
Básicos	28 (16.9)	22 (17.1)	6 (16.2)
Medios	51 (30.7)	40 (31)	11 (29.7)
Superiores	9 (5.4)	5 (3.9)	4 (10.8)
Situación Legal			
Con algún problema legal	28 (16.9)	24 (18.8)	4 (10.8)
Patrón de Empleo			
Tiempo Completo	99 (59.6)	80 (62)	19 (51.4)
Tiempo Parcial (regular)	15 (9)	8 (6.2)	7 (18.9)
Tiempo parcial (irregular, temporal)	11 (6.6)	10 (7.8)	1 (2.7)
Estudiante	4 (2.4)	3 (2.3)	1 (2.7)
Retirado/invalidez	6 (3.6)	4 (3.1)	2 (5.4)
Desempleo	8 (4.8)	6 (4.7)	2 (5.4)
Ambiente protegido	5 (3)	5 (3.9)	-
Fuente de Ingresos			
Empleo	36 (21.7)	27 (20.9)	9 (24.3)
Paro	12 (7.2)	10 (7.8)	2 (5.4)
Ayuda Social	5 (3)	4 (3.1)	1 (2.7)
Pensión o Seguridad Social	28 (16.9)	21 (16.3)	7 (18.9)
Compañeros, familia o amigos	46 (27.7)	35 (27.1)	11 (29.7)
Ilegal	1 (.6)	1 (.8)	-
Otras fuentes	8 (4.8)	5 (3.9)	3 (8.1)

De las 166 personas evaluadas al inicio del tratamiento un 42.8% abandonaron el tratamiento antes de su finalización, mientras que un 50% se mantuvieron hasta el final (Ver tabla 3).

La sustancia de consumo principal de la muestra es la cocaína (29.5%), seguido del consumo asociado de alcohol y drogas (22.9%) y el alcohol en solitario (16.3%). Un 38.6% manifestó haber recibido algún tratamiento previo

al actual. La edad media de inicio del consumo fue de 26.37 ($DT = 21.36$) y 21 años de consumo habitual. De forma adicional encontramos que un 92.8% de los usuarios referían alteración del pensamiento o ideación paranoide en el mes previo a la entrada en tratamiento.

Tabla 13. Variables de consumo y clínicamente relevantes.

Variable	<i>n</i>	%
Retención		
Alta Voluntaria	74	44.6
Alta Terapéutica	83	50
Expulsión	6	3.6
Derivación	2	1.2
Alta Forzosa	1	.6
Sustancia de Consumo Principal		
Alcohol	27	16.3
Heroína	10	6
Otros opiáceos/analgésicos	2	1.2
Benzodiacepinas y otros	2	1.2
Cocaína	49	29.5
Cannabis	8	4.8
Otros	2	1.2
Más de una sustancia diaria	3	1.8
Alcohol y drogas	38	22.9
Politoxicómano	4	2.4
Tratamientos Previos	64	38.6
Problemas psicológicos asociados		
Ánimo Deprimido	13	7.8
Ánimo Hostil	3	1.8
Ansiedad o nerviosismo	8	4.8
Alteración del pensamiento, ideación paranoide	154	92.8
Alteración atención o memoria	13	7.8
Ideación suicida	2	1.2

8.2. RESULTADOS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO AL INICIO, A LOS SEIS MESES Y A LOS 12 MESES

En el análisis longitudinal de los distintos momentos de evaluación que se dieron al inicio del tratamiento, y a los 6 meses se han encontrado datos relevantes sobre el efecto del tratamiento en la severidad de los problemas de los pacientes. Se han encontrado diferencias significativas entre las mediciones de evaluación al Inicio y a 6 meses en los índices Salud Física ($Z = 5.290$, $p < .001$, $r = .526$), de Problemas de Empleo ($Z = 4.033$, $p < .001$, $r = .401$), Uso de Alcohol ($Z = 5.778$, $p < .001$, $r = .575$), Uso de Drogas ($Z = 7.029$, $p < .001$, $r = .699$), Relaciones Sociales/Familiares ($Z = 4.873$, $p < .001$, $r = .485$), y Estado Psicopatológico ($Z = 5.853$, $p < .001$, $r = .582$) (Ver tabla 4).

Encontramos disminuciones similares en los índices de severidad al comparar la evaluación a los 6 meses con la de 12 meses, también en los índices Salud Física ($Z = 3.163$, $p < .001$, $r = .356$), Problemas de Empleo ($Z = 5.028$, $p < .000$, $r = .566$), Uso de Alcohol ($Z = 5.207$, $p < .000$, $r = .586$), Uso de Drogas ($Z = 6.797$, $p < .000$, $r = .511$), Relaciones Sociales/Familiares ($Z = 4.455$, $p < .000$, $r = .501$), y Estado Psicopatológico ($Z = 4.988$, $p < .000$, $r = .561$)(Ver tabla 4).

Los mayores efectos del tratamiento los encontramos al comparar las evaluaciones de Inicio y 12 meses, con diferencias significativas en los índices Salud Física ($Z = 5.091$, $p < .001$, $r = .566$), Problemas de Empleo ($Z = 5.369$, $p = .000$, $r = .597$), Uso de Alcohol ($Z = 6.735$, $p = .000$, $r = .748$), Uso de Drogas ($Z = 6.797$, $p = .000$, $r = .748$), Relaciones Sociales/Familiares ($Z = 4.873$, $p = .000$, $r = .631$), y Estado Psicopatológico ($Z = 4.988$, $p = .000$, $r = .702$)(Ver tabla 4).

Tabla 14. Diferencias entre las Evaluaciones de Inicio, 6 meses y 12 meses.

	Área	Medias (DT)	Z (p)	r	n
Inicio	Estado Médico	3.73 (2.848)	5.290 (.000**)	.526	101
6 meses		2.87 (2.509)			
Inicio	Problemas de Empleo	5.71 (3.043)	4.033 (.000**)	.401	101
6 meses		4.54 (2.917)			
Inicio	Uso de Alcohol	6.08 (2.989)	5.778 (.000**)	.575	101
6 meses		4.47 (2.352)			
Inicio	Uso de Drogas	7.11 (2.894)	7.029 (.000**)	.699	101
6 meses		5.01 (2.555)			
Inicio	Estatus Legal	2.14 (3.158)	.135 (.893)	.013	101
6 meses		2.10 (3.008)			
Inicio	Relaciones Sociales/Familiares	6.81 (2.114)	4.873 (.000**)	.485	101
6 meses		5.35 (1.802)			
Inicio	Estado Psicopatológico	6.8 (2.413)	5.853 (.000**)	.582	101
6 meses		5.19 (2.279)			
6 meses	Estado Médico	2.87 (2.509)	3,163 (.002**)	.356	79
12 meses		2.58			

		(2.246)			
6 meses	Problemas de Empleo	4.54	5,028 (.000**)	.566	79
		(2.917)			
12 meses		3.41			
		(2.524)			
6 meses	Uso de Alcohol	4.47	5,207 (.000**)	.586	79
		(2.352)			
12 meses		3.27			
		(2.191)			
6 meses	Uso de Drogas	5.01	4,538 (.000**)	.511	79
		(2.555)			
12 meses		3.56			
		(2.515)			
6 meses	Estatus Legal	2.10	1,245 (.213)	.140	79
		(3.008)			
12 meses		1.98			
		(2.603)			
6 meses	Relaciones Sociales/Familiares	5.35	4,455 (.000**)	.501	79
		(1.802)			
12 meses		4.41			
		(2.190)			
6 meses	Estado Psicopatológico	5.19	4,988 (.000**)	.561	79
		(2.279)			
12 meses		4.40			
		(2.225)			
6 meses	Estado Médico	2.87	5,091 (.000**)	.566	81
		(2.509)			
12 meses		2.58			
		(2.246)			
Inicio	Problemas de Empleo	4.54	5,369 (.000**)	.597	81
		(2.917)			
12 meses		3.41			
		(2.524)			
Inicio	Uso de Alcohol	4.47	6,735 (.000**)	.748	81
		(2.352)			
12 meses		3.27			
		(2.191)			
Inicio	Uso de Drogas	5.01	6,797 (.000**)	.748	81
		(2.555)			
12 meses		3.56			
		(2.515)			
12 meses		3.56			
		(2.515)			
Inicio	Estatus Legal	2.10	.698 (.485)	.077	81
		(3.008)			
12 meses		1.98			
		(2.603)			
Inicio	Relaciones Sociales/Familiares	5.35	5,677 (.000**)	.631	81
		(1.802)			
12 meses		4.41			
		(2.190)			
Inicio	Estado Psicopatológico	5.19	6,315 (.000**)	.702	81

	(2.279)
12 meses	4.40
	(2.225)

**=p < .01

Se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en varios de los índices de severidad del EuropASI (ver tabla 5). Observando una mayor severidad de problemas entre las mujeres en el índice Salud Física ($U_{MW} = 1667.5$; $p = .005$; $r = .29$), de Relaciones Sociales/Familiares ($U_{MW} = 1762.0$; $p = .014$; $r = .19$), y Estado Psicopatológico ($U_{MW} = 1756.0$, $p = .012$, $r = .19$), y una mayor severidad del grupo de hombres en Uso de Drogas ($U_{MW} = 1876.0$; $p = .035$; $r = .16$), y Estatus Legal ($U_{MW} = 1903.0$; $p = .039$; $r = .16$).

Tabla 15. Diferencias por sexo.

	Área	Medias (DT)	U-Mann de Whitney (p)	r	n (%)
Hombres	Estatus Médico	3.41 (2.732)	1667.5 (.005**)	.29	129 (77.7%)
Mujeres		4.86 (2.992)			37 (22.3%)
Hombres	Uso de Drogas	7.44 (2.546)	1876.0 (.035*)	.16	129 (77.7%)
Mujeres		5.95 (3.681)			37 (22.3%)
Hombres	Estatus Legal	2.36 (3.243)	1903.0 (.039*)	.16	129 (77.7%)
Mujeres		1.35 (2.741)			37 (22.3%)
Hombres	Relaciones Sociales/Familiares	6.62 (2.137)	1762.0 (.014*)	.19	129 (77.7%)
Mujeres		7.49 (1.909)			37 (22.3%)
Hombres	Estado Psicopatológico	6.54 (2.559)	1756.0 (.012*)	.19	129 (77.7%)
Mujeres		7.70 (1.525)			37 (22.3%)

*=p < .05, **=p < .01

Al analizar las diferencias encontradas en el momento de entrada en los perfiles de las personas que finalizaron el tratamiento y aquellas que decidieron abandonarlo antes de su finalización se han obtenido diferencias en Relaciones Sociales/Familiares ($U_{MW} = 2349.5$; $p = .027$; $r = .18$) (ver tabla 6). Al comparar el grupo de personas que habían recibido tratamientos previamente con las que iniciaban tratamiento por primera vez se han encontrado diferencias significativas en Uso de Drogas a los 6 meses del tratamiento ($U_{MW} = 934.50$; $p = .034$; $r = .21$) y a los 12 meses ($U_{MW} = 529.00$; $p = .011$; $r = .28$), pero no en el inicio.

Tabla 16. Diferencias por número de tratamientos previos, y tipo de alta.

	Área	Medias (DT)	U-Mann de Whitney (p)	r	n (%)	
No	Ttos	Uso de Drogas	6.95 (2.973)	3070.00 (.493)	.05	102

previos	(Inicio)					(61.5%)
Ttos			7.36 (2.768)			64 (38.5%)
previos						
No	Ttos	Uso de Drogas	4.59 (2.520)	934.50 (.034*)	.21	59 (58.4%)
previos		(6 meses)				
Ttos			5.60 (2.519)			42 (41.6%)
previos						
No	Ttos	Uso de Drogas	2.98 (2.338)	529.00 (.011*)	.28	48 (59.3%)
previos		(12 meses)				
Ttos			4.39 (2.768)			33 (40.7%)
previos						
Alta		Relaciones	7.10 (2.185)	2349.5 (.027*)	.18	71 (46.1%)
voluntaria		Sociales/Familiares				
Alta			4.86 (2.992)			83 (53.9%)
terapéutica						

*=p < .05

Respecto a la relación entre personas con medicación y sin ella, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de Medicación/No-Medicación para ninguno de los índices EuropASI en ninguno de los momentos de evaluación (Inicio, 6 meses, 12 meses), salvo para el índice de problemas legales en la evaluación de Inicio (UMW= 2456, p<.05, r= .17) y a los 12 meses (UMW=438.5, p<.05, r=.29), y el índice de problemas psicológicos a los 6 meses (UMW=709, p<.01, r= .29).

Se encontraron diferencias en el índice EuropASI de problemas psicológicos en la evaluación de Inicio (UMW=2372, p<.05, r= .16) entre aquellas personas que manifestaron problemas de concentración en el último mes y las que no, y en problemas legales a los 12 meses (UMW=435, p<.05, r= .29).

No se encontraron diferencias significativas para ninguno de los índices entre personas que experimentaban depresión severa y las que no. Tampoco para las que manifestaron ansiedad severa, o las personas que experimentaron conductas violentas.

Tabla 17.EuropASI y medicación

	Área		Medias (DT)	U-Mann de Whitney	r	n (%)
				(p)		
No_Med	Estatus	Legal	1.6 (2.685)	2456(.037*)	.17	71
	(Inicio)					(45.81%)
Med			2.51 (3.389)			84
						(54.19%)
No_Med	Estado		4.5 (2.325)	709 (.006**)	.29	48
	Psicopatológico					(52.17%)
Med	(6m)		5.84 (2.145)			44
						(47.83%)
No_Med	Estatus	Legal	2.28 (2.501)	438.5(.016*)	.29	40

	(12m)				(55.56%)
Med		1.16 (2.245)			32 (44.44%)
No_Prob	Estado	6.21 (2.601)	1762.0 (.014*)	.16	92 (59.36%)
	Psicopatológico				
Prob_Con	(Inicio)	7.12 (2.329)			63 (40.64%)
No_Prob	Estatus	Legal	1.71 (2.44)	435(.013*)	.29 39 (54.17%)
	(12m)				
Prob_Con			1.81 (2.464)		33 (45.83%)

*=p<.05, **=p<.01

DISCUSION

El objetivo del primer estudio fue conocer cuáles eran las características sociodemográficas y psicopatológicas de pacientes que presenta un problema de adicción y acuden a un programa de tratamiento en un servicio socio-sanitario de Murcia, así como las características específicas en hombres y mujeres en una serie de variables sociodemográficas y psicológicas mediante el EuropASI.

Como resultado de ese estudio, el perfil de la persona que acude a tratamiento a PH Murcia, es un hombre (81.69%), con una edad media de 39 años, soltero (55.71%) y sin estudios (67.18%), consumidor de cocaína (37.7%) y alcohol (21.8%), que inició el consumo a los 20 años y que lleva consumiendo 14 años.

Este perfil es similar al obtenido por otros investigadores (Henderson et al., 2020; Malivert et al., 2012; Minozzi et al., 2016; Perry et al., 2019; Perry et al., 2020) y al que presentan las asociaciones que más usuarios han atendido en España, la Asociación Proyecto Hombre (2019) con 3.260 usuarios y la UNAD (2018), con 44787 usuarios de toda España y que ya exponemos al principio de este estudio en el apartado sobre características psicosociales de las personas con adicción que acuden a tratamiento. Resultados que se han ido repitiendo a lo largo de la última década en la literatura científica en España. López-Goñi, et al. (2012), obtenían un perfil de 80.5% de hombres, 37.6 años y 49.6% consumidores de cocaína. Por otro lado (López-Goñi et al., 2017) mostraban un 73.5% de hombres con una edad promedio de 36.4 años y consumo principal de cocaína 39.3% y Roncero, et al. (2016) presentaban un perfil en el que el 84% eran varones, con una edad media de 38.9 años y consumidores de cocaína un 36.9%. Perfil que ya mostraba el Plan Nacional sobre drogas 2009-2016 (2009), que informaba de mayor consumo de cocaína que de heroína.

Otro de los datos destacables es el escaso porcentaje de mujeres que acuden a solicitar tratamiento (18.31%), en consonancia con lo encontrado en otras investigaciones en población española, que suele incluir entre el 11% y 25% de mujeres como máximo (Asociación Proyecto Hombre, 2018; Fernández Del Río et al., 2011; García-Rodríguez et al., 2005; González-Romero et al., 2017; Iraurgi-Castillo et al., 2004; Pérez del Río, 2012; Perry et al., 2019; Rodríguez y Salgado, 2018; Roncero et al., 2016; Roos et al., 2019; UNAD 2018).

Otra variable en la que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas es la edad media con la que inician tratamiento (38.44 años para hombres y de 41.26 en las mujeres). Se aprecian diferencias notables en los años de consumo antes de iniciar el tratamiento (14.74 hombres/11.39 mujeres) y en la edad media de inicio al consumo de sustancia (19.45 hombres/24.57 mujeres), aunque no hay significación estadística. Ésta diferencia en la búsqueda de tratamiento y en los años de consumo coinciden con los datos aportados por otros estudios; Ávila y González (2007), en una muestra de 370 pacientes con adicción al alcohol, 325 hombres (87.8%) y 45 mujeres (12.2%), con una edad media de 42.83 y 44.60 años respectivamente, indicaron que las mujeres iniciaban el consumo significativamente más tarde que los hombres (19.61 y 16.90), tenían significativamente más edad cuando el patrón de consumo era problemático (30.93 y 24.68 años) y llevaban menos años de consumo (13.26 versus 17.85 años). El patrón se repite en los datos aportados por el informe de las adicciones de la UNAD (2018), donde el porcentaje de usuarios mayores de 45 años es superior en el grupo de las mujeres (24% mujeres, 22% hombres), tendencia que se invierte en los años de consumo antes del inicio del tratamiento, donde el porcentaje de hombres con más de 11 años de historia de consumo es del 40% por el 32% de las mujeres. Estos resultados también se observan en otras investigaciones (Schaefer et al., 2021; Shlosberg et al., 2019).

La sustancia principal que motiva el tratamiento en hombres y mujeres también es diferente, para ellos fue la cocaína en un 37.9% y en las mujeres fue el consumo de alcohol en un 42.3%. Estos datos coinciden con las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III donde las mujeres presentaron puntuaciones medias más altas para la dependencia de alcohol (80.65 mujeres, 74.53 hombres) mientras que los hombres presentaron mayores puntuaciones medias en la escala de gravedad en dependencia a sustancias (87.34 hombres, 77.40 mujeres). Blanco, et al. (2005), afirman que en sustancias como el alcohol y el tabaco el consumo es cuantitativamente mayor en la mujer, con drogas como la cocaína o el cannabis es el varón quien consume en mayor proporción, y tanto los datos aportados por el informe EDADES (2017), UNAD (2018) o por la Asociación de Proyecto Hombre (2019), inciden en que el alcohol es la sustancia por la que más mujeres inicia tratamiento, siendo la cocaína la que motiva más el inicio de tratamiento de los hombres. Además, en

las mujeres también se ha encontrado más psicopatología paranoide, ansioso/depresiva, de estrés postraumático y mayor deterioro cognitivo que en los hombres (Perry et al., 2019; Roos et al., 2019; Simonelli et al., 2017; Warren et al., 2020).

En cuanto al estado de salud entre el grupo de hombres y mujeres, la mujer presenta más problemas médicos crónicos (33.6%) mayor problemática hepática(12.3%) y ha recibido más tratamientos médicos en el último mes (44.3%).

Se observa que respecto a las relaciones familiares y sociales, las mujeres presentan más problemas que los hombres, viven en mayor proporción solas (12.3%) o con los hijos (17.2%), conviven más frecuentemente con personas con problemas de alcohol (10.7%) y consumo de sustancias (8%), pasan más su tiempo libre solas (1.3%) y dicen tener menos amigos íntimos, estos datos están en consonancia con lo encontrado en otras investigaciones como la de Perry et al. (2019) y Warren et al., (2020). Los resultados de esta investigación, ponen de manifiesto que las mujeres que llegan al tratamiento en PH vienen con una peor situación socio-familiar y tienen menos apoyo que los hombres. En este sentido la Asociación PH, en su Informe del Observatorio 2019 informaba de que las mujeres viven con sus hijos en mayor medida que los hombres (32,6% frente al 24.5%). Destacan las mujeres que viven solas con ellos, 11% frente al 0,9% de los hombres. Hay más mujeres (23,7%) que hombres (19,8%) conviviendo con alguien que consume alcohol y /u otras drogas, siendo esto un agravante en su proceso de recuperación

En el estudio antes mencionado de Ávila y González (2007) también confirma en parte los resultados obtenidos en nuestro estudio, tal y como dice el autor la historia de consumo en la mujer es más corta y con una afectación somática y sociofamiliar parecida o más severa que los hombres. Fernández-Montalvo, et al. (2014), afirmó en su estudio con una muestra de 195 pacientes con problemas de adicción (95 mujeres y 100 hombres), que las mujeres experimentaron impactos más severos en las áreas médica, social-familiar y psiquiátrica. Por el contrario, los hombres tenían problemas legales más severos que las mujeres. En una revisión, donde se revisaron 40 estudios que contenían información sobre diferencias de género en pacientes duales mayores de 18 años (Miquel et al., 2011), afirmaban que los resultados del ASI para problemas médicos fue diverso, algunos autores no encontraron diferencias de género (DiNitto et al., 2002), mientras que otros observaron más problemas en las mujeres ($M=3,55$ vs. $2,84$; $F=7.87$; $p<0,005$) (Mowbray et al., 1997).

Éste estudio indica que la presencia de psicopatología en la muestra analizada es bastante alta, el 79% presenta puntuaciones con indicadores clínicos de trastornos de personalidad (80.8% de las mujeres por el 66.4% de los hombres). Aunque siguiendo el criterio más estricto, un 31.7% presenta al

menos un trastorno de personalidad grave (43.6% para las mujeres y 31% para los hombres).

Estos resultados coinciden con otros estudios, como los de Pedrero, et al. (2003) y Fernández Montalvo et al. (2014) que encontraron respectivamente un 83% y un 76.2% de consumidores con al menos un trastorno de personalidad. Craig (2000) obtenía un 91% de prevalencia de trastorno de personalidad comórbido en una muestra de 160 adictos a opiáceos y 283 adictos a la cocaína, mediante el MCMI II. Sin embargo, los resultados encontrados en esta tesis difieren de las prevalencias encontradas por otros investigadores, que rondan el 50% de usuarios con problemas de psicopatología (Araos et al., 2017; Arias et al., 2013; Daigre et al., 2019; Miovský et al., 2020; Simonelli et al., 2017; Szerman et al., 2011).

Este estudio encuentra una mayor presencia de psicopatología asociada al consumo en mujeres que en hombres, pero existe controversia acerca de si la patología dual es más frecuente en varones o en mujeres. En salud mental parece haber más hombres con patología dual que mujeres, mientras que en las unidades de drogodependencias se detecta lo contrario (Miquel et al. 2011; Roos et al., 2019). En España, un estudio realizado mayoritariamente en población atendida en unidades de drogodependencias observó que el 47.5% de las mujeres presentaba patología dual, por el 30.3% de los hombres (Gual, 2007). Mientras que Rodríguez-Jiménez, et al. (2008), en una muestra de 257 pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHPHG) en Madrid, encontraba que el 24.9% presentaban un trastorno por uso de sustancias concurrente a otro trastorno psicopatológico, de los cuales el 87.5% eran hombres frente a un 12.5% de mujeres.

En cuanto a los trastornos de personalidad más concomitantes con el consumo de sustancias, en éste estudio, atendiendo al criterio menos estricto pero significativo ($PREV > 74$), en primer lugar se encontró el trastorno antisocial de la personalidad, que lo presenta el 30.3%, seguido del paranoide (10.6%), narcisista (7.7%) y dependiente (7.7%). Estos datos son semejantes a los obtenidos en otros estudios (Dacosta-Sánchez et al., 2021; González-Romero et al., 2017; Papamalis, 2020; Ramírez-Castillo et al., 2019), por desarrollar algunos estudios en consonancia con estos resultados, Rodríguez y Salgado, (2018) encontraron un 42.5% de pacientes en ($n = 106$) con algún trastorno de personalidad, de los cuales el trastorno antisocial el más prevalente (25.5%), el paranoide (13.2%) y del narcisista (11.3%). Fernández-Montalvo et al. (2004) encontraron que el 42.86% de una muestra de 42 pacientes que acudieron en busca de tratamiento fueron diagnosticados de trastorno antisocial de personalidad, seguido del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (40.5%) y del trastorno narcisista de la personalidad (21.4%). Datos en la misma línea que los hallados por Skinstad y Swain (2001) y San-Molina (2004). Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres el patrón dependiente es el más alto en las primeras 5% de mujeres (26.9% frente a

3.4% en hombres) coincidiendo con los hallazgos de Pedrero, et al. (2003) (47.2% frente al 31.4%).

Entre los síndromes clínicos más frecuentes, además de la dependencia a sustancias y alcohol, es el trastorno por ansiedad, que fue diagnosticado en un 62.7%, siendo superior en mujeres (76.9%) que en hombres (59.5%). Este dato coincide con los estudios de Perry et al.(2019),Roos, et al.(2019), Ortiz-Tallo et al. (2011), Simonelli, et al.(2017); y Warren, et al.(2020). En el estudio de Ortiz-Tallo, et al. (2011) en población clínica ($n = 7011$) se encontró que el síndrome clínico más diagnosticado fue el de ansiedad, siendo también más frecuente en mujeres (53.74%) que en hombres (46.26%).También hay diferencias significativas en éste estudio en el trastorno somatomorfo (15.4% en mujeres frente al 0.9% en hombres), el trastorno distímico (46.2% frente al 13.8%), el trastorno de estrés postraumático(11.5% frente a 1.6%) y por ultimo depresión mayor (26.9% frente a 10.3%) a favor de las mujeres. Mientras que en el trastorno del pensamiento (41.4% frente a 7.7% en mujeres) es a favor de los hombres.

Con respecto a los objetivos del segundo estudio, habría que decir que la muestra evaluada es similar a las encontradas en otros artículos en el campo de las adicciones (Henderson et al., 2020; Malivert et al., 2012; Minozzi et al., 2016; Observatorio Proyecto Hombre, 2019; Perry et al., 2019; Perry et al., 2020), siendo común encontrar un alto porcentaje de hombres, consumidores de cocaína, alcohol y policonsumidores. La ratio de retención encontrada en este estudio coincide con otras investigaciones (Malivert et al., 2012, Minozzi et al., 2016; Perry et al., 2019).

Es importante señalar el alto porcentaje de usuarios que presentan problemas psicopatológicos, 92,8% síntomas de patología mental, un dato que se aleja mucho de los encontrados en otros estudios, que informan de prevalencias en torno al 50% (Araos et al., 2017; Arias et al., 2013; Daigre et al., 2019; Miovský et al., 2020; Simonelli et al., 2017; Szerman et al., 2011). Esta diferencia puede ser debida a que el ASI no es una herramienta diagnóstica y su área psicopatológica se limita simplemente a explorar y dar información sobre posibles problemas, es decir es una herramienta de screening, por ello es necesario tomar estos datos con cautela y explorar en próximos estudios esta área con pruebas diagnósticas estandarizadas que puedan estimar con mayor fiabilidad patología psicológica.

Los resultados más destacados del tratamiento se han encontrado al comparar la severidad de los problemas de los perfiles de inicio del tratamiento con los resultados a los 12 meses del mismo. Estos datos se corresponden con los encontrados por los estudios sobre la importancia del tiempo en tratamiento (Greenfield et al., 2004; Ormbostad et al., 2021; Teeson et al., 2007; Teeson et al., 2015; Turner y Deane, 2016; Zhang et al., 2002). En este estudio, además, se ha encontrado que la severidad de los problemas médicos y relacionados

con sustancias ilegales (EuropASI Médico y EuropASI Drogas), disminuyen con mayor intensidad en los primeros 6 meses del tratamiento.

Al contrario que la severidad de los problemas familiares/sociales y de empleo donde se observan mayores tamaños del efecto del tratamiento en los meses del 6 al 12. Esta disminución más pronunciada en la última etapa creemos que se debe a que, como bien señalan Mandellet al. (2015), Se suele esperar a que la severidad del consumo de alcohol y drogas se rebaje para empezar a trabajar el entrenamiento vocacional o los talleres de empleabilidad, y ocurre de la misma forma con los problemas de relación que se dan entre los usuarios y los miembros de sus familias (Malivert et al., 2012; Minozzi, et al., 2016; Perry et al., 2019).

Estos datos, sumados a que la única diferencia que encontramos entre aquellos que habían completado el tratamiento y los que no, fue la mayor severidad de problemas de índole familiar/social apoyan la necesidad de modalidades de tratamiento que incluyan intervenciones en este ámbito, y que estas se desarrollen desde el principio del mismo, ya que al demorarlos a etapas posteriores de la intervención puede generar cargas emocionales intensas en los usuarios que faciliten el abandono del tratamiento de forma prematura. Además de sumar al cuerpo de evidencias que señala que el nivel de integración social y familiar de la persona influye sobre la permanencia en el tratamiento (Broekaert, 2006; Mandell et al., 2015; Malivert et al., 2012; Perry et al., 2019; Schaefer et al., 2021; Warren et al., 2020).

No se han encontrado variaciones en los problemas de índole legal. Entendemos que esto es causado por la escasa severidad de los problemas legales que presenta la muestra recogida, pues otras modalidades de tratamiento en CT sí que han encontrado una reducción importante de estos problemas cuando se presentan entre poblaciones penitenciarias que presentaban altos niveles de problemas de esta índole (Messina et al., 2010; Perry et al., 2019; Welsh, 2007; Zhang et al., 2011).

Si existen diferencias importantes entre hombres y mujeres en el perfil de entrada en cuanto a la severidad de los problemas médicos, familiares, psicológicos, legales, y de dependencia a sustancias ilegales. Aunque por la escasa muestra de mujeres a la que tuvimos acceso es importante interpretar estos datos con cautela.

En este estudio hemos encontrado que aquellos pacientes con una historia de tratamientos previos obtienen peores resultados a los 6 meses y a los 12 en el índice de Uso de Drogas del EuropASI, correspondiéndose con los datos que señalan mejores resultados a menos episodios de tratamiento (Bruguera et al., 2020; Darke et al., 2005; Darke et al., 2007; Gossop et al., 1999).

En algunos estudios se comenta la dificultad de los perfiles con varios itinerarios fallidos de tratamiento a la espalda (Anglin et al., 1997; Darke et al.,

2005; Darke et al., 2007; Hser et al., 1999) y esto podría deberse a una mayor severidad en los perfiles de entrada, pero no hemos encontrado datos que apoyen esa relación, por lo que pensamos que debe de haber alguna variable mediadora que no se ha tenido en cuenta. Darke, et al. (2011) encontraron que aquellos usuarios que se habían mantenido durante más tiempo en un mismo itinerario de tratamiento obtenían mejores resultados, mientras que los que tenían una historia de tratamientos previos más larga, y con un tiempo en tratamiento similar o incluso mayor en algunos casos, obtenían resultados del tratamiento mucho peores.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Los estudios analizados y los datos aportados en nuestra primera investigación indican una alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas y alta comorbilidad (patología dual) en personas que presentan abusos de sustancias. También se observa que los hombres son los que más demandan atención y tratamiento superando en general el 80% de las muestras analizadas, por ello es muy importante analizar las condiciones sociales y clínicas de las mujeres que acuden a los servicios para adecuar los tratamientos.

Los datos aportados indican dos líneas de alteraciones diferentes los trastornos clínicos y los trastornos de personalidad, en este sentido el MCMI aporta diversas facetas de la patología y del deterioro funcional, y junto con el EuropASI, pueden configurar un buen protocolo de pre y post evaluación.

Son varias las dificultades y limitaciones metodológicas que habría que tener en cuenta en este estudio, por un lado la muestra está compuesta por personas que acuden a un servicio a pedir tratamiento, lo que dificulta la generalización de estos datos a personas con abuso de sustancias que no lo solicitan. Otras limitaciones son el no control de variables como, la relación de la sustancia de consumo con las variables psicopatológicas, la severidad de la adicción, el tiempo de abstinencia, la edad, variables que pueden mediar en los resultados. Nuestra falta de control sobre el orden de aparición de los distintos trastornos es un tema importante, y que limita las interpretaciones que podemos hacer de los datos obtenidos. Este trabajo ha tenido en cuentas las diferencias de género, aunque, solo el 18.31% de la muestra son mujeres. Los datos obtenidos de este subgrupo pueden aportar información relevante para mejorar la eficacia de los tratamientos.

Por otro lado, como conclusión a los resultados obtenidos en nuestro segundo estudio encontramos que:

- A más tiempo en tratamiento mejores resultados.

- La severidad de las áreas de tratamiento relacionadas con las sustancias y de salud física mejoran de una manera más pronunciada en los primeros meses del tratamiento, mientras que los problemas de índole social/familiar y de empleo precisan de más tiempo para que la mejora sea efectiva.
- El género de los pacientes influye sobre la severidad de los problemas de consumo, el estatus legal, salud física, y las relaciones sociales/familiares que presentan y es necesario tenerlo en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones.
- Los problemas sociofamiliares influyen sobre la retención del tratamiento y es necesario abordar estos problemas desde el inicio del mismo para facilitar que estas personas no abandonen el tratamiento de forma prematura.
- Aquellas personas con una mayor historia de tratamientos presentan dificultades añadidas al tratamiento, y es importante determinarlas para evitar su abandono temprano de los mismos.

Esta investigación tenía como objetivo principal evaluar la eficacia del protocolo de tratamiento multimodal de tipo cognitivo conductual, que se aplica en la Fundación Solidaridad y Reinserción (Proyecto Hombre Murcia), y es un primer paso para conocer los efectos a largo plazo (incluyendo seguimientos), en las personas con problemas de consumo que lo han realizado, profundizando en esta realidad social que provoca tanto sufrimiento y deterioro en las personas que lo presentan y en sus familias.

No ha sido posible incluir en la investigación un grupo control debido al compromiso con los usuarios en facilitarles el mejor tratamiento posible y no demorar el inicio del mismo, lo cual es una debilidad metodológica, así como la ausencia de seguimientos en esta primera fase. Sin embargo, aporta datos relevantes sobre dos etapas de tratamiento que pueden ayudar a mejorar los protocolos aplicados.

A partir de este estudio nos planteamos la necesidad evaluar en mayor profundidad como los perfiles socioeconómicos y familiares acaban influyendo en la retención de los tratamientos considerados basados en la evidencia como una forma de poder hacer más fácil el acceso al tratamiento de las personas adictas a sustancias. A pesar de las dificultades que encontramos para incluir una muestra amplia de mujeres en nuestros estudios, la clara influencia del género sobre los perfiles de gravedad que encontramos nos indica la necesidad de más estudios específicos sobre las adicciones en mujeres para poder enfrentar las dificultades que encuentran a la hora de acceder y mantenerse en tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adamson, S.J., Sellman, J.D., y Frampton, C.M.A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86. doi: 10.1016/j.jsat.2008.05.007
- Adan, A., Antúnez, J. M., y Navarro, J. F. (2017). Coping strategies related totreatment in substance use disorder patientswith and without comorbid depression. *Psychiatry Research*, 251, 325-332. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.035.
- Adinoff, B. (2004). Procesos neurobiológicos en la recompensa y adicción a las drogas. *Revista de psiquiatría de Harvard* , 12(6), 305-320.
- Aguilella, A. C., Llacer, J. J. L., Rebollida, M., Gómez, C. F., y Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana. *Salud y drogas*, 3(2), 37-60.
- Alexander, B.K., Coombs, R.B. y Hadaway, P.F. The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58, 175–179 (1978). Doi: 10.1007/BF00426903.
- Andretta, I., Meyer, E., Kuhn, R. P., y Rigon, M. (2014). A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. *Mudanças–Psicologia da Saúde*, 22(2), 15-21.
- Anglin, M.D., Hser, Y., y Grella, C.E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behavior*, 11, 308-323. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.308
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25, 118-127.
- Arteaga, A. , López-Goñi, J.J., y Fernández-Montalvo, J. (2015). Differential profiles of drug-addicted patients according to gender and the perpetration of intimate partner violence. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 183-189. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.07.018.

- Arkowitz, H., y Miller, W. R. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, y S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 1–25). The Guilford Press.
- Asociación Proyecto Hombre (2015). El Modelo BioPsicoSocial en el Abordaje de las Adicciones.
- Ávila, J.J. y González, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones* 19(4), 383–392.
- Ballesteros-Cabrera, M.P., y Sarmiento-López, J. (2014). Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 5(1), 32-41.
- Barragán-Brun, N., Martín-Álvarez, R., Bosch-Fontcuberta, J.M., Campiñez-Navarro, M., Bóveda-Fontan, J., y Pérula-de-Torres, L.A. (2021). Impacto de la formación en entrevista motivacional para médicos: diseño y evaluación de un Programa Formativo (MOTIVA), Atención Primaria, 53(4), 101961. Doi: 10.1016/j.aprim.2020.09.010.
- Blanco Artola, C., Gómez Solorzano, N., & Orozco Matamoros, D. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Medica Sinergia*, 5(4), e437. Doi: 10.31434/rms.v5i4.437
- Blanco, P., Sirvent, C., y Palacios, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Becoña, Elisardo. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Nova Galicia Editions.
- Becoña, E. y Cortés-Tomás, M. (Coord) (2008). *Guía de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas de Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia. Sociodrogalcohol. Becoña, E., & Cortés-Tomás, M. (2010). Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Sociodrogalcohol.
- Bentzley, B.S., Han, S.S., Neuner, S., Humphreys. K., Kampman, K.M., y Halpern, C.H. (2021). Comparison of Treatments for Cocaine Use Disorder Among Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 4(5):e218049. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.8049
- Barratt, E.S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. En T. J. Spence, y C. E. Izard (Eds.) *Motivation, emotion and personality* (pp. 137-146). Elsevier.

- Biederman, J., Wilens, T.E., Mick, E., Faraone, S.V., y Spencer, T. (1998) Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry*, 44(4), 269-73. doi: 10.1016/s0006-3223(97)00406-x.
- Blithikioti, C., Nuño, L., Paniello, B., Gual, A., y Miquel, L. (2021) Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. *J Psychiatr Res*, 139, 47-53. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.05.006.
- Bobes, J., González, M. P., Saiz, P. A., y Bousoño, M. (1996). *Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI. Versión española [European Index of Severity of Addiction: EuropASI. Spanish Version]*. Conferencia presentada en Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, Gijón.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19, 373-382.
- Broekaert, E. (2006). What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, 101(12):1677-1678.
- Brown, H.D., y DeFulio, A. (2020). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorder: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 216, 108307. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108307.
- Bruguera, E., Heredia, M., Llavayol, E., Pujol, T., Nieva, G., Valero, S., Casas, M., y Braquehais, M. D. (2020). Integral Treatment Programme for Addicted Physicians: Results from The Galatea Care Programme for Sick Physicians. *European addiction research*, 26(3), 122–130. DOI: 10.1159/000505914
- Budney, AJ y Higgins, ST (1998). *Manual de terapia para la adicción a las drogas Manual 2: un enfoque de refuerzo comunitario más vales: tratamiento de la adicción a la cocaína*. National Institute of Drug Abuse.
- Casas, M.; Franco, M. D., Goikolea, J. M., Jiménez-Arriero, M. Á. Martínez-Raga, J., Roncero, C., y Szerman, N. (2008) Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual). Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 36(6), 350-361.
- Calabrese, J. D. (2007). *The therapeutic use of peyote in the Native American Church*. Praeger.

- Calsyn, D. A., y Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *International Journal of the Addictions*, 25(9), 1037–1049. Doi: 10.3109/10826089009058871
- Caravaca-Sánchez, F., y García-Jarillo, M. (2020). Alcohol, otras Drogas y Salud Mental en Población Femenina Penitenciaria. *Anuario de psicología jurídica*, 30, 47-53.
- Carballo, J. L., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., Sobell, L., Dum, M., y García Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. En H. Klingemann y L. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment* (pp 65-76). London: Springer Verlag.
- Carroll, K. M. (1998). *A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction (Vol. 1)*. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Carter, W. E., Page, J. B., Doughty, P. L., y Coggins, W. J. (1980). Marijuana in Costa Rica. *Cannabis in Costa Rica*, 12-40.
- Castañeda, G. C., Sánchez, L. P., y De Ávila, M. R. (2018). Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo de Stanton y Todd. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3), 989.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R., y Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1092–1104. Doi: 10.1037/0022-006X.46.5.1092.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., y Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
- Christensen, H.N., Diderichsen, F., Hvidtfeldt, U.A., Lange, T., Andersen, P.K., Osler, M., y Andersen, I. (2017). Efecto conjunto del consumo de alcohol y el nivel educativo sobre los eventos médicos relacionados con el alcohol. *Epidemiología*, 28(6), 872-879.
- Clark, M. (2011). Conceptualising Addiction: How Useful is the Construct? *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 55–64.
- Clay, J. M., y Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 5(5):e259. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8.

- Commonwealth Department of Human Services and Health (1996). *Review of Long-Term Residential Treatment for People with Alcohol and Other Drug Use Problems*.
- Contreras Olive, Y., Miranda Gómez, O., y Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85. Recuperado de <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492>
- Compton III, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., y Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 890-895.
- Coriale, G., Battagliese, G., Pisciotta, F., Attilia, M.L., Porrari, R., De Rosa, F., Vitali, M., Carito, V., Messina, M.P., Greco, A., Fiore, M., y Ceccanti, M. (2019). Behavioral responses in people affected by alcohol use disorder and psychiatric comorbidity: correlations with addiction severity. *Ann Ist Super Sanità*, 55(2), 131-142. doi: 10.4415/ANN_19_02_05
- Cortés-Tomás, M., Fernández-Artamendi, S., Parreño, B., Martínez-Loredo, V., y Serrano, R. (2018). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en trastornos adictivos. En C. Pereiro-Gómez, y J. J. Fernández-Miranda (Eds.) *Guía de adicciones para especialistas en formación* (pp. 389-438). Socidrogalcohol.
- Covey, D. P., Dantrassy, H. M., Zlebnik, N. E., Gildish, I., y Cheer, J. F. (2016). Compromised dopaminergic encoding of reward accompanying suppressed willingness to overcome high effort costs is a prominent prodromal characteristic of the Q175 mouse model of huntington's disease. *J. Neurosci* 36, 4993–5002.
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., y Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 11, 1465-1858 Doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2
- Cuesta, U., Cuesta, V., Martínez, L., Morales-Calvo, S., Vidal-Auladell, F., y Mut-Camacho, M. (2019). Adicción al Smartphone. Análisis descriptivo de herramientas de medición del uso del teléfono inteligente. S. Morales Calvo, F. Vidal Auladell y M. Mut Camacho (Eds.). *Nuevo paradigma comunicativo: Lo*, 2(3.0), 157-170.
- da Silva Orth, A. P., y Moré, C. L. O. O. (2008). Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, 26(55), 293-303.

- Dacosta-Sánchez, D., Díaz-Batanero, C., Fernández-Calderon, F., y Lozano, O. M. (2021). Impact of Cluster B Personality Disorders in Drugs Therapeutic Community Treatment Outcomes: A Study Based on Real World Data. *Journal of Clinical Medicine* 10, 12: 2572. Doi: 10.3390/jcm10122572
- Daigre, C., Terán, A., García-Vicent, V., y Roncero, C. (2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión. *Adicciones*, 25(2), 171-186. doi: 10.20882/adicciones.65
- Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Cucurull, E., Sorribes-Puertas, M., Esculies, O., Bones-Rocha, K., y Roncero, C. (2017). The role of dual diagnosis in health-related quality of life among treatment-seeking patients in Spain. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 26(12), 3201–3209. Doi:10.1007/s11136-017-1668-4
- Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Berenguer, M., Esculies, O., Sorribes-Puertas, M., y Palma-Alvarez, R. (2019). Psychiatric factors affecting recovery after a long term treatment program for substance use disorder. *Psychiatry Res*, 276, 283-289.
- Damsma, G., Pfaus, J. G., Wenkstern, D., Phillips, A. G., y Fibiger, H. C. (1992). Sexual behavior increases dopamine transmission in the nucleus accumbens and striatum of male rats: Comparison with novelty and locomotion. *Behavioral Neuroscience*, 106(1), 181–191. Doi: 10.1037/0735-7044.106.1.181
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., y Teeson, M. (2005). Non-fatal heroin overdose, treatment exposure and client characteristics: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Review*, 24, 425-432. Doi: 10.1080/09595230500286005
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Mills, K. L., Havard, A., y Teesson, M. (2007). Patterns of nonfatal heroin overdose over a 3-year period: findings from the Australian treatment outcome study. *J Urban Health*, 84(2), 283-291. doi: 10.1007/s11524-006-9156-0.
- de la Peña-Olvera, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud pública de México*, 45(S1), 124-131.
- Derogatis, L. R., y Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 1–41). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Devoto, J., Raijenstein, G., Contartese, J., Ferro, J. C., Serrat, S., y Gutierrez, C. (2020). Incidencia del uso de nuevas tecnologías por jóvenes, en el cambio de hábitos de socialización, como factor de riesgo para la conducta adictiva. *Anuario de Investigación USAL*, 7.
- Diamond, G., y Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 481–488. Doi: 10.1037/0022-006X.64.3.481
- DiNitto, D. M., Webb, D. K., y Rubin, A. (2002). Gender Differences in Dually-Diagnosed Clients Receiving Chemical Dependency Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 105-117.
- Dobkin de Rios, M. (1973). Curing with ayahuasca in an Urban Slum. En M. Harner (Ed.), *Hallucinogens and Shamanism* (pp. 67-85). Oxford University Press.
- Dolmatoff, G. R. (1969). El Contexto Cultural de un alucinógeno aborígen: Banisteriopsis caapi. *Revista de La Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas Y Naturales*, 14, 14–19.ç
- Dos, A. (2006). Familia y Adicciones: Una Mirada Sistémica. *Horizonte de Enfermería* , 17 (2), 39-44
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 165(2), 179–187. Doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851
- Droguett, V. A. (2014). Terapia familiar breve estratégica en el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial de drogas. *Psiquiatría Universitaria*, 10(1), 64-70.
http://revistagpu.cl/2014/GPU_marzo_2014_PDF/REV_Terapia_familiar.pdf.
- Eliade, M. (2009). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Fondo de Cultura Económica.
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. Doi: 10.1126/science.847460
- Ersche, K. D., Williams, G. B., Robbins, T. W., y Bullmore, E. T. (2013). Meta-analysis of structural brain abnormalities associated with stimulant drug dependence and neuroimaging of addiction vulnerability and resilience.

Current opinion in neurobiology, 23(4), 615–624. Doi:
[10.1016/j.conb.2013.02.017](https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.02.017)

- España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2017). *Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024*.
- España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2021) *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*.
- España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2020) *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES (2018-2019)*.
- España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2021) *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*.
- Echeburua, E., de Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades Psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 106, 325-340.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2014). Therapeutic communities for treating addictions in Europe: *Evidence, current practices and future challenges*. Doi:10.2810/25291
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019). *Informe Europeo sobre Drogas 2019*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). *Informe Europeo sobre Drogas 2021*.
- Fericgla, J. M. (1985). *El Bolet i la Gènesi de les cultures: gnoms i follets, àmbits culturals forjats per l'Amanita muscaria*. Ediciones Altafulla.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L., & Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 179–202). Oxford University Press.
- Fernández, J. J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. A. y Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías clínicas Socidroalcohol basadas en la evidencia científica Socidroalcohol*.
- Fernández Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10.
- Fernández-Montalvo, J., López Goñi, J. L., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos

terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: Along-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43 (10), 1362-1377. doi: 10.1080/10826080801922231

Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J.J., Azanza, P., y Cacho, R. (2014). Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *Am J Addict*, 23: 399-406. Doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.12117.x

Figlie, N. B., y Guimarães, L. P. (2014). A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 472-489.

Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Ragger, K., Rinner, A., Kapfhammer, H.P., y Unterrainer, H.F. (2018). Increased attachment security is related to early therapy drop-out in substance use disorders. *BMC Res Notes*, 11(1):141

García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud Y Drogas*, 15(1), 5–14.

García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J., Carballo Crespo, J., Errasti Pérez, J., y Al-Halabi Díaz, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropaSI. *Adicciones*, 17(1), 33-42. Doi: 10.20882/adicciones.385

Gartner, C.E., Barendregt, J.J. y Hall, W.D. (2009). Multiple genetic tests for susceptibility to smoking do not outperform simple family history. *Addiction*, 104, 118-126. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02392.x

Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., y Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(5). Doi: 10.1002/14651858.CD005336.pub4

Giner-Zaragoza, F., Lera-Calatayud, G., Vidal-Sánchez, M. L., Puchades-Muñoz, M. P., Rodenes-Pérez, A., Císcar-Pons, S., Chiclana-Actis, C., Martín-Vivar, M., Garulo-Ibáñez, T., Tapia-Alcañiz, J., Díaz-Esteban, E., y Ferrer-Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799. Doi: 10.4321/S0211-57352015000400007

- González-Romero, P., Sánchez-Crespo, G., Ampudia-Rueda, A., y Jiménez-Gómez, F. (2017). What Can Contribute the MMPI-2 of Dual Diagnosis Substance Dependent? *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(3), 137-145.
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., y Lozano, OM (2014). Impacto de la comorbilidad psiquiátrica en los resultados del tratamiento de pacientes dependientes de cocaína en comunidades terapéuticas. *Abuso de sustancias* , 35(2),128-136.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., y Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89-98. Doi: 10.1016/S0376-8716(99)00086-1.
- Gowing, L., Ali, R., White, J. M., y Mbewe, D. (2017). Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD002025. Doi: 10.1002/14651858.CD002025.pub5
- Greenfield, L., Burgdorf, K., Chen, X., Porowski, A., Roberts, T, y Herrell, J. (2004). Effectiveness of long-term residential substance abuse for women: findings from three national studies. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3), 537-550. doi: 10.1081/ADA-200032290
- Gual, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26, 65-71.
- Hall, W., Carter, A., y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?, *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110. Doi: 10.1016/S2215-0366(14)00126-6.
- Hamilton M (1967). «Development of a rating scale for primary depressive illness». *British Journal of Social and Clinical Psychology* 6 (4): 278-96.
- Harley, M., Pit, S.W., y Rees, T. (2018). Completion rates and psychosocial intervention effectiveness in an Australian substance use therapeutic community. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 13, 33. doi: 10.1186/s13011-018-0170-5
- Harley, M., Pit, SW, Rees, T. y Thomas, S. (2018). Tasas de finalización y efectividad de la intervención psicosocial en una comunidad terapéutica de uso de sustancias australiana. *Tratamiento, prevención y política de abuso de sustancias* , 13(1), 1-11.
- Harner, M. (1972). *Hallucinogens and Shamanism*. Oxford University Press
- Hedoux, E. (2020). Reducción de la demanda de las nuevas sustancias psicoactivas: prevención del consumo, reducción de riesgos y provisión

- de tratamiento. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 6(1), 45–47. Doi: 10.28931/riiad.2020.1.06
- Henderson, A. and Stenfert Kroese, B. (2020). Group interventions for trauma and substance misuse available for women in criminal justice services: a systematic review of the literature. *The Journal of Forensic Practice*, 22(4), pp. 235-249. Doi: 10.1108/JFP-05-2020-0024
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, M.T. e Itinere Investigators. (2008). Comorbilidad psiquiátrica en jóvenes consumidores de cocaína: trastornos inducidos versus independientes. *Adicciones*, 103(2), 284-293.
- Higgins, S.T., Heil, S.H., Lussier, J. P. (2004). Clinical Implications of Reinforcement as a Determinant of Substance Use Disorders, *Annual Review of Psychology*, 55(1), 431-461.
- Hogue, A., Henderson, C.E., Ozechowski, T. J., y Robbins, M. S. (2014). Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use: Updates and Recommendations 2007–2013. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 695-720, DOI: 10.1080/15374416.2014.915550
- Hser, Y., Polinsky, M. L., Maglione, M. Anglin, M.D. (1999). Matching Clients' Needs With Drug Treatment Services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 299-305. Doi: 10.1016/S0740-5472(98)00037-3.
- Hyer, S. E. (1994). *The Personality Diagnostic Questionnaire*. New York State Psychiatric Institute.
- Hunt, G. M., y Azrin, N. H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1995). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 MMPI-2. Manual para aplicación y calificación*. El Manual Moderno.
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182. Doi: 10.1016/j.rmclc.2020.02.005.
- Iraurgi-Castillo, J., Póo, M., y Márquez-Alonso, I. (2004). VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE SALUD SF-36 APLICADO A USUARIOS DE PROGRAMAS DE METADONA. VALORES DE REFERENCIA PARA LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA. *Revista española de Salud pública*, 78, 609-621.

- Karpyak, V. M., Geske, J. R., Hall-Flavin, D. K., Loukianova, L. L., Schneekloth, T. D., Skime, M. K., Seppala, M., Dawson, G., Frye, M. A., Choi, D., y Biernacka, J. M. (2019). Sex-specific association of depressive disorder and transient emotional states with alcohol consumption in male and female alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 196, 31-39. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.12.010.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. y Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcohol Clin Exp Res*, 45, 899-911. Doi: [10.1111/acer.14598](https://doi.org/10.1111/acer.14598)
- Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C. A., O'Gorman, C. S. M., Glynn, L. G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., Dunne, C., Cullen, W. (2018). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 12, CD009269. doi: 10.1002/14651858.CD009269.pub4.
- Koob, G. F., Buck, C. L., Cohen, A., Edwards, S., Park, P. E., Schlosburg, J. E., Schmeichel, B., Vendruscolo, L. F., Wade, C. L., Whitfield, T. W., Jr, y George, O. (2014). Addiction as a stress surfeit disorder. *Neuropharmacology*, 76 Pt B(0 0), 370–382. Doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.05.024
- Labate, B. C. y Feeney, K. (2012) Ayahuasca and the process of regulation in Brazil and internationally: Implications and challenges. *International Journal of Drug Policy*, 23(2),54–161.
- La Barre, W. (2012). *The Peyote Cult*. University of Oklahoma Press.
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., y 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. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
- Lévi-Strauss, C. (1997). Los Hongos y la Cultura. *Antropología Estructural*. Siglo XXI Editores
- Levín, L. G. (2011). *Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos*[Tesis de doctorado no publicada]. Universidad Nacional de Quilmes.
- Levin, F. R., McDowell, D., Evans, S. M., Nunes, E., Akerele, E., Donovan, S., y Vosburg S. K. (2004) Pharmacotherapy for Marijuana Dependence: A Double-blind, Placebo-controlled , Pilot Study of Divalproex Sodium. *American Journal on Addictions*, 13(1), 21-32, doi: 10.1080/10550490490265280

- Levine, H. G. (1978). The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 493–506.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., y Henderson, C. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 2-37.
- Lizarraga, S., & Ayarra, M. (2009). Entrevista motivacional. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 24, 43-53. Doi: 10.23938/ASSN.0423
- Llorens, N., Brime, B., y Molina, M. (2021). Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: Encuesta del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1), e1-e14.
- Llorente del Pozo, J. M., y Iraurgi-Castillo, E.I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 252-274. Doi: 10.1016/S1575-0973(08)76374-8.
- López-Goñi, J.J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J.C., Yudego, F., Rico-García, A., y Esarte, S. (2010). Group and Individual Change in the Treatment of Drug Addictions: A Follow-up Study in Therapeutic Communities. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 906-913. doi: 10.1017/S1138741600002559
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., y Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 392–399. Doi: 10.1016/j.jsat.2011.09.011
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., y Arteaga, A. (2015). Differences between Alcoholics and Cocaine Addicts Seeking Treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E2. Doi: 10.1017/sjp.2015.3
- López-Goñi, J.J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., y Esarte, S. (2017). Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 28-35. doi: 10.1016/j.jsat.2017.02.014
- López, A. y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.

- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J., & Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57-64. Doi: 10.20882/adicciones.252
- Lucio, S., (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. El Manual Moderno.
- Luna, L. E. (1986). *Vegetalismo: Shamanism among the Mestizo Population of the Peruvian Amazon*. *Studies in Comparative Religion*. Almqvist & Wiksell International. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=12078701>
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., y Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160. Doi: 10.1177/1049731509347850
- Magor-Blanch, L. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 35(4), 1-17. doi: 10.1108/TC-07-2013-0024
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., y Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 18, 1-11. doi: 10.1159/000331007
- Mandell, W., Lidz, V., y Dahl, J.J. (2015). Experimental evaluation of a vocationally integrated therapeutic community. *Therapeutic communities: the international journal of therapeutic communities*, 36(3), 173-185.
- Marcos Sierra, J. A., & Garrido Fernández, M. (2012). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 27(2-3), 339–362. Recuperado a partir de <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151>
- Marques-Paz, F., y Manozzo-Colossi, P. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive– behavioral analysis. En P. E. Nathan, G. A. Marlatt, y T. Loberg, (Eds.). *New directions in behavioral research and treatment*. (pp. 271 –314). Plenum.
- Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.)*. The Guilford Press

- Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Biblioteca Nueva.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., y Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD002207. Doi: 10.1002/14651858.CD002207.pub4
- McCaul, M. E., Svikis, D. S., y Moore, R. D. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and alcohol dependence*, 62(1), 9–17. Doi: 10.1016/s0376-8716(00)00155-1
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Méndez-Díaz, Mónica, Romero Torres, Brenda M., Cortés Morelos, Jacqueline, Ruíz-Contreras, Alejandra E., y Prospéro García, Oscar. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(1), 6-16.
- Mendoza-Carmona, Y. L., y Vargas-Peña, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo de alcohol y sustancias. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167.
- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., y Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 97–107. doi: 10.1016/j.jsat.2009.09.004
- Minozzi, S., Saulle, R., De Crecenzo, F., y Amato, L. (2016). Psychosocial interventions for psychostimulant misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(9). doi: 10.1002/14651858.CD011866.pub2
- Molina, D. Y. P., Mazo, D. P. T., y Chacón, J. V. (2020). *Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar*. *Poiésis*, 39, 53-74.
- Monti, P.M., Abrams, D.B., Kadden, R.M., y Cooney, N.L. (1989). *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide*. Guilford Press,
- Mowbray, C. T., Ribisl, K. M., Solomon, M., Luke, D. A., y Kewson, P T. (1997). Characteristics of Dual Diagnosis Patients Admitted to an Urban, Public Psychiatric Hospital: An Examination of Individual, Social, and

Community Domains. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(2), 309-326, doi: 10.3109/00952999709040949

- Miller, W. R., y Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity, 11-141.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. (3rd edition)*. Guilford Press.
- Millon, T. (2007). *Inventario Clínico y Multiaxial de Millon- III. Manual*. TEA.
- Mulder, R.T., Frampton, C.M., Peka, H., Hampton, G. y Marsters, T. (2009). Predictores de retención de 3 meses en una comunidad terapéutica de tratamiento de drogas. *Revisión de drogas y alcohol*, 28 (4), 366-371.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M. J., Cardenal, V. y Sánchez, L. M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18, 459-464
- Miró, O., Yates, C., Dines, A. M., Wood, D. M., Dargan, P. I., Galán, I., Jerez, A., Puiguriquer, J., Waring, W. S., Moughty, A., O'Connor, N., Heyerdahl, F., Hovda, K. E., Vallersnes, O. M., Paasma, R., Pöld, K., Jürgens, G., Megarbane, B., Anand, J. S., Liakoni, E., Liechti, M., Eyer, F., Zacharov, S., Caganova, B., Giraudon, I., y Galicia, M. (2018). Comparación de las urgencias atendidas por drogas de abuso en dos servicios de urgencias españoles con las atendidas en tres áreas europeas distintas. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 30(6), 385-394.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172. Doi: 10.20882/adicciones.160
- Miovský, M., Lukavská, K., Rubášová, E., Šlastná, L., Šefránek, M., & Gabrhelík, R. (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Clients Diagnosed with a Substance Use Disorder in the Therapeutic Communities: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. *European addiction research*, 27(2), 87-96.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2010). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition)*.

- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*.
- Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (2020) *Informe encuesta OEDA –COVID 2020*.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). *INFORME 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017*.
- Observatorio Proyecto Hombre (2018) *Informe sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento 2017*.
- Observatorio Proyecto Hombre (2020) *Informe Extraordinario sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento 2013-2019*.
- Olds, J., y Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419–427. Doi: 10.1037/h0058775
- Organización Mundial de la Salud. (2016) *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas Informe de la Secretaría*. CONSEJO EJECUTIVO EB140/29140.^a reunión 28 de noviembre de 2016 Punto 10.3 del orden del día provisional. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273325/B140_29-sp.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen. (2020) *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. Recuperado de: https://socioalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/informes/Internationa_standards_for_the_treatment_of_drug_use_disorders_2020.pdf
- Ormbostad, H. A. K., Otterholt, E., y Stallvik, M. (2021) Investigating Patients' Perceptions of Residential Substance Use Treatment. Is Drop Out a Deliberate or Impulsive Act?, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(3), 255-272. doi: 10.1080/1533256X.2021.1933850.
- Ortiz-Tallo, M., Cancino, C., & Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23(3), 189-197. Doi: 10.20882/adicciones.143
- Page, J. B., & Singer, M. (2010). *Comprehending drug use: Ethnographic research at the social margins*. Rutgers University Press.

- Papamalis, F. E. (2020). Clinical Utility of Assessing Changes of Personality Functioning During Substance Misuse Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1-19. Doi: 10.1177/1178221820931101
- Pedroza Molina, D. Y., Taborda Mazo, D. P., y Varela Chacón, J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar. *Poiésis*, 39, 53-74. Doi: 10.21501/16920945.3752.
- Pedrero-Pérez, E.J. , Puerta-García, C., Lagares-Roibas, A., y Sáez_Maldonado, A. (2003), Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255. Doi: 10.1016/S1575-0973(03)70117-2.
- Pedrero-Pérez, Eduardo & Ruiz Sánchez de León, José. (2014). *Neuropsicología de la adicción*. Editorial Médica Panamericana.
- Peixoto Bem, J. S., dos-Santos, Gomes, D. C., de-Lima, M. G., do-Nascimento, L. J., Veras, S. R. A., Silva, B.Y. B., y Kozmhinsky, V. M. R. (2021). Effectiveness and Legitimacy of the Motivational Interviewing With Caregivers on the Oral Health of Special Patients. *International journal of odontostomatology*, 15(2), 466-472. Doi: 10.4067/S0718-381X2021000200466
- Peláez, I. A., & Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 16(2), 115-126.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. Lexington Books
- Peele, S. (1990). Addiction as a cultural concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205–220. Doi: 10.1111/j.1749-6632.1990.tb22740.x
- Perea-Baena, J. M., Sánchez-Gil, L. M., Calzado-Luengo, M. J., y Villanueva-Calvero, E. (2009). Apoyo social y Carga de la persona cuidadora en una Unidad de Salud Mental Infantil. *Index de Enfermería*, 18(3), 166-170.
- Pereiro, C., & Fernández, J. J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Socidroalcohol. Valencia.
- Pérez del Río, F., y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas? Intermedio*.

- Pedrero, E., Fernández del Río, E., & López-Durán, A. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias. *Psicothema*, *24*(4), 661-667.
- Perry, A.E, Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J.M., Aboaja, A., Thakkar, P., Santosh-Kumar, K.M., Pearson, C., Wright, K. (2019). *Interventions for female drug-using offenders*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 12. Art. No.: CD010910. DOI: 10.1002/14651858.CD010910.pub3.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, *58*(1-2), 9-25.
- Petry, N. M., y Simcic, F., Jr. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: Clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *23*(2), 81–86. Doi: 10.1016/S0740-5472(02)00251-9
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395. Doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390
- Ramirez-Castillo, D., Garcia-Roda, C., Guell, F., Fernandez-Montalvo, J., Bernacer, J., y Morón, I. (2019). Frustration tolerance and personality traits in patients with substance use disorders. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 421.
- Ray, L. A., Meredith, L. R., Kilik, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., y Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, *1*;3(6), e208279. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8279
- Ries, R., Krupski, A., West, I. I., Maynard, C., Bumgardner, K., Donovan, D., Dunn, C., y Roy-Byrne, P. (2015). Correlates of Opioid Use in Adults With Self-Reported Drug Use Recruited From Public Safety-Net Primary Care Clinics. *Journal of addiction medicine*, *9*(5), 417–426. Doi: 10.1097/ADM.0000000000000151
- Rigter, H., Henderso, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. y Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, *130*, 85-93.

- Rodríguez Sáez, J. L., y Salgado Ruiz, A. (2018). PATRONES DE PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS EN DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1).
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas, sueños y razones (2º edición)*. Ariel.
- Rollnick, S., Miller, W. R., y Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. Guilford press.
- Reyes, D. R., Sagarduy, J. L. Y., & Ramírez, L. A. O. (2019). Características sociodemográficas y clínicas de usuarios de un centro de rehabilitación de adicciones. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 5(1), 23-30.
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C, Ramos-Quiroga, J.A., y Casas, M. (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 63-69.
- Roncero, C., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Pérez-Pazos, J., Martínez-Luna, N., Casas, M., y Grau-López, L. (2016). Psychiatric comorbidities in opioid-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Psychiatry Research*, 243, 174–181. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.024
- Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., ... y Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: a systematic review of reviews. *PloS one*, 15(6), e0234809.
- Roos, C. R., Nich, C., Mun, C. J., Babuscio, T. A., Mendonca, J., Miguel, A. Q., ... y Kiluk, B. D. (2019). Clinical validation of reduction in cocaine frequency level as an endpoint in clinical trials for cocaine use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 205, 107648.
- Rosenthal, R. (1994). Science and ethics in conducting, analyzing, and reporting psychological research. *Psychological Science*, 5(3), 127–134. Doi: 10.1111/j.1467-9280.1994.tb00646.x
- Rübig, L.L., Fuchshuber, J., Köldorfer, P., Rinner, A., Fink, A., y Unterrainer, H.F. (2021). Attachment and Therapeutic Alliance in Substance Use Disorders: Initial Findings for Treatment in the Therapeutic Community. *Front Psychiatry*, 12:730876.
- Rubin, V., & Comitas, L. (1975). *Ganja in Jamaica*. Mouton.

- Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., y Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33-40.
- Sacks, S., McKendrick, k., Sacks, J.Y., y Cleland, C.M. (2010) Modified therapeutic community for co-occurring disorders: single investigator meta-analysis. *Substance Abuse*, 31(3), 146-161. doi: 10.1080/08897077.2010.495662
- San Molina, L. (Ed.) (2004). *Consenso sobre patología dual*. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Ars Medica.
- Schaefer, J. D., Hamdi, N. R., Malone, S. M., Vrieze, S., Wilson, S., McGue, M., y Iacono, W. G. (2021). Associations between adolescent cannabis use and young-adult functioning in three longitudinal twin studies. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(14).
- Secades, R., García Rodríguez, O. y Fernández Hermida, J. R. (2012). Adicciones a sustancias ilegales. En M. A. Vallejo y M. I. Comeche. (Eds.). *Lecciones de terapia de conducta* (pp. 495-560). Dykinson.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S.T, Fernández-Hermida, J.R., y Carballo, J.L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
- Sharp, B. M., y Chen, H. (2019). Neurogenetic determinants and mechanisms of addiction to nicotine and smoked tobacco. *European journal of neuroscience*, 50(3), 2164-2179.
- Simonelli, A., Parolin, M., Mapelli, D., Cristofalo, P., Cimino, S., y Cerniglia, L. (2017). Cognitive functioning, clinical profile and life events in young adults addicted to drugs. Does being a girl make a difference?. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(3), 226-238.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L., y Anglin, D.M. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 36(12), 507-515.
- Skinstad, A. H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Skinner, H. A. (1982). Drug Abuse Screening Test (DAST-20). *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.

- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., y Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 12.
- Smith, L.A., Gates, S., y Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1). doi: 10.1002/14651858.CD005338.pub2.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking*. Plenum Press.
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., ...& Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *NAD Publication*, 28(3), 185–209. Doi: 10.2478/v10199-011-0020-5
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., y Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 121.
- Szapocznik, J., y Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical child and family psychology review*, 3(2), 117-134.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., y Poyo, F. (2013). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual enpacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.
- Taussig, M. (1992). *Un Gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Editorial Gedisa.
- Teeson, M., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T., Burns, L., y Mills, K.L. (2015). Long-term mortality, remission, criminality and psychiatric comorbidity of heroin dependence: 11-year findings from the Australian treatment outcome study. *Addiction*, 110(6), 983-986. doi: 10.1111/add.12860
- Teeson, M., Mills, K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A., y Harverd, A. (2007). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence:

- findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction*, 103(1), 80-88.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13(4), 343-361.
- Tomás, C., Yago, T., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., & Palacios, G. (2015). A tool to assess sex-gender when selecting health research projects. *Atención Primaria*, 47(4), 220-227.
- Torrens, M. y Rossi, P. (2015). Mood disorders and addiction. In Dom, G., y Moggi, F. (Eds.), *Co-Occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from A European Perspective* (1º edición., pp. 103–117). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978- 3-642-45375-5_8.
- Torres, C., y Papini, M. R. (2016). Emotional self-medication and addiction. En V. R. Preedy (Ed.). *Neuropathology of drug addictions and substance misuse* (pp. 71-81). Academic Press.
- Turner, B., & Deane, F. P. (2016). Length of stay as a predictor of reliable change in psychological recovery and well being following residential substance abuse treatment. *Therapeutic Communities*, 37(3), 112–120. Doi: 10.1108/TC-09-2015-0022
- UNAD (2018) Perfil de las adicciones en 2017. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., y Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., y Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and alcohol review*, 24(2), 93-109.
- Vigna-Taglianti, F. D., Burrioni, P., Mathis, F., Versino, E., Beccaria, F., Rotelli, M., ... y VEdeTTE Study Group. (2016). Gender differences in heroin addiction and treatment: results from the VEdeTTE cohort. *Substance use & misuse*, 51(3), 295-309.
- Vismara, L., Presaghi, F., Bocchia, M., Ricci, R. V., y Ammaniti, M. (2019). Attachment patterns in subjects diagnosed with a substance use

disorder: A comparison of patients in outpatient treatment and patients in therapeutic communities. *Frontiers in Psychiatry*, 807.

- Velázquez, J. A. V., Icaza, M. E. M. M., del Campo Sánchez, R. M., Ito, D. A. F., Gamiño, M. N. B., Escobar, E. R., ... y Martínez, V. C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193-203.
- Volkow, N. D., y Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725.
- Warren, K., Campbell, B., Cranmer, S., De Leon, G., Doogan, N., Weiler, M., & Doherty, F. (2020). Building the community: Endogenous network formation, homophily and prosocial sorting among therapeutic community residents. *Drug and alcohol dependence*, 207, 107773.
- Welsh, W. N. (2007). A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment. *Criminal justice and behavior*, 34(11), 1481-1498.
- Zhang, Z., Friedmann, P.D., Gerstein, D.R. (2002). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(59), 673-684. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x
- Zhang, S.X., Roberts, R.E.L., y McCollister, K.E. (2011). Therapeutic Community in a California prison: treatment outcomes after 5 years. *Crime and Delinquency*, 57, 82–101. doi: 10.1177/0011128708327035
- Zinberg, N. E. (1972). Heroin use in Vietnam and the United States: a contrast and a critique. *Archives of General Psychiatry*, 26(5), 486-488.
- Zinberg, N. E. (1984). The Social Dilemma of the Development of a Policy on Intoxicant Use. En T. H. Murray, W. Gaylin, y R. Macklin. (Eds.) *Feeling good and doing better: Ethics and Nontherapeutic Drug Use (Contemporary Issues in Biomedicine, Ethics, and Society)* (pp. 27-47). Humana Press.

ANEXO I. Registro de Primera entrevista

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA: / /

Fecha de Nacimiento:

Edad:

DNI:

Estado Civil:

1. Sustancia preferida o conducta adictiva, vía de uso y tiempo de consumo.
2. Motivos aducidos para utilizar la droga o la conducta adictiva.
3. Situaciones en la que se presenta la conducta adictiva
4. Motivos que tiene para dejar la conducta adictiva:
5. ¿Es enviado por situación judicial o penal?.
6. ¿Es derivado de otros centros o profesionales?
7. ¿Viene con la familia?

VALORACIÓN	1-2-3-4-5 (a)	observaciones	
Área familiar			
Área social			
Área laboral			
Área personal			
Diagnóstico DSM	DEPENDENCIA	ABUSO	JUEGO PATOLÓGICO

(a) 1. Muy mala 2.Mala 3.Regular 4. Buena 5. Muy buena

8. Programa al que es derivado:

AMBULATORIO INTENSIVO. CT. ORIENTACIÓN SOCIOLABORAL.

NOCTURNO. JÓVENES.

SITUACIÓN FAMILIAR

1. ¿Está informada su familia de su asistencia a P.H.?

2. ¿Pareja o Familia propia? SI NO Tipo de relación.

3. ¿Cómo es la relación con tu pareja?

4. ¿Tiene hijos? Situación en la que están sus hijos y relación que se tiene con ellos

5. ¿Cómo es o fue la relación con tu padre?

6. ¿Cómo es o fue la relación con tu madre?

7. ¿Cómo es tu relación con tus hermanos?

8. Impresión sobre los acompañantes

RELACIONES SOCIALES

¿Tiene amigos no consumidores?

¿Existe un ocio alternativo a la conducta adictiva?

SITUACION LABORAL

1. ¿Está trabajando actualmente? SI / NO / EN BAJA / NUNCA HA TRABAJADO

¿Qué tipo de trabajo realiza?

¿Le gusta el trabajo que realiza? ¿Por qué?

Tipos de trabajo realizados anteriormente

¿De qué manera ha influido el consumo en su situación laboral?

Circunstancias laborales a tener en cuenta para la realización del programa

SITUACIÓN PENAL

1. ¿Cumple condena en la actualidad? Especificar condiciones. (Juez, Centro penitenciario):

2. ¿Tiene juicios pendientes? ¿Por qué?

HISTORIA SANITARIA

¿Padece alguna enfermedad crónica?

¿Recibe tratamiento?

¿Tiene algún problema físico a tener en cuenta?

¿Tiene algún diagnóstico psicológico anterior? Especificar tratamiento, y nombre y teléfono del profesional

OBSERVACIONES:

CRITERIO DIAGNÓSTICO DSM-IV

Para **dependencia a una sustancia**. Se necesitan 3 o más ítems: (Marca lo que corresponda)

- 1.- ¿Necesitas consumir cada vez más para tener los mismos efectos? ¿Cada vez te cuesta alcanzar más el "puntillo" que buscas, si tomas las mismas cantidades? S N
- 2.- ¿Cuándo pasas unas horas o unos días sin consumir tienes efectos desagradables? ¿Para evitar esos efectos vuelves a consumir la misma sustancia u otra parecida? S N
- 3.- ¿Estas consumiendo habitualmente más cantidad de lo que en principio S N

querías? ¿Estás consumiendo más tiempo del que creías que lo ibas a hacer?

- 4.- ¿Te gustaría poder dejar de consumir o de controlar el consumo y no lo consigues? ¿Fracasas continuamente en los intentos de interrumpir o de controlar el consumo? S N
- 5.- ¿Dedicas mucho tiempo en actividades que tienen que ver con el consumo? Desde que empiezas a imaginarte “la película”, hasta que empiezas a dar los pasos, consumo y luego consecuencias. S N
- 6.- ¿Desatienes tus obligaciones familiares y laborales por el consumo? ¿Dejas de hacer actividades habituales de ocio, por el consumo (amigos, hobbies, deporte ...)? S N
- 7.- ¿Eres consciente de los problemas que te está produciendo el consumo tanto física, psicológicamente como socialmente? ¿A pesar de ellos has seguido consumiendo? S N

Para el **abuso de sustancias** se necesita uno o más ítems: (Marca lo que corresponda)

- 1.- ¿Ha repercutido tu consumo en tu trabajo, estudios o cuidados de la casa o familia? ¿Faltas repetidamente a clase o al trabajo? ¿Notas que atiendes peor tu casa o familia por el consumo? S N
- 2.- ¿Has conducido un vehículo o manejado una máquina bajo los efectos de la sustancia? S N
- 3.- ¿Te han detenido alguna vez por comportamiento relacionado con el consumo de la sustancia? ¿Tienes alguna denuncia al respecto, o esperas juicio...? S N
- 4.- ¿Has seguido consumiendo a pesar de haber tenido problemas con tu familia por razones de tu consumo? S N

CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO (Fernández-Montalvo, Echeburúa, y Báez, 1995):

- 1.- ¿Cree que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego? S N
- 2.- ¿Se ha sentido culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega? S N
- 3.- ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello? S N
- 4.- ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas? S N

Pasa SOGS	SI	2-4 S	NO	0-1 S
-----------	----	-------	----	-------

Observaciones: